

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Psicanálise e hospital: há ato analítico?

Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada

Arlêta Maria Serra Carvalho

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Estudos psicanalíticos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Resende Vorcaro.

Belo Horizonte
2011

150 Carvalho, Arlêta Maria Serra
C331p Psicanálise e hospital [manuscrito] : há ato analítico? : estudo sobre a
2011 especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no
tratamento da criança hospitalizada / Arlêta Maria Serra Carvalho. -2011.

88 f.

Orientadora: Ângela Maria Resende Vorcaro
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.

1. Psicologia - Teses . 2. Psicanálise - Teses. 3. Desejo - Teses. 4. Angústia -
Teses . I. Vorcaro, Ângela Maria Resende. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título



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

A Dissertação *“Psicanálise e hospital: há ato analítico? Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada.”*

elaborada por **Arlêta Maria Serra Carvalho**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

Belo Horizonte, 15 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Handwritten signature in blue ink, reading "Ângela Maria Resende Vorcaro".

.....
Prof. Dra. Ângela Maria Resende Vorcaro
(Orientadora)

Handwritten signature in blue ink, reading "Andréa Máris Campos Guerra".

.....
Prof. Dra. Andréa Máris Campos Guerra

Handwritten signature in blue ink, reading "Mônica Assunção Costa Lima".

.....
Prof. Dra. Mônica Assunção Costa Lima

À minha mãe, Soraya Serra Duarte,
por se reerguer de duas depressões profundas
e por dedicar sua vida às nossas,
minha e de meu irmão Pedro.
Por ter ido muito além
dos ditos saudáveis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Ângela Vorcaro, pela interlocução, os encontros tão frutíferos e a disponibilidade de sempre. Por acreditar no meu trabalho e por multiplicar meu conhecimento e pensamento crítico.

Ao Hospital das Clínicas da UFMG, à equipe de Psicologia, à Unidade Multiprofissional. A toda a equipe da Pediatria (da gerência ao administrativo, do CTI às enfermarias), às equipes do Programa de Atenção Domiciliar, Comissão de Festas e Comissão do Adolescente Internado, das quais tenho o orgulho de fazer parte. À “galera do fundão” – serviço social, terapia ocupacional, secretaria de internação conjunta e agregados, sempre tão bem-vindos. A todas as estagiárias, pela oportunidade de transmissão do conhecimento e por tudo que me acrescentaram. Aos Doutores da Alegria, por fazerem nossas crianças sorrirem. Enfim, agradeço a toda a equipe, pelos lanches, pelas conversas, por me fazerem entender o conceito de interdisciplinaridade, tão possível, em alguns momentos, na prática. Aos meus pacientes, pela receptividade com que permitiram que alguns capítulos de suas histórias fossem contados. Por me proporcionarem crescimento profissional, por permitirem que eu estivesse aos seus lados em momentos tão delicados.

Às equipes da Psicologia e do Pronto Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens, por mais uma experiência hospitalar e pelas novas amizades.

Ao meu analista, Milton Bicalho, pelos sete anos de parceria e por tantas certezas desconstruídas. Pelas novas construções...

À minha mãe, pelo exemplo de vida, por me impulsionar a sonhar e desejar. Por me ensinar que não há atalhos. É sempre preciso trabalhar muito em prol do que se deseja. Ao meu pai, por fazer-se presente, mesmo que à distância. Aos meus irmãos Pedro, Alexandre, Eduardo, Mateus e Tiago. Agradeço especialmente ao Pedro, por dividir alegrias e angústias de uma vida, o que nos tornou maiores. À minha irmã espiritual, Jerusa. Aos meus padrinhos, Made e Tatá, por me acolherem sempre. Ao Jorge e Samuel, por dividirem comigo todo o ouro. À minha avó Arlêta, pelo amor e presença incondicionais. Ao meu avô Irineu, pela forma especial com que me chamava de Maçãzinha. Aos meus avós Evone e Pedro, pela acolhida para os estudos. Pelo afeto. Aos meus tios e tias, primos e primas, cunhadinha, tão queridos e tão importantes na minha formação. Aos meus amigos e minhas amigas, fruto de minhas escolhas. Ao Lu, pelo amor, pelos “dulós” e sonhos em comum.

A partir do momento em que se faz esta observação, parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que, no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja.

Jacques Lacan

RESUMO

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa de mestrado que interroga se o ato psicanalítico é possível em um hospital geral. Baseado na prática do psicanalista na Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, partimos de uma reflexão sobre esse fazer, particularmente tratando dos efeitos da criança hospitalizada sobre a própria criança, sua família e a equipe. A morte na criança desencadeia um real devastador por confrontar o ideal narcísico dos pais, bem como convocar nos familiares e equipe o sentimento de impotência. Em um hospital, o psicanalista procura reduzir a impotência ao que ela tem de impossibilidade. Questionamos a demanda médica, separando-a da demanda do sujeito e, mais ainda, procuramos apontar a hiância existente entre a demanda e o desejo. A ética psicanalítica envolve um compromisso com o desejo do sujeito, dando tratamento à angústia que o paralisa, embotando os discursos, sustentando-o no simbólico. Recorremos ao livro *O Seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico*, de Jacques Lacan, para verificar o que Lacan formalizou sobre o processo de uma análise padrão e o que ele chamou de ato psicanalítico. A questão que viria a ser configurada seria se a psicanálise, transportada para outras práticas, como as institucionais, particularmente no contexto hospitalar, se sustentaria. Não utilizamos o esquema do ato psicanalítico com a intenção de fazê-lo caber na prática hospitalar-pediátrica, mas para identificar pontos de convergência e divergência entre os mesmos, até porque a psicanálise, na contemporaneidade, precisa avançar para além dos parâmetros estabelecidos. Utilizamos, assim, alguns casos clínicos atendidos nesse contexto para que pudéssemos pôr à prova a questão que se configurou desde o início desta dissertação: há ato analítico em um hospital? A partir dessa exposição, concluímos que a psicanálise não somente é possível em um hospital, como é fundamental, por sustentar que há um sujeito desejante para além do corpo que sofre e que esse sujeito tem algo a nos dizer, que é essencial para a conduta de toda uma equipe.

Palavras-chave: psicanálise; ato psicanalítico; sujeito; demanda; desejo; angústia.

ABSTRACT

The present dissertation is the result of a Master's research that interrogates if the psychoanalytical act is possible in a General Hospital. Based on the practice of the psychoanalyst in the Pediatrics ward of the Federal University of Minas Gerais' "Hospital das Clínicas", we start from a reflection on this practice, taking particularly into account the effects of the hospitalized child on the child itself, on his family and on the staff. Death in the child unravels a devastating real in so far as it confronts the parent's narcissistic ideal, as well as it convokes in the family and in the staff a feeling of impotence. In a hospital, the psychoanalyst seeks to reduce the impotence to its degree of impossibility. We question the medical demand, separating it from the subject's demand and, further more, we aim to point out the gap between demand and desire. The psychoanalytical ethics involves a commitment with the subject's desire, giving treatment to the anxiety that paralyzes him, blurring speeches, sustaining him in the symbolic. We recur to Lacan's work *The Seminar, book 15: The Psychoanalytical Act* to verify what has Lacan formalized on the process of a standard analysis and on what he called psychoanalytical act. The question that would come to be outlined would be if Psychoanalysis, transported to other practices – as the institutional ones, particularly in the hospital context, would sustain itself. We do not utilize the psychoanalytical act scheme with the intention of making it fit the pediatric-hospital practice, but to identify convergence and divergence points between the same, even because Psychoanalysis, in the contemporaneity, needs to advance beyond the established parameters. We utilize, thus, some clinical cases attended in this context so that we could put to the test the question that presented itself since the beginning of this dissertation: is there an analytical act in an hospital? From this exposure, we conclude that Psychoanalysis is not only possible in an hospital, but fundamental, in so far as it sustains that there is a desiring subject beyond the suffering body and that this subject has something to tell us, attitude that is essential to the conduct of an entire staff.

Keywords: Psychoanalysis; psychoanalytical act; subject; demand; desire; anxiety.

RÉSUMÉ

Cette dissertation est le résultat d'une recherche de maîtrise qui interroge si l'acte psychanalytique est possible dans un hôpital général. Basé sur la pratique de le psychanalyste dans la Pédiatrie de le "Hospital das Clínicas" de l'Université Fédérale de Minas Gerais, nous partons d'une réflexion sur cette pratique, traitant particulièrement de les effets de l'enfant hospitalisé sur l'enfant lui-même, sa famille et l'équipe. La mort dans l'enfant déclenche un réel dévastateur parce qu'elle confronte l'idéal narcissique des parents et parce qu'elle suscite dans la famille et dans l'équipe le sentiment d'impuissance. Dans un hôpital, le psychanalyste cherche à réduire l'impuissance à ce qu'elle a d'impossibilité. Nous interrogeons la demande médicale en la séparant de la demande du sujet et, plus encore, nous cherchons à indiquer la béance qui existe entre la demande et le désir. L'éthique psychanalytique implique un engagement avec le désir du sujet, en soignant l'angoisse qui le paralyse, émoussant les discours, en le soutenant dans le symbolique. Nous recourrons au livre *Le Séminaire, livre 15 : L'acte Psychanalytique*, de Jacques Lacan, pour vérifier ce que Lacan a formalisé sur le processus d'une analyse standard et ce qu'il a appelé d'acte psychanalytique. La question qui viendrait à être configuré serait si la psychanalyse, transportée à d'autres pratiques, comme les institutionnelles, particulièrement dans le contexte de l'hôpital, se soutiendrait. Nous n'utilisons pas le schéma de l'acte psychanalytique avec l'intention de le rendre adapté à la pratique pédiatrique dans l'hôpital, mais pour identifier les points de convergence et de divergence entre les mêmes, même parce que la psychanalyse, dans la contemporanéité, doit avancer au-delà des paramètres établis. Nous utilisons, ainsi, quelques cas cliniques assistés dans ce contexte, afin que nous puissions mettre à l'épreuve la question qui s'est configurée depuis le début de cette dissertation: il y a-t-il de l'acte psychanalytique dans un hôpital? À partir de cette exposition, nous concluons que la psychanalyse est non seulement possible dans un hôpital, comme fondamentale, parce qu'elle soutient qu'il y a un sujet désirant au-delà du corps qui souffre et que ce sujet a quelque chose à nous dire, ce qui est essentiel à la conduite de toute une équipe.

Mots-clés: psychanalyse; acte psychanalytique; sujet; demande; désir; angoisse.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 11
CAPÍTULO 1 – A criança hospitalizada e seus efeitos sobre o sujeito, a família e a equipe.....	p. 19
1.1 O contexto da criança hospitalizada.....	p. 19
1.2 O psicanalista na pediatria de um hospital geral.....	p. 22
1.3 O discurso da ciência e o discurso capitalista no hospital geral.....	p. 24
1.4 O discurso analítico fora do <i>setting</i>	p. 25
1.5 As fraturas nos discursos totalizantes.....	p. 25
1.6 O luto na clínica com crianças.....	p. 27
1.7 Alienação e separação.....	p. 29
1.8 A clínica psicanalítica no contexto multidisciplinar.....	p. 32
CAPÍTULO 2 – Sobre o ato analítico na psicanálise padrão.....	p. 37
2.1 O sujeito sobre o qual opera a psicanálise.....	p. 37
2.2 Direções para a formalização do ato analítico.....	p. 40
2.3 O grupo de Klein como base do esquema lacaniano do ato analítico.....	p. 43
2.4 O ponto de partida lógico da análise.....	p. 45
2.5 Operação alienação.....	p. 47
2.6 Operação verdade.....	p. 48
2.7 Operação transferência.....	p. 50
2.8 O trabalho do analista fora do <i>setting</i>	p. 51
CAPÍTULO 3 – A psicanálise possível no hospital:os casos clínicos como testemunho da presença do psicanalista no contexto hospitalar.....	p. 52
3.1 Caso Francisco.....	p. 52
3.2 Caso Carla.....	p. 57
3.3 Caso Bruno – a história do “peniquinho”.....	p. 60
3.4 Caso Gabriela.....	p. 61
3.5 Caso Daniel.....	p. 63
3.6 Caso Luiza.....	p. 64
3.7 Caso Regina.....	p. 69
3.8 Caso Geovana.....	p. 70
3.9 Caso Sônia.....	p. 72
CONCLUSÃO.....	p. 75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p. 84
ANEXO (TCLE).....	p. 88

INTRODUÇÃO

A presente dissertação é resultado de uma pesquisa que interroga a possibilidade do ato analítico em um hospital geral. Na busca da problematização e do equacionamento a esta tão complexa questão, alguns registros de casos clínicos atendidos na pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG fizeram aqui a função de parâmetros da prática de um analista em um hospital. O confronto dessa prática junto a hipóteses lacanianas sobre a lógica da intervenção analítica conduziram o percurso da dissertação, em que também foram ressaltados os elementos do corpo doutrinário concernentes ao ato analítico. O projeto de mestrado passou pela aprovação dos comitês de ética do Hospital das Clínicas e da Universidade Federal de Minas Gerais, DEPE e COEP, respectivamente. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo), que foi lido e assinado pelos sujeitos da pesquisa e, nessa ocasião, tiveram a oportunidade de esclarecer quaisquer dúvidas que surgiram.

No primeiro capítulo, abordamos o contexto da criança hospitalizada, tão exposta a intervenções de toda a equipe, sem que tenha demandado ou autorizado qualquer ato. Nessas condições, é gerada, ainda, uma demanda plural de tratamento, uma vez que os pais também acabam permanecendo internados no hospital, junto à criança. A condição de uma criança doente, hospitalizada, com risco iminente de morte, desencadeia um real insuportável, pois rompe com o ideal narcísico, sempre presente no imaginário dos pais, de que a criança teria melhor sorte que eles. Da parte da criança, esta também espera corresponder à expectativa dos pais. Assim, diante de um real tão devastador, um enxame de demandas é dirigido ao psicanalista do serviço, para que se faça algo com a angústia que assola a criança, suas famílias e a equipe como um todo.

Assim como os pais não estão preparados para lidar com a doença e o risco iminente de morte em seus filhos, o corpo clínico também demonstra despreparo em lidar com a problemática do luto. Significantes como *morte* e *doença* mexem com o imaginário das pessoas e emergem em forma de angústia, embotando os discursos. O psicanalista se vê, nesse contexto, como aquele que tem a árdua tarefa de sustentar esses sujeitos no simbólico, de fazer a cadeia circular, dando abertura para a entrada de novos significantes, capazes de nomear o sofrimento dos sujeitos, tendo em vista a singularidade de cada caso.

O psicanalista, muitas vezes, faz o intermédio entre o paciente, seus familiares e a equipe. O cuidado a ser tomado é o de distinguir a demanda do médico da demanda do sujeito, que nem sempre coincide com seus porta-vozes, agindo dispersa entre vários agentes,

aí incluído o próprio paciente. É comum que a equipe convoque o analista para “resolver” as eventuais complicações do tratamento médico. Mais do que diferenciar a demanda médica da do sujeito, o psicanalista distingue a demanda do desejo, uma vez que, muitas vezes, o que o sujeito demanda pode ser até o oposto do que ele deseja. O psicanalista sustenta a associação livre e não responde à demanda do sujeito, justamente para que surja algo do desejo do sujeito. O analista opera com *isso*.

O psicanalista, em um hospital, está atento ao tempo de internação para que possa dimensionar os limites de sua ação. Não se trata de um tratamento clínico, segundo as lógicas da psicanálise pura, mas de intervir sobre a angústia que está generalizada, embotando os discursos. Lacan (1998), em *Situação da Psicanálise* (1956), marca a diferença existente entre as práticas terapêuticas, como a médica e a behaviorista, e a prática analítica. Enquanto as práticas terapêuticas adotam como referencial um modelo a ser alcançado, a ética que sustenta o discurso analítico está menos comprometida com a compreensão imediata. Assim, essa posição discursiva está voltada para as manifestações que esgarçam a lógica terapêutica do hospital, introduzindo nesta os lapsos, sons e pausas presentes na fala do paciente, que dizem da atividade e da determinação do sujeito do inconsciente. A psicanálise em extensão foi definida por Lacan (1996) na *Proposição de 9 de outubro de 1967* como aquela que “presentifica a psicanálise no mundo” (p. 6). Trata-se daquelas práticas institucionais ou fora do *setting*, nas quais operamos uma prática comprometida com a ética da psicanálise.

Ainda no primeiro capítulo, denunciemos, baseado em Pundik (2007), algumas falhas que os discursos totalizantes procuram encobrir. Muitas das tecnologias ou mesmo descobertas de medicamentos não partem de uma posição racionalista, abalando o discurso da ciência. A justificativa racional da ciência vem *a posteriori*, o que faz com que o discurso médico-científico seja questionável, permitindo pensar num descongelamento de práticas e mudanças de posição. Nessa mesma lógica, questionamos a medicação em crianças, como forma de tamponar a angústia, e defendemos o quanto as perdas são estruturais e estruturantes para o desenvolvimento psíquico infantil. Não nos posicionamos contra a medicação em crianças, mas defendemos que a prescrição deve ser cuidadosa e em casos extremos, e não feita de forma indiscriminada. Há uma indústria discursiva produtora de terapêuticas que sobrevivem da “fabricação” de novos sintomas. Por isso, é preciso questionar diagnósticos tão facilmente atribuídos às crianças hoje em dia, como a hiperatividade e a depressão. É preciso interrogar a funcionalidade das reações das crianças, que podem esboçar a tentativa de recrutar instrumentos subjetivos de defesa diante de situações adversas, indiciando uma resistência a deixar-se desmantelar. Nessas situações, medicar o que incomoda ou sai do

padrão pode até neutralizar manifestações, mas esta neutralização se dará por dissolução do sujeito.

Para que a criança consiga constituir seu próprio desejo, separando-se do Outro ao qual se encontrava alienada, é preciso respeitar suas manifestações defensivas diante de situações adversas, como a de uma hospitalização. Há uma perda de identidade. De repente, sem pedir licença, a doença se instala e provoca mudanças bruscas na vida do doente e de seus familiares. A criança pode se perceber “morando” no hospital por até mais de um ano e as famílias são despedaçadas: muitas vezes a mãe fica com o filho doente, enquanto o pai ou os avós cuidam dos outros filhos, ainda pequenos, dependentes da presença dos pais. A criança que adoece em plena idade escolar é afastada da escola devido à baixa imunidade e à maior vulnerabilidade a doenças infecto-contagiosas. Essa criança precisará reconstruir sua identidade, a partir de novas referências, novos significantes, e é necessário que ela reaja de maneiras diversas diante da nova realidade que se configura. Mais ainda, é preciso recolher suas respostas a despeito de serem inusitadas, reconhecendo nelas a presença do singular, que não foi capturado pelas adversidades da doença e do seu tratamento, e que a eles subsiste. Assim, constatamos que tal reconhecimento constitui um espaço simbólico para que a criança construa seu lugar. Na maioria das vezes não será preciso tamponar a angústia com psicofármacos.

A mesma lógica vale para os familiares, que também precisarão construir um novo lugar simbólico, lidar com a nova demanda de que o filho sobreviva e se haver com os desejos que podem advir desse real devastador: muitas vezes esses pais se deparam com o desejo de que o filho morra, que pare de sofrer, o que não se dá sem um sentimento de culpa. O desafio do psicanalista é o de sustentar esses sujeitos numa posição desejante, sejam quais forem os seus desejos. A presença de um psicanalista no hospital incide na escuta desses sujeitos, abrindo um espaço de articulação entre a demanda e o desejo. Enquanto o sujeito fala, associa livremente, ele se reconstrói, remaneja desejos, constrói novas demandas. Enfim, o sujeito, como ser de linguagem, precisa falar de seu sofrimento para dar conta de elaborar o que se passa no real.

Dando prosseguimento a essa construção do lugar do analista em um hospital, iniciamos o segundo capítulo, que trata do ato analítico, localizando qual é o sujeito sobre o qual opera a Psicanálise. Milner (1996) é categórico ao afirmar que esse sujeito só pode ser o sujeito da ciência, na medida em que a ciência moderna determina um modo de constituição do sujeito, ao mesmo tempo em que o exclui de seu campo. O autor menciona que, para Lacan, a ciência é condição para a existência da Psicanálise, mas não se coloca como um ideal

diante dela, posto que visa a reconhecer o que subsiste excluído da ciência. Por isso, a psicanálise lacaniana não pretende ser científica e se apóia em uma *práxis* que lhe é própria, valendo-se de critérios exteriores aos da ciência. Milner fala da hipótese lacaniana de que a ciência moderna tenha sido constituída pelo que há de judaico no cristianismo: na medida em que não se permite a adoção de imagens, um espaço é aberto para a abstração e o simbólico, rompendo-se com o imaginário. O sujeito sobre o qual opera a Psicanálise só é pensado a partir de sua fala, é efeito da cadeia significante. Interessa à psicanálise o sujeito de um efeito simbólico.

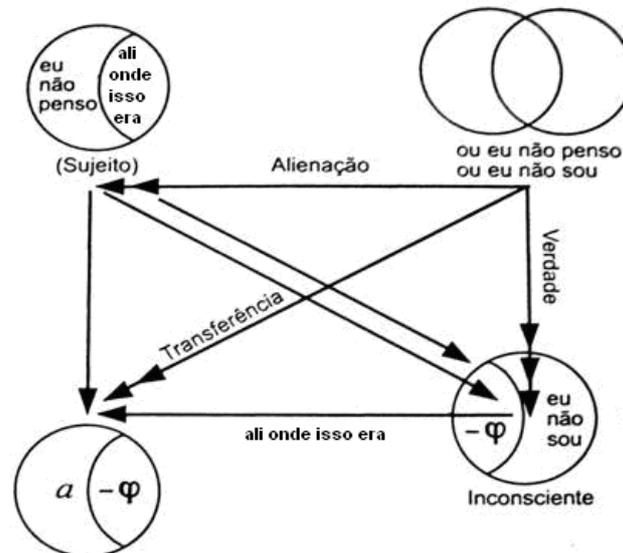
Ao longo de 25 anos de seminários, Lacan procurou problematizar a experiência psicanalítica. Mesmo cientes das limitações de nossa escolha, optamos por abordar essa *práxis* através da operação pela qual o psicanalista intervém: o ato. Lacan formalizou, em seus seminários, todo o processo que envolve o ato do analista nos anos de 1967 e 1968. Tomamos três principais referências para tratar desse tema: dois livros – *O Seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico*, de Jacques Lacan, e *Short Story: os princípios do ato analítico*, de Graciela Brodsky – e uma tese de doutorado – *Da interpretação ao ato analítico*, de Mônica Lima.

O ato não se realiza sem a dimensão de um Outro que possa reconhecê-lo, significá-lo, interpretá-lo. Ele se dá a partir do encontro de um sujeito transferido com um psicanalista. O que o diferencia de uma ação é o que ele representa, e isso só pode ser verificado *a posteriori*. Não há cálculo possível dos efeitos da ação de um psicanalista, antes de sua intervenção. *Só depois* se consegue verificar se essa ação teve estatuto de ato, ou seja, é só a partir do que o sujeito diz que o psicanalista pode dimensionar os efeitos de seu ato. Aparentemente, o ato pode estar vinculado a uma simples ação, mas se aquela intervenção representa um impulso para uma transformação do sujeito, uma mudança de lugar diante de uma determinada situação, então, estaremos diante de um ato.

Recorremos ao seminário do ato, não no intuito de tentar fazer caber as formalizações sobre o ato na prática hospitalar, até porque nesse seminário a noção de ato se estabeleceu na perspectiva de uma psicanálise padrão. No entanto, verificamos, a partir da teoria e da prática – com os casos clínicos – que algumas intervenções do psicanalista em um hospital tinham pontos em comum com aquilo que se convencionou chamar de ato.

Lacan criou um esquema para representar o processo de uma análise. Baseado no grupo de Klein, um esquema involutivo, que tem a característica de sempre se poder retornar ao ponto de onde se partiu, criou o esquema do ato, com características próprias, transformando-o num esquema não-involutivo, pois, ainda que o sujeito retorne ao ponto

de onde partiu, não retorna o mesmo, já passou por uma transformação. Eis o esquema do ato:



O esquema laciano preserva a idéia do grupo de Klein de que inúmeras relações são possíveis entre seus elementos. Lima (2008), adverte-nos que, apesar de Lacan dizer tratar-se de um único trajeto, não é isso o que sugere o esquema criado pelo próprio autor – basta observar a direção das setas no esquema. Entretanto, apoiamo-nos na leitura dessa autora, para quem o esquema do ato não pode ser tomado em uma perspectiva linear e cronológica: afinal, impõe-se considerar o ato de acordo com o tempo do inconsciente, atemporal e não cronológico.

O ponto de partida de uma análise seria o ponto acima à direita, em que o sujeito *ou não pensa*¹ ou *não é*. Na medida em que se coloca o inconsciente em andamento, na leitura lacaniana, provoca-se a ruptura do cogito cartesiano. Na operação de alienação, temos o sujeito que *é* e *não pensa*. Trata-se do falso-ser, produto das identificações imaginárias e simbólicas que, para tamponar sua divisão subjetiva, se aliena a significantes mestres.

Ao longo do processo de análise, o sujeito se põe a associar livremente. Tem-se, aí, o sujeito que *pensa* e *não é*. Pensamento, aqui, deve ser entendido no sentido de um pensamento inconsciente, proveniente da associação livre. Esse tipo de pensamento faz balançar algumas certezas identificatórias do sujeito, fazendo com que este se depare com sua falta-a-ser. Quanto mais se envereda por esses pensamentos, menos sabe quem é. O

¹ Referimos, aqui, ao pensamento inconsciente.

grande desafio de Lacan é fazer com que o sujeito, de sua falta-a-ser, encontre, ao final da análise, uma certeza sobre seu ser. Trata-se de uma nova afirmação de *sou*.

Encontramos na leitura de Lima (2008) sobre o seminário do ato uma forte afinidade com nossa linha de pensamento sobre o fazer do psicanalista em um hospital. O ponto de maior comunhão com a leitura dessa autora é aquele em que ela trata das operações de alienação e verdade como momentos de abertura e fechamento do inconsciente. Assim, o processo dar-se-ia de forma descontínua. Uma operação não teria prevalência sobre a outra ao longo do processo. Verificamos, a partir da prática em um hospital, que há momentos em que o sujeito, confrontado com o real da castração, sentir-se-á mais seguro agarrado a seus significantes mestres – que lhe conferem um *ser*, ainda que falso – do que entregue às incertezas que uma associação livre pode temporariamente provocar. Nesses momentos de perdas reais, realçar a castração do sujeito pode ser desastroso. A relação entre as operações de alienação e verdade é uma relação lógica e não cronológica.

Através da operação de transferência, o sujeito encontraria o fim da falta-a-ser, em um processo denominado destituição subjetiva, que implica em uma afirmação de *sou*, diferente daquela das identificações simbólicas e imaginárias. O tempo do qual o psicanalista dispõe em um hospital não conduz a essa etapa. Seria preciso um longo trânsito pelas operações de alienação e verdade para que o sujeito atingisse esse nível do processo de análise.

No terceiro capítulo, valemo-nos de alguns casos clínicos que representam alguns dos impasses em que se encontra o psicanalista em um hospital, diante de situações inusitadas, jamais pensadas ou programadas. Anunciaremos, por ora, o ponto nodal desses casos, que serão descritos e analisados em detalhes ao longo do terceiro capítulo.

No caso Francisco, apresentamos a história de um adolescente com um osteosarcoma na face, que levou à deformidade completa de seu rosto. Foi submetido a um tratamento quimioterápico sem sucesso. Esse sujeito se deparou com uma imagem completamente diferente daquela construída narcisicamente, o que supostamente abalou suas referências identificatórias. Foi exatamente nesse contexto que o psicanalista entrou no caso, encontrando um sujeito deprimido e que passava todo o dia voltado para a parede, deitado em um leito da enfermaria.

A história de Carla retrata o efeito de um único encontro com o psicanalista do serviço. Carla, mãe de um bebê de quatro meses com onfalocele, chegou ao CTI infantil tardiamente. Sua filha havia sido assistida em um hospital particular e estava com uma

obstrução intestinal que configurava a necessidade de uma cirurgia de emergência. No entanto, a equipe desse hospital não interveio cirurgicamente e deu alta para a paciente. Não melhorando em casa, a mãe a levou para o Hospital das Clínicas, que realizou a cirurgia de urgência, porém, devido ao atraso na intervenção, a bebê evoluiu com sepse e veio a óbito. Nesse contexto, o psicanalista foi convocado a acompanhar a família dessa paciente. A mãe, Carla, foi encontrada completamente revoltada com a conduta do hospital particular, ciente da gravidade do quadro da filha, com fantasias de culpa e de que a morte da filha seria para castigá-la.

A “história do peniquinho” refere-se a um atendimento muito pontual a Bruno, paciente de cinco anos de idade, internado no CTI pediátrico há quase dois anos. Traqueostomizado, não ouvíamos sua voz, nem decifrávamos sua linguagem labial. Porém, o paciente se comunicava bem através de gestos. O psicanalista o encontrou muito angustiado diante da incompreensão da mãe e da equipe frente a sua recusa em fazer cocô no troninho que ganhou de um residente. O que se seguiu foi efeito da escuta do paciente.

O caso de Gabriela retrata a intervenção junto a uma paciente de quatro anos de idade, internada no hospital há seis meses e que havia perdido o pai recentemente. Durante um dos atendimentos, o psicanalista faz um desenho que desencadeia na paciente uma angústia muito grande; isso permitiu ao psicanalista verificar quais eram as fantasias de perda da paciente e, até mesmo, as de sua mãe.

Daniel, adolescente de quatorze anos, é um paciente que foi acompanhado pelo psicanalista durante três momentos: o do diagnóstico de osteosarcoma e tratamento através da quimioterapia; o momento da decisão médica pela amputação; e o momento pós-operatório, em que o paciente foi para cirurgia sabendo da amputação e retornou sem o membro amputado, uma vez que durante o procedimento os médicos perceberam que a extensão do tumor era tamanha que não adiantaria tentar salvá-lo com a amputação. Daniel e sua mãe foram acompanhados até o óbito do paciente.

O caso de Luiza envolveu um acompanhamento mais prolongado. Tratava-se de uma paciente que desenvolveu anorexia nervosa após ter sido abusada pelo namorado da mãe. Com um metro e quarenta e nove de estatura, chegou ao hospital pesando 27 quilos, em um quadro de infecção alimentar, exames clínicos alteradíssimos e uma recusa categórica em se alimentar.

Regina, mãe de um bebê portador de síndrome de Down, internou com seu filho por este ter desenvolvido um quadro de leucemia. O risco iminente de morte abalou

profundamente o vínculo dessa mãe com o bebê e fez com que ela não se permitisse fazer planos, nem para ela, nem para o bebê.

Como normalmente o psicanalista é chamado em momentos de impasse, fui chamada a atender uma criança de dez anos de idade, com o diagnóstico de uma leucemia recidivada. A criança não se comunicava com a equipe, não dizia uma palavra sequer e, nesse contexto, se inicia a intervenção do psicanalista.

Sônia, mãe de uma paciente portadora de síndrome de Down e com uma cardiopatia grave, ficou internada no hospital por um ano desde o nascimento de sua filha. Nesse caso, o psicanalista foi convocado pela equipe para atender a mãe, que questionava a equipe todo o tempo e, por mais de uma vez, entrou com mandato de segurança para que algumas intervenções fossem feitas junto à paciente. A atitude da mãe incomodava muito a equipe e, nesse contexto, o psicanalista foi chamado para atendê-la.

Diante desses casos, aqui apenas anunciados, o psicanalista foi chamado a intervir, sem qualquer cálculo ou estratégia prévia de atuação, uma vez que a intervenção do psicanalista só se dá a partir da escuta do sujeito. No terceiro capítulo desta dissertação, esses casos são expostos em detalhes e algumas reflexões dessa prática são levantadas.

Na conclusão, enfim, procuramos responder à pergunta que norteou todo o trabalho: há ato analítico no hospital? Concluimos que a resposta a essa pergunta é afirmativa e procuramos argumentar e apontar os elementos que nos levaram a acreditar no ato analítico em um hospital.

CAPÍTULO 1 – A criança hospitalizada e seus efeitos sobre o sujeito, a família e a equipe

1.1 - O contexto da criança hospitalizada

A condição de criança, e especialmente da criança hospitalizada, interroga a ação terapêutica de forma contundente. Por um lado, ao mesmo tempo em que a doença exige intervenção precisa e imediata, a dependência subjetiva que especifica a condição *infans* se adere à fragilidade do organismo doente. Esta homologia implica a dificuldade de distinção entre a objetivação do organismo e o sujeito insuficiente que o habita para demandar e autorizar qualquer ato. Por outro lado, a dificuldade de leitura do funcionamento dada pela própria condição *infans* impõe outro plano de dificuldades: o aumento da margem de equívocos de leitura dos sinais das doenças, o acréscimo da responsabilidade nas decisões, dificilmente partilháveis com o sujeito alvo da intervenção. Assim, a qualquer momento, a urgência médica exige intervenções antes que se confirmem elementos asseguradores das suas consequências. A necessidade de objetivação necessária à intervenção aliada aos limites da participação da criança nesta objetivação fazem da criança um objeto exposto desmedidamente a procedimentos de quem faz alteridade a ela, sem que esta possa avaliar a necessidade desta invasão. Essa situação precipita, nos pacientes, a eclosão de uma angústia capaz de produzir efeitos subjetivos mais traumáticos do que a própria afecção mórbida exerce sobre o organismo. Nos agentes da terapêutica, a eclosão de angústia produz impasses que causam embaraços e se exprimem em um enxame de demandas dirigidas ao psicanalista do serviço. Visa-se, portanto, a investigar qual seria, nesse contexto, a intervenção possível ao psicanalista comprometido com a ética de seu campo.

A presença do psicanalista nas instituições de saúde é cada vez maior. A equipe de Psicologia do Hospital das Clínicas da UFMG é composta por psicanalistas que atuam em unidades distintas na instituição: transplante, hemodiálise, nefrologia, dentre outras. Semanalmente, essa equipe se reúne para supervisão e discute os impasses da clínica no contexto hospitalar. São muitos os depoimentos e bibliografias que atestam a eficácia da psicanálise aplicada ao hospital geral. O trabalho do psicanalista François Ansermet

(2003), na Europa, nos ensina sobre a prática da psicanálise no Hospital Geral. Por sua vez, os argentinos possuem uma respeitável contribuição e tradição nesse campo da psicanálise aplicada, basta para isso citar os trabalhos de Guillermo Belaga (2004) no hospital de San Isidro, dentre outros.

A Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG ocupa um andar do hospital, com sessenta leitos nas enfermarias e dez leitos no CTI pediátrico. A Pediatria recebe crianças portadoras de patologias de alta e média complexidade e, nessa clínica, o psicólogo é chamado sempre que o tratamento médico esbarra em algum impasse que coloca em risco a vida da criança, justamente por não ser possível diagnosticar medicamente as razões desse impasse. A criança hospitalizada interroga a ação terapêutica² de forma especial, pois, tanto na cronicidade da doença quanto no risco iminente de morte, os efeitos exercidos sobre ou pela condição subjetiva costumam agravar o quadro clínico. Outro elemento importante na clínica da criança hospitalizada é o fato de que, nesses casos, invariavelmente, a família, os pais ou responsáveis, também terminam por permanecerem internados no hospital, gerando, na maior parte dos casos, uma demanda plural de tratamento. A criança hospitalizada desencadeia um real insuportável: diante da falência do organismo que pode chegar ao risco iminente de morte, os arranjos mentais que até então funcionavam como defesa, ou como negação da morte, entram em colapso. A criança hospitalizada com risco iminente de morte desperta do sonho de que a morte não se colocaria senão no fim da vida. Nesses casos, a criança hospitalizada nos confronta com esse real de que a morte não é o fim da vida, mas o que estabelece o fim à vida. Invariavelmente, esse real precipita a eclosão da angústia. Eric Laurent, em uma conferência proferida na Faculdade de Medicina da UFMG³, sublinhou que a primeira coisa que o psicanalista deve fazer no hospital é dar tratamento à angústia que quase sempre está generalizada, embotando os discursos. Essa situação traumática determina a emergência de impasses que se exprimem em um enxame de demandas dirigidas ao psicanalista e/ou psicólogo que trabalha na pediatria. Quase sempre, diante da criança hospitalizada, a demanda é antes do médico do que da própria criança. Isso permite a afirmação tão sistemática de que, num hospital geral, o psicanalista funcionaria como um especialista em apagar incêndios, um especialista em impasses subjetivos. Afinal, ele é chamado a dissolver a angústia que acomete a criança, os pais, os responsáveis e a equipe como um todo.

² O termo terapêutica, no texto, refere-se à intervenção médica.

³ Conferência intitulada *Psicanálise e Medicina*, proferida em agosto de 2007.

A equipe, por mais segura que esteja de seus procedimentos médicos, também é acometida pela angústia, uma vez que a morte pode representar a castração por excelência. A morte, principalmente em crianças, remete à castração dos pais, que são impedidos, mais uma vez, de concretizarem seus ideais narcísicos; ademais ela realça a castração da equipe médica, que é sempre confrontada com a problemática do luto e de suas limitações técnicas. João Gabriel Marques⁴ convoca-nos a refletir sobre a dificuldade dos médicos de tratar ou mesmo negligenciar o tema da morte diante de seus pacientes. Ele traz uma fala de uma residente que traduz tal relutância: “Prefiro trabalhar no CTI porque quando o paciente começa a falar ele tem alta”.⁵ Para esse professor, não há, durante a graduação, uma formação consistente em tanatologia. Além disso, ele defende que é preciso estar inserido na prática para que, de fato, o profissional perceba sua dificuldade. João Gabriel nos lembra que, em nossa sociedade atual, pós-moderna, deposita-se uma esperança inconsciente no futuro. Sacrifica-se o presente em prol de um futuro melhor. A morte quebra nossa relação temporal com o futuro e é colocada como o oposto da vida. Ele defende que a vida é algo muito mais amplo: “O oposto da morte é o nascimento... a morte é parte da vida assim como o nascimento”. O professor questiona vários procedimentos médicos mutiladores, como a hemipelvectomia⁶, que refletem a negação da morte: “Os médicos definitivamente não gostam de conversar sobre a terminalidade... costumam responder àqueles pacientes que perguntam se vão morrer da seguinte maneira: ‘É claro! Você não é imortal!’”. E fecham a porta ao paciente com essa resposta objetiva. João Gabriel afirma que o que esse paciente pergunta é sobre seu sofrimento. Ele enumera as atitudes que não devem ser tomadas pelo profissional da saúde: abandonar o paciente, isolá-lo, introduzir elementos técnicos inúteis, mentir para o paciente. A criança, muitas vezes, é tratada pela equipe apenas como um corpo que sofre. Assim, a presença do psicanalista nessas instituições de saúde abre uma possibilidade para a escuta desse sofrimento, que também é psíquico. Cabe ao psicanalista um corte que abra espaço para a particularidade do sujeito. Trata-se não só da escuta dos pacientes e familiares, mas também daquilo que angustia a equipe e que a impede, muitas vezes, de tomar determinadas direções no tratamento. Para o psicanalista que trabalha no hospital, a

⁴ Professor de clínica médica do Hospital das Clínicas da UFMG, em palestra proferida no seminário sobre cuidados paliativos, na Faculdade de Medicina da UFMG, em maio de 2010.

⁵ A residente estaria se remetendo ao perfil dos pacientes de CTI que, frequentemente, ficam intubados e sedados.

⁶ Na hemipelvectomia, um membro inferior é retirado, assim como parte da região pélvica, de modo que o paciente passa o resto de sua vida na posição horizontal, não pode mais se assentar. Na Pediatria, pude verificar

angústia de cada um não é encaixada em uma das psicopatologias coletivas, sendo imediatamente medicada. O psicanalista está atento à particularidade de cada forma de padecimento, privilegiando cada caso específico, dentro do que cada sujeito possui de singular. Na prática, percebe-se que as mesmas causas não geram as mesmas consequências, um mesmo diagnóstico é vivenciado de forma completamente diferenciada por cada sujeito. Catalogar a angústia de cada um em uma psicopatologia qualquer incidiria no risco de negligenciar a história singular de cada paciente ou familiar que sofre, além de ser apenas mais um dos diagnósticos com que se lida em um hospital. O psicanalista está nesse local com o objetivo de escutar esse sofrimento, de modo que ele nunca sabe de antemão que tipo de intervenção poderá lançar mão em um caso específico. É somente a partir da escuta de cada um que o psicanalista pode construir e reconstruir o seu lugar. Ao contrário do médico, o psicanalista não possui um *guideline*⁷. Sua ação não é pré-estabelecida e nem tampouco ele pode fazer um cálculo da reação de cada paciente diante de suas intervenções. Para o psicanalista, no entanto, importa saber operar com a transferência, pois apesar de não calcular o efeito de sua fala para cada sujeito, esse profissional sabe que seu dito tem um peso capaz de acentuar alguns processos psíquicos.

1.2 - O psicanalista na pediatria de um hospital geral

A intervenção do psicanalista nessa clínica da urgência diante da criança hospitalizada está atravessada pelo apelo de que ele produza efeitos terapêuticos rápidos sobre a própria terapêutica hospitalar a que a criança já está submetida: é na sua insuficiência que está baseada a expectativa de que sua intervenção resulte no franqueamento de impasses e na reanimação do tratamento. Philippe La Sagna (2008), diretor de um centro de tratamento psicanalítico de curta duração na cidade de Bourdeaux, assinalou que o psicanalista na instituição funciona “de forma reduzida e concentrada”.⁸ Segundo ele, o que delimita o fim do tratamento na prática da psicanálise aplicada não é a

também aquelas cirurgias em que, para conter uma infecção fúngica ou uma metástase, é preciso retirar partes do corpo como o globo ocular, o nariz, os lábios, etc.

⁷ *Guidelines* são guias que devem ser utilizados durante a avaliação e manuseio dos pacientes com condições clínicas específicas. Constituem bases e recomendações produzidas de maneira estruturada (frequência, diagnóstico, tratamento, prognóstico, profilaxia), sendo utilizados na assistência e tomadas de decisões.

⁸ Em: La Sagna, Philippe. Entrevista proferida em Paris, em 13 de setembro de 2008. Sem título. Tradução: Elza Marques Lisboa de Freitas (inédito).

lógica da psicanálise pura, que visa a tratar o sintoma e produzir um desejo de analista no limite da cura. A psicanálise pura deve permanecer em outro lugar, como substância que nutre a psicanálise aplicada à terapêutica, sob pena de a ação terapêutica perder sua ligação com o real. Na lógica da aplicação da psicanálise diante da criança hospitalizada o pivô do tratamento deve ser o impasse ativo sopitado pela angústia generalizada que desvitaliza os discursos. Na pediatria de um hospital geral, o analista deve estar atento ao tempo da internação para dimensionar o limite de sua ação. Não se trata de realizar um tratamento clínico segundo a lógica da psicanálise pura, mas de intervir sobre o impasse para debelá-lo.

Mathelin (1999), psicanalista da clínica com bebês prematuros no Hospital Delafontaine em Saint-Denis, aposta na ação do analista como trabalho de reanimação do discurso: diante da criança hospitalizada, trata-se de reanimar os discursos em torno da criança, inclusive o discurso da própria criança. Nas palavras do autor: “Não se tratava mais, portanto de atendimento sob prescrição quando as famílias vão mal, quando os pais estão infelizes ou agressivos e o trabalho dos médicos sofre com isso. Se tal fosse o caso, ali estaríamos não para ajudar os pacientes, mas a medicina” (p. 22).

É evidente que para proceder essa reanimação dos discursos, o psicanalista deve, em primeiro lugar, saber distinguir o que é a demanda do médico e o que é a demanda da criança. Sobre a demanda dos médicos, Mathelin (1999) sublinha que os médicos, enquanto representantes do discurso da ciência, “pedem aos psicanalistas que tomem posição; às vezes, até, pedem-lhes para tratar ou prevenir as eventuais complicações de seus atendimentos médicos” (p. 84). No entanto, nesse sentido, o psicanalista não pode se deixar usar pela medicina, pois o real da psicanálise não é o mesmo real da medicina: “é uma questão de diferença de registro, uma radical impossibilidade... Então, o que pedem de nós?” (p. 85).

O analista não pode trapacear seu paciente ofertando uma promessa de cura ou melhora, agindo sobre seu sintoma. Seu trabalho é disponibilizar uma escuta do real que se impõe, para que pais ou crianças possam simbolizar algo dessa experiência. Ele deve possibilitar a “criação de um espaço que possibilite a articulação da demanda e o desejo” (Dias, 2008, p. 115). Nesse sentido, sua função poderia ser a de transformar a demanda dos médicos em uma demanda subjetiva?

Lacan (1966/1996), em seu texto *O lugar da psicanálise na medicina*, aponta a hiância que existe entre a demanda e o desejo:

A partir do momento em que se faz esta observação, parece que não é necessário ser psicanalista, nem mesmo médico, para saber que, no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja (p. 10).

1.3 - O discurso da ciência e o discurso capitalista no hospital geral

No ambiente hospitalar, predomina o discurso da ciência. A ciência dá, no lugar da falta, o que se reduz aos *gadgets*, que consistem em uma parafernália tecnológica, capazes de suprir imediatamente o que é suposto faltar, gerando um circuito de demanda infernal e ininterrupto, pois os objetos capazes de suprir a falta são sempre trocados, substituídos por outros mais sofisticados.

Outro discurso que nos atravessa e que deve ser questionado é o discurso capitalista. Há uma prática perversa de fabricação de novos sintomas pelas próprias indústrias farmacêuticas que leva ao consumo de suas drogas e tamponamento da falta, da angústia, da tristeza. Sem avaliar as consequências desse tamponamento sobre a estruturação psíquica e as defesas dos sujeitos, as condutas médicas que se servem indiscriminadamente deste expediente para neutralizar as próprias dificuldades da clínica funcionam no mesmo registro.

Os dispositivos discursivos do hospital articulam o discurso da ciência e o discurso capitalista por meio de operações que visam à *terapêutica* por meio de instrumentos e técnicas, mas, também, por meio da chamada *relação intersubjetiva* médico/paciente. Cabe assinalar com Lacan (1996), a partir da *Proposição de 9 de outubro de 1967*, a distância e mesmo a oposição entre tais dispositivos discursivos e o discurso da psicanálise, o que, à primeira vista, tornaria impossível sua articulação num mesmo campo. Portanto, é necessário problematizar: Qual o lugar do analista no hospital? Como ele se posiciona diante da demanda do médico, uma vez que há uma diferença radical entre o sintoma do qual trata a medicina e aquele que é tratado pela Psicanálise?

1.4 - O discurso analítico fora do *setting*

Um primeiro passo pode ser dado ao localizar a ética que sustenta o discurso analítico. Em seu texto, *Situação da Psicanálise em 1956*, Lacan (1998) aponta para a diferença entre a *prática terapêutica*, como a behaviorista e a médica, e a *prática analítica*. Lacan estabelece que a psicanálise não tem como referencial um modelo a ser alcançado, o objetivo da análise não deve incidir sobre a identificação com o eu do analista. O autor convoca os analistas para que se abstenham de compreender e que agucem seus ouvidos para os sons, cortes, lapsos e pausas contidas na fala, ou seja, a convocação é para que se escute o sujeito do inconsciente. A função do analista é sustentar a associação livre e não responder à demanda do sujeito, justamente para que algo de seu desejo possa advir. O analista age em nome da função significante e não em nome dele mesmo, não entra no mérito do conteúdo da fala do sujeito. Na *Proposição de 9 de outubro de 1967*, Lacan (1996) destaca a psicanálise em extensão como aquela que “presentifica a psicanálise no mundo” (p. 6). A psicanálise em extensão, hoje, remete às práticas institucionais e àquelas fora do *setting* analítico, nas quais é possível fazer operar uma prática comprometida com a ética da psicanálise. Lacan (1996) estabelece que a psicanálise em extensão se diferencia das práticas terapêuticas, que distorcem e relaxam o rigor da psicanálise; o autor constata: “não há nenhuma definição possível da terapêutica que não seja a de restituição de um estado primeiro” (p. 6). Essa noção de terapêutica remetendo a um retorno ao equilíbrio, à harmonia, também está presente em *O Seminário, livro 8: a transferência*, na lição em que Lacan retoma o discurso de Erixímaco, um médico, personagem de *O Banquete*, de Platão. Nesse sentido, pode-se afirmar que não há nada mais contrário à ética da Psicanálise do que a terapêutica. A Psicanálise vem apontar a impossibilidade de o sujeito estar nesse lugar de equilíbrio. Inversamente ao discurso terapêutico, o ato analítico teria um fator de transformação, mudando o sujeito de lugar.

1.5 - As fraturas nos discursos totalizantes

Outro passo pode ter lugar ao situar a possibilidade de giros discursivos, a partir da localização e problematização das fraturas que os discursos totalizantes encobrem. Assim, por

exemplo, podemos considerar que a inquestionabilidade das condutas sugeridas pelo saber médico, deve ser interrogada. Afinal, nos “bastidores”, é possível verificar que há uma certa empiria na descoberta dos medicamentos e das tecnologias, como Pundik (2007) atesta. Verifica-se que as descobertas não são decorrentes de uma posição racionalista, o que abala o discurso da ciência. Percebe-se que a justificativa racional da ciência só vem *a posteriori*. Na medida em que a inquestionabilidade nas quais as condutas médicas estão adormecidas provoca impasses clínicos, uma intervenção específica pode permitir um deslocamento de posições e um descongelamento de práticas.

Da mesma maneira, diante da prescrição de medicamentos com o objetivo de tamponamento das dificuldades de a equipe suportar a angústia de um paciente, sua interrogação pode permitir uma reconsideração da equipe e mesmo um ato que constate outra possibilidade de intervenção, permitindo o trabalho da angústia no paciente.

No Hospital das Clínicas da UFMG, um hospital-escola que atende a doenças de alta complexidade, é comum verificar o desenvolvimento de um sintoma depressivo em uma criança, secundário à doença de base. Nesse momento, o psicólogo é chamado para discutir sobre a necessidade de se fazer uma interconsulta à psiquiatria. A situação deve ser analisada na particularidade de cada caso, mas é preciso ter em mente algumas críticas feitas à prescrição indiscriminada de antidepressivos para crianças, como o faz Pundik (2007). O autor levanta uma série de argumentos para questionar quando e se a medicação de crianças é necessária. Ele fala das perdas que todas as crianças sofrem precocemente na infância – perdas que são extremamente importantes para a estruturação psíquica de cada um – e questiona se, em tais casos, em que um sintoma depressivo pode aparecer, seria preciso medicar: Quais seriam os efeitos do tamponamento de tais afetos? Outro argumento do autor vai de encontro ao discurso capitalista: até que ponto a mídia ou as próprias indústrias farmacêuticas “criam” novos sintomas para que essas mesmas indústrias lancem uma medicação que possa agir na remissão de tais sintomas? Ele denuncia um processo de fabricação de novas doenças, novos sintomas, em que se poderia dizer que a medicação entraria como um *gadget* a tamponar a falta, a angústia, a tristeza.

Há casos em que, de fato, é preciso medicar. Pundik (2007), assim como Mezan (1998), reconhecem que há estados em que o sujeito se encontra em um quadro tão grande de angústia que, se não for medicado, não conseguirá sequer escutar as intervenções do analista, não estará em condições de analisabilidade. Então, resta o seguinte questionamento: O que fazer com o paciente medicado? Quais são os efeitos da medicação sobre o paciente?

Hassan (2005) sugere “escutar o Prozac”, ou seja, é preciso verificar, em cada paciente, qual é o efeito da medicação sobre o sujeito e o que é do significante. Para essa autora, os efeitos de um psicofármaco nunca são unicamente químicos. Isso também pode ser pensado para outros tipos de medicação além do psicofármaco. Márcio Peter Leite (2002) corrobora essa idéia ao afirmar: “Quando se age através de um medicamento, é claro que se age em um organismo, mas também em seu modo de captação do imaginário, em sua simbolização” (p. 41). Porém, a medicação contribui para “adormecer” o sujeito do inconsciente, na medida em que a supressão de um sintoma médico poderia cancelar uma forma de gozar do inconsciente, justamente porque algo deixa de ser falado. A medicação pode ter esse efeito de embotamento do discurso e tamponamento da falta. Na clínica pediátrica, é possível verificar claramente como a medicação pode “levantar” a criança de um estado depressivo. Mas é preciso questionar: até quando isso se sustenta? Em que medida esse efeito impede a ação do psicanalista, uma vez que a medicação pode mascarar a angústia?

1.6 - O luto na clínica com crianças

Outro elemento importante na função do psicanalista diante da criança hospitalizada diz respeito à possibilidade de tratamento do luto aberta pela clínica freudiana. Frequentemente, a iminência da morte faz com que o psicanalista seja convocado. Freud (1917 [1915]/1996), em *Luto e Melancolia*, adverte:

Embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo a tratamento médico. Confiamos em que seja superado após certo lapso de tempo, e julgamos inútil ou mesmo prejudicial qualquer interferência em relação a ele (p. 249).

Muitas vezes, o psicanalista é chamado para acolher uma família que está prestes a sofrer ou sofreu uma perda definitiva, sem nunca ter tido qualquer contato prévio com a mesma. O que pode o analista oferecer? O que o qualifica nesse lugar? Uma vez que ele não pode reanimar a criança, poderia reanimar o discurso que habita os pais, permitindo-lhes uma escuta daquilo que angustia?

O lugar de um filho na vida dos pais remete à revivescência do próprio narcisismo destes. Para os pais, a criança é dotada de perfeições e deve realizar todos os planos idealizados pelos mesmos ao longo da vida, aos quais eles tiveram de renunciar: “A criança

deve ter melhor sorte que seus pais...” (Freud, 1914/2004, p. 110). A imortalidade do Eu, ponto tão vulnerável no narcisismo e tão duramente questionado pela realidade, parece encontrar refúgio ao abrigar-se na criança. O filho é a possibilidade de realização do ideal parental, é a imortalidade dos pais. E quando o filho adocece? Qual a consequência de sua doença sobre o narcisismo parental e sobre o da própria criança?

Freud (1914/2004) aponta para o desejo dos pais: “Doença, morte, renúncia à fruição, restrições à própria vontade não devem valer para a criança...” (p. 110). A doença da criança aponta para uma impossibilidade de cumprir o ideal narcísico parental de imortalidade do Eu e de realização dos desejos jamais desfrutados pelos pais.

Freud (2004), em seu texto *À guisa de introdução ao narcisismo* (1914), descreve a condição das pessoas apaixonadas, que sofrem um desinvestimento no Eu e um investimento maciço no objeto. Algo similar acomete os pais na situação de hospitalização dos filhos. Ao descobrirem a doença dos filhos, esquecem de si mesmos, muitas vezes dos outros filhos, para se dedicarem ao filho doente. Muitos desses pais, em um dado momento, se vêem confrontados com a morte dos filhos. Nesse instante, o *quantum* de libido investida se volta para o Eu: o sujeito é puro sofrimento, pura angústia. A criança, que outrora polimerizava o narcisismo dos pais, agora focaliza a ferida narcísica, a falta. Através do trabalho sobre a angústia, o psicanalista permite que a libido possa ser investida em outros objetos. Esse trabalho se dá a partir de uma escuta cuidadosa e responsável, pois a situação de luto não deve ser tratada como uma patologia. Assim, importa que o psicanalista esteja atento também ao sintoma dos pais para que dimensione os limites de sua ação: algumas vezes é, portanto, necessário dar continuidade ao tratamento dos pais (ou de um deles).

Freud (1914/2004) assinala o que ocorre na distribuição da libido na condição da doença orgânica. Quando o sujeito sofre, ele deixa de amar. Sua libido fica inteiramente investida no Eu, não sendo possível investir em novos objetos amorosos. Os investimentos libidinais seriam recolhidos para o Eu, para serem reenviados aos objetos depois da cura. E quando o sujeito já se encontra fora de proposta terapêutica, submetido a cuidados paliativos? Como lidar com essa “reclusão” do doente? Qual seria seu efeito sobre os pais? Uma mãe, alguns dias após a morte de sua filha, haveria dito: “Eu morro de saudades da minha filha... mas já estava com saudades dela desde que ela entrou em depressão...” Essa fala ilustra claramente o ponto em que a doença leva ao investimento maciço da libido no Eu e ao conseqüente desinvestimento no objeto. Isso aponta para um limite no tratamento do psicanalista diretamente com a criança, mas ao mesmo tempo o direciona a outras formas

indiretas de intervenção: o trabalho sobre o luto da família produz efeitos também na criança terminal.

Lacan (1964/2008) remete-nos a uma outra forma de se pensar a libido em situações de passividade, o que complementa a reflexão sobre a doença orgânica. Lacan é bem freudiano ao falar disso e parece retomar as ideias contidas no texto *Uma criança é espancada* (1919) ao afirmar: “De fato, salta aos olhos que, mesmo em sua pretensa fase passiva, o exercício de uma pulsão, masoquista por exemplo, exige que o masoquista, se ousar me exprimir assim, trabalhe feito um burro” (Lacan, 1964/2008, p. 195). A exposição lacaniana permite pensar na criança hospitalizada, submetida desmedidamente ao saber e decisões dos médicos e de seus pais, sem que seja consultada sobre seu desejo. Ainda nessas condições, é possível verificar uma atividade pulsional, uma atividade tão intensa que pode levar o corpo à exaustão. E qual seria o desejo da criança? Lacan (1957-58/1999), em *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*, nos diz que o desejo da criança sempre terá uma referência fálica, ou seja, a criança sempre tentará suprir a falta dos pais – e verifica-se no texto sobre o narcisismo que eles contam com isso! E quando a criança aponta para mais uma ferida narcísica nos pais, como nas doenças orgânicas graves? Poder-se-ia dizer que, nessas condições, seu esforço pulsional se tornaria ainda maior!

1.7 - Alienação e separação

Muito antes de nascer, o filho já é feito de significantes que são gerados na fala narcísica dos pais. O filho é efeito da concatenação de tais significantes. O sujeito, na Psicanálise, só é constituído através e pela via do campo do Outro. O Outro, na cadeia significativa, é aquilo que presentifica o que é da ordem do sujeito. Lacan (1964/2008) definiu duas operações constituintes do sujeito: a alienação e a separação.

Adela Geller (2008), em seu artigo “O jogo do jogo”, percorre alguns processos da constituição psíquica do sujeito, bastante esclarecedores para a compreensão de como se dão as operações de alienação e separação. A autora descreve alguns jogos que são repetidos pelas crianças que nos permitem localizar em que ponto da constituição psíquica o sujeito se encontra. Geller refere-se ao jogo do *Fort-da*, descrito por Freud em *Além do Princípio do prazer* (1920), enquanto observava a brincadeira de seu neto Ernest. Lacan, em vários momentos de sua obra, afirma que a falta é condição para o desejo, o desejo surge onde há

falta. Nesse sentido, Geller (2008) afirma que, a partir da falta do Outro (a mãe), a criança então pode se perguntar sobre seu desejo: “O que sou para o Outro? Pode o Outro me perder?” (p. 3). A autora segue afirmando que a brincadeira do *Fort-da* já sugere um distanciamento do Outro, uma distinção entre o eu e o não-eu. Antes dessa diferenciação, a criança brincaria de tentar construir um “sou”, através de jogos como comer e cuspir, untar o corpo com a própria papinha, tentando localizar um dentro e um fora, pois, a princípio, o corpo da criança é sentido como uma superfície contínua, tal qual a banda de Moebius⁹. Lacan recorreu à topologia para tratar desse tempo em que o corpo da criança não se divide em interior e exterior. Nesse tempo, a criança enfia o dedo na boca, nariz e olhos da mãe: “O bebê precisa perfurar o corpo materno para meter-se nele” (GELLER, 2008, p. 3). Nesse tempo, não há divisão entre o corpo da criança e o corpo da mãe.

Antes ainda do jogo do *Fort-da*, aparecem os jogos de borda, como foram denominados por Alfredo Jerusalinsky, em *Escritos de la infância* (1994). Trata-se de jogos em que as crianças exploram seus limites, enfiando-se em buracos e empurrando brinquedos para vê-los cair da mesa. Os jogos de borda apontam para um espaço que não é mais infinito, como sugerem os jogos de construção de um “sou”, simbolicamente representados pela banda de Moebius.

A brincadeira do *Fort-da* surge em um terceiro momento, em que é incluído o espaço tridimensional – um espaço fora é construído, na medida em que se lança o objeto. Esses jogos seguem uma ordem que remete ao processo de constituição da subjetividade. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920), Freud descreve o *Fort-da* e diz que a brincadeira só se completa no *da*, quando a criança faz reaparecer o objeto que outrora arremessou para fora. A criança repete esse movimento num jogo que envolve presença e ausência. Ernest não chorava na ausência da mãe. O que ele fazia era repetir o jogo do *Fort-da*.

Por isso Freud diz que havia ali um grande progresso cultural, já que a brincadeira permitia que a criança renunciasse à satisfação pulsional. E, por essa renúncia, a criança se dava uma indenização: encenar o desaparecer e o voltar da mãe quantas vezes o desejasse. O ganho para si pela renúncia pulsional era, pois, em moeda simbólica (Geller, 2008, p. 5).

Curiosamente, Freud observou que a criança repetia a primeira parte do jogo, a mais desprazerosa, mais vezes do que a segunda parte; a partir daí, questiona: estaria o brincar além do princípio do prazer? Freud responde que as crianças repetem brincadeiras desprazerosas porque, diante de uma impressão que lhes provoca um sentimento muito intenso, para elas é mais fácil enfrentá-la de modo ativo do que de modo passivo. Assim, a repetição entraria com

⁹ Trata-se de uma superfície contínua, unidimensional, sem dentro e sem fora.

a função de fortalecer a supremacia buscada pelas crianças. O brincar de fazer de conta tampona a angústia provocada pela ausência da mãe, pois o sujeito passa a ser o agente da situação. Essa ideia de que a pulsão pode encontrar satisfação transformando-se em seu contrário também está presente no texto freudiano *As pulsões e suas vicissitudes* (1915).

Geller comenta a visão lacaniana de que a repetição da brincadeira se dá para que o sujeito exercite sua alienação no Outro. A satisfação por ser o agente pulsional viria de forma secundária. A autora diz que a brincadeira do *Fort-da*, para Lacan, aponta para o nascimento da criança à linguagem. Nesse tempo da constituição do sujeito, o desejo se humaniza. A privação (não ter a mãe) é dominada, sendo assumida pelo sujeito e seu desejo é elevado à segunda potência (ser objeto de desejo de um outro). Para se transformar em um ser falante o sujeito se apropria de significantes que possam representá-lo. Nesse movimento de tomar as palavras de fora, fazendo-se representar pelos significantes do discurso concreto do ambiente, sua existência ganha sentido, mas, ao mesmo tempo, algo do ser do sujeito é perdido: “os fonemas que o representam matam algo do que nele seria vital”¹⁰ (Geller, 2008, p. 6). A *alienação* é o ponto em que o sujeito está alienado ao Outro, quando o Outro produz significantes que vão definir o que é o sujeito. No entanto, sempre sobra um resto: o Outro não é capaz de recobrir tudo que é da ordem do sujeito. Por exemplo, quando se diz: “Esta criança é doente”, esse *doente* não define tudo que a criança é: alegre, levada, nervosa, estudiosa, etc.

O sujeito, por sua vez, demonstra querer sair dessa posição de objeto de gozo do Outro. O sujeito revela querer sair do assujeitamento quando descobre que o Outro não é um tesouro de significantes que possa dizer tudo o que ele é. O sujeito se pergunta: “o que eu sou no desejo do Outro?”. O sujeito se faz essa pergunta porque descobre que o Outro também é faltante. A mãe, na função de grande Outro original da criança, é o lugar em que a criança busca o tesouro de significantes para expressar o que acontece com ela. O que dá sentido aquilo que é a criança é nomeado pelo Outro (alienação). Porém, o que a criança é ela não encontrará no campo do Outro. A mãe, em seu pleno exercício subjetivo, tem outros interesses além da criança. É o que permite que a criança comece, então, a se perguntar: “por que ela aparece e desaparece?”; pelo reviramento pulsional, ela se coloca em jogo por meio das questões: “o que eu sou no desejo do Outro? O que ele quer de mim?”. Este segundo movimento, nomeado *operação de separação*, será condição para a constituição do desejo da criança.

¹⁰ Esse algo do sujeito, que nele seria vital, fica fora da linguagem, se desvincula do significante. Trata-se do que Lacan chamou de objeto *a*, objeto causa de desejo.

A separação ocorre quando a criança percebe uma vacilação no Outro. Um exemplo citado por Lacan é o dos *porquês* da criança. É justamente onde o Outro duvida, tropeça, hesita em responder ou se comove com a pergunta que lhe é feita, que a criança percebe que o Outro é faltante. Ao se deparar com o sem sentido, ocorre a separação do Outro: “Lacan afirma que o sujeito só se lança na alienação se encontra como complemento o que lhe aporta a separação: uma promessa de ser, de ser falante. Essa promessa não é outra que a de habitar um mundo constituído em torno da falta” (Geller, 2008, p. 7). Geller (2008) defende que a alienação e a separação são operações estruturantes da linguagem e fundamentais para a constituição do sujeito como um falasser. A passagem de um nível ao outro se dá de forma descontínua e essas transmutações estruturam o psiquismo do sujeito.

1.8 - A clínica psicanalítica no contexto multidisciplinar

Trata-se de diferenciar a demanda da criança daquela dos outros (mesmo quando presente na boca da criança) para localizar algo do que a mobiliza a desejar. É uma das funções do psicanalista na pediatria de um hospital geral. Aí incide seu compromisso ético, pois o psicanalista deve saber que “a incidência da nossa fala pode mudar o modo de gestão de gozo dessas crianças” (Vorcaro, 1999, p. 41).

François Ansermet (2003) circulou em várias clínicas médicas, nas “fronteiras entre a Medicina e a Psicanálise” e explica de que se trata no trabalho de escuta na pediatria:

Trabalhar como analista em pediatria supõe levar em conta não somente a realidade física da doença, mas também o lugar ocupado por ela na realidade psíquica do sujeito. Essa distinção entre realidade física e realidade psíquica é um pré-requisito essencial para qualquer colaboração entre um psicanalista e um pediatra junto à criança doente. Para isso, o psicanalista deve contrariamente ao médico, preservar na sua relação com o paciente o que poderíamos designar como o lugar da ignorância: deixar aberta a escuta do corpo tal qual ele aparece na dimensão subjetiva, o corpo falante que apenas o paciente pode revelar (p. 15).

Se do lado do psicanalista existe um esforço de teorizar sua inserção e sua função numa clínica multidisciplinar, nem sempre existe, da contra parte, o esforço de acolher a especificidade das questões levantadas pela emergência do sujeito que a ação do discurso analítico propiciou. Vorcaro (1999) problematiza a clínica multidisciplinar considerando o fato de diferentes campos teóricos pressuporem concepções de ser humano que são incompatíveis entre si. Essas concepções são invariavelmente excludentes e, por isso, a

multidisciplinaridade não se inscreve senão sob a égide de uma falta. Diante dessa falta é que se constituem as demandas enlouquecidas, pois, a clínica, com toda a sua complexidade, torna insuficiente o saber de qualquer disciplina isolada.

No exercício da clínica, a idealização da multidisciplinaridade não chega a estabelecer relações entre campos conceituais, não atinge uma articulação teórica consistente, nem mesmo consolida um debate que permita explicitar diferenças conceituais que delimitam e determinam a diversidade das práticas clínicas, como o atributo “multidisciplinar” poderia sugerir. Apesar da consideração – efetivamente partilhada entre os profissionais – relativa à importância da articulação de campos conceituais distintos, seu efeito é o enclausuramento das clínicas em seus próprios campos e o desenvolvimento de estratégias institucionais que as garantam (Vorcaro, 1999, p. 108).

No Hospital das Clínicas da UFMG, embora a maioria dos psicólogos seja psicanalista, assim como as supervisões que orientam o serviço, todos são contratados como psicólogos e, quando alguma interconsulta é feita a este serviço, por algum membro da equipe, esta demanda é, em sua grande maioria, para que um psicólogo compareça, e não um psicanalista. Este talvez seja um motivo para que tais pedidos incidam sempre sobre a terapêutica. Dentre as demandas que são feitas ao psicólogo da pediatria deste hospital, hoje, poder-se-ia estabelecer aquelas que são mais frequentes para que seja feita uma reflexão crítica dessa demanda de tratamento:

- atendimentos a crianças com dificuldade de adesão ao tratamento e que recusam os procedimentos médicos;
- acompanhamento de visitas de irmãos (conforme decisão em reunião com a equipe multidisciplinar de referência da Unidade Funcional Pediatria, foi estabelecido que o profissional mais adequado a acompanhar estas visitas, principalmente ao CTI Pediátrico, seria o psicólogo);
- atendimento a crianças evoluindo com humor deprimido, com recusa à alimentação e/ou participação de atividades lúdicas (a pediatria conta com uma brinquedoteca);
- atendimento a crianças e familiares, junto com a equipe médica, no momento de comunicação de diagnósticos e tratamentos mais difíceis – como cirurgias, quimioterapias;
- acompanhamento de crianças e familiares em internação prolongada;
- acolhimento aos familiares em consequência do óbito de um paciente;
- atendimentos a familiares e crianças, quando o paciente se encontra fora de proposta terapêutica¹¹, no sentido de uma cura;
- atendimento a familiares resistentes a acompanhar o filho doente;

¹¹ Deve-se tomar cuidado com o termo *fora de proposta terapêutica*, uma vez que, na lógica dos cuidados paliativos, sempre há uma terapêutica proposta, nem que seja visando o alívio da dor.

-atendimento àqueles familiares que manifestaram algum atrito com um dos membros da equipe.

Apesar de alguns autores já terem problematizado sobre a inserção do psicanalista em um hospital geral, ainda é preciso questionar e estabelecer *como* se dá essa entrada, contextualizando a dificuldade em não se responder terapêuticamente e sustentar a ética da psicanálise, que está comprometida com o desejo do sujeito e não com a demanda de uma equipe. Como sustentar a ética psicanalítica na prática com crianças que se encontram muitas vezes sem condições de autorizar qualquer ato? E, ainda, como garantir um lugar dentro de um corpo clínico, lugar este tão distante da terapêutica, mas também tão complementar a ela?! O psicanalista pode receber a demanda tal como é formulada pela equipe, mas deve ter o compromisso ético de saber o que fazer com ela.

Braceras (2006), psicóloga da Universidade Nacional de Buenos Aires, aponta que o psicanalista pode trabalhar interdisciplinariamente com a equipe médica, porém não usa as mesmas categorias nem persegue iguais fins: não é o único caso em que é pontualmente possível sustentar uma relação diferencial e complexa, porém produtiva. O psicanalista é chamado quando um impasse embaraça a terapêutica. A angústia é paralisante. Se o psicanalista consegue desenterrar as possibilidades para o sujeito recuperar a saúde – intervir sobre a angústia para animar os discursos –, então ele consegue ajudar no tratamento médico. E, ainda, permite ao paciente retomar sua vida o mais rápido possível. Efetivamente, muitos são os casos em que o psicanalista funcionará a reboque da função terapêutica, na medida em que a angústia pode ter caráter avassalador. Esta prática de urgência não desconfigura o psicanalista, desde que este não se restrinja a esta incidência considerando-a o eixo de sua prática.

Diante da nova configuração da psicanálise em extensão no cenário de nossa cidade, pela presença cada vez mais constante dos psicanalistas nos hospitais gerais, faz-se pertinente interrogar a especificidade da ação do psicanalista na pediatria, frente a criança hospitalizada. Os parâmetros da clínica psicanalítica com crianças seriam suficientes para orientar os modos de intervenção diante da criança hospitalizada? Haveria alguma especificidade da ação do psicanalista na pediatria de um hospital geral?

Ansermet (1999), ao se referir à clínica como via de pesquisa, aponta:

A clínica, seja ela médica ou psicanalítica, é um método concebido para ser ao mesmo tempo uma prática e uma via de pesquisa. A teoria freudiana sempre conservou a característica de algo não acabado: o trabalho de pesquisa é parte inerente do método analítico. A psicanálise, segundo Freud, não é uma visão de mundo (1933a). É assim que a pesquisa analítica, como toda pesquisa, visa primeiro a um trabalho de abertura. De certo modo, o efeito terapêutico do tratamento analítico

também está ligado ao espírito de pesquisa que o habita. Trata-se não de aplicar um saber acabado, mas sim de referir-se a uma concepção aberta. Todo tratamento é uma experiência do único. Cada um deles pode fazer a pesquisa analítica avançar (p. 16).

Retomando o espírito de pesquisa do tratamento analítico ao qual Ansermet se refere, cabe pensar no Hospital das Clínicas como um hospital escola, em que os sujeitos têm consciência de que, além de tratarem de suas enfermidades, colocam seus corpos à disposição do saber dos médicos. Será que estão preparados para colocar sua realidade psíquica também à disposição do saber do analista?

A prática psicanalítica em hospitais é crescente e ainda não há parâmetros estabelecidos para seu exercício. O psicanalista no hospital normalmente é convocado pela equipe para responder a algo que embaraça a terapêutica. Quando a equipe médica se dá conta de que há elementos decisivos na condução do tratamento que remetem à história pessoal de cada paciente, tal equipe sente-se impotente e abre espaço para a atuação do psicanalista no hospital. Cabe ao psicanalista problematizar o pedido médico – quando este faz com que demanda e desejo se correspondam –, pois é justamente a separação da demanda do desejo que introduzirá a questão do sofrimento e do gozo. O psicanalista sabe que o pedido médico não pode ser atendido tal como é formulado. Assim, o que pode ser feito? (Moretto, 2001, p. 78).

A função do caso clínico neste trabalho é a de problematizar uma prática ainda pouco delimitada, à luz da teoria psicanalítica, elucidando seus limites, seus desvios e suas possibilidades. Faço valer aqui a afirmação lacaniana de que “a clínica deve interrogar os analistas sobre o que tem de acaso em suas práticas” (Lacan, 1977). Ao contrário da prática médica, orientada por *guidelines*, o psicanalista age em cada caso específico de forma muito singular, nunca tem de antemão uma estratégia a ser lançada. Os recursos usados pelo analista baseiam-se na fala de cada sujeito, de modo muito particular. A atitude de um sujeito frente à condução de sua vida e do próprio tratamento remete a uma história muito singular de cada um, depende de como cada sujeito se apropriou de significantes dentro de uma cadeia. O analista deve estar atento à fala do sujeito, de modo a permitir que haja um deslizamento de significantes, produzindo novos sentidos para uma dada situação, o que pode fazer com que o sujeito, por vezes paralisado diante da realidade de seu prognóstico, consiga enxergar novas possibilidades e saídas para aquilo que no discurso médico, muitas vezes é dado como um destino único e certo. Mesmo dentro de um prognóstico reservado, com o sujeito “fora de proposta terapêutica”, no sentido de uma cura, muito pode ser feito para o sujeito tendo em vista sua realidade psíquica. Novos planos, talvez mais imediatos,

podem ser concretizados, se é dado ao sujeito a oportunidade de falar de seu processo de adoecimento e da própria morte que, como bem colocou o professor João Gabriel, é parte da vida. Esse estudo é uma problematização da prática do psicanalista na pediatria de um hospital geral e das condições efetivas do serviço. Muito mais do que a história dos sujeitos, o que está em questão é um laço que foi estabelecido num determinado momento do tratamento. Pretende-se verificar se a intervenção, operada em diferentes circunstâncias e com sujeitos em diferentes posições institucionais, tem estatuto de ato analítico, em que ponto do tratamento houve um ato analítico e quais as consequências disso.

Capítulo 2

Sobre o ato analítico na psicanálise padrão

2.1 - O sujeito sobre o qual opera a psicanálise

No livro *A Obra Clara*, do linguista Jean-Claude Milner, há um capítulo denominado “O doutrinal de ciência”, sobre o qual pretendemos discorrer. Milner (1996) cita um ponto axiomático, um ponto de partida em Lacan: “o sujeito sobre o qual operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (p. 28) Há uma diferença entre operar sobre o ego e operar sobre o sujeito. O ego é uma entidade imaginária, uma referência naturalmente dada: “Eu sou Arlêta”. Na análise, tem-se uma ideia do sujeito, a partir dos efeitos calculáveis do discurso. O sujeito sobre o qual opera a psicanálise é o efeito de um significante. Só é possível pensar o sujeito pelo que ele diz. Por isso, o analista só pode saber do sujeito a partir do que ele disser, mesmo quando o sujeito diz o que não quer dizer. Sujeito, aqui, deve ser entendido como diferente de figura de pessoa. O axioma, a base do sujeito, é o seguinte: “Há algum sujeito, distinto de toda forma de individualidade empírica” (Milner, 1996, p. 28). Essa formulação está presente no texto de Lacan *A ciência e a verdade*.¹²

O uso filosófico do termo sujeito aparece pela primeira vez com Kant: é o sujeito transcendental kantiano. Antônio Teixeira¹³ expõe que, para Kant, existe o conhecimento objetivo, mas essa objetividade não está dada no objeto e sim na maneira como o sujeito apreende o objeto. Para ele, o conhecimento é subjetivo no sentido transcendental (aquilo que condiciona a experiência e não é representado). Um exemplo disso seria o fato de que ninguém vê o espaço, mas vê aquilo que preenche o espaço. Logo, o espaço é uma condição transcendental por permitir a experiência do sujeito. É preciso ter clara a distinção entre transcendente e transcendental. O primeiro termo aponta para algo que está no plano divino, além da condição humana. O segundo é aquilo que torna possível a experiência, mas não é dado no interior da experiência. O tempo, por exemplo, é transcendental – torna a experiência possível, mas não o vemos. Vemos as coisas

¹² Texto de Jacques Lacan de 1966, publicado na obra lacaniana *Escritos* (1998).

¹³ Psiquiatra e psicanalista, em aula proferida na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, em agosto de 2007.

passarem no tempo, mas não vemos o tempo passar. Nesta perspectiva, portanto, o sujeito transcendental kantiano introduz a possibilidade de problematizar o sujeito a partir do que condiciona a experiência subjetiva, sem, entretanto, estar representado plenamente em suas manifestações.

Milner (1996) coloca que o conceito “sujeito da ciência” apenas em parte é lacaniano, na medida em que Freud estava orientado pela ciência e quis dotar a psicanálise de uma vocação científica. Entretanto, importa-nos a consequência que Lacan deduziu desse voto freudiano, a saber, a afirmação de que, a partir da ciência vigente numa certa época, decorre uma figura particular do sujeito. Portanto, a hipótese do sujeito da ciência é formulada: “A ciência moderna, como ciência e como moderna, determina um modo de constituição do sujeito” (Milner, 1996, p. 29). Desta formulação é possível extrair a seguinte definição de sujeito da ciência: “o sujeito da ciência nada é exceto o nome do sujeito, na medida em que, por hipótese, a ciência moderna determina seu modo de constituição” (Milner, 1996, p. 29). O sujeito sobre o qual opera a psicanálise é o sujeito da ciência e seu efeito simbólico.

O fato de Lacan afirmar que o sujeito sobre o qual opera a psicanálise é o sujeito da ciência não implica em afirmar que a psicanálise seja uma ciência. Há, em Freud, uma teoria da ciência. Freud tem uma relação com o ideal da ciência, ele quis dotar a psicanálise do ideal da ciência, queria que a psicanálise fosse científica. Note-se que ideal da ciência difere de ciência ideal. Ciência ideal é a ciência que funciona numa época determinada. Na época de Freud, a ciência ideal era o fisicalismo (a termodinâmica). Hoje, são as ciências da computação. Mantendo-se fiel a Freud quanto à questão de que a ciência é condição para a psicanálise, Lacan se separa dele no que tange ao ideal da ciência, por não acreditar nisso para a psicanálise. Para Lacan, “a ciência encontrará em si mesma os fundamentos de seus princípios e métodos” (Milner, 1996, p. 31). Lacan não aceita, como Freud, tomar a ciência como ideal, considerando que a psicanálise se sustenta por uma *práxis* que lhe é própria, não cabendo, portanto, valer-se de critérios de ciência que lhe são exteriores.

Há também uma teoria da ciência em Lacan: a teoria do moderno. “Ela deve mostrar essa conexão singular pela qual a ciência é essencial à existência da psicanálise e, por essa mesma razão, não se coloca diante dela como um ideal” (Milner, 1996, p. 31-32). Há um corte que define o que é moderno, clarificado por Milner, por meio de alguns teoremas:

Teoremas de Kojève:

A) “Há entre o mundo antigo e o universo moderno um corte” (Milner, 1996, p. 32) – esse corte seria a encarnação.

B) “Este corte vem do cristianismo” (Milner, 1996, p. 32) – ou seja, depende dele. A ciência só apareceu nas sociedades que têm influência do cristianismo

Teoremas de Koyré:

A) “Entre a episteme antiga e a ciência moderna existe um corte” (Milner, 1996, p. 32).

B) “A ciência moderna é a ciência galileana, cujo tipo é a física matematizada” (Milner, 1996, p. 32) – o que chamamos de moderno é a física matematizada.

C) “Matematizando seu objeto, a ciência galileana o despoja de suas qualidades sensíveis” (Milner, 1996, p. 32) – o objeto científico tem densidade, volume, temperatura, etc. Através da matematização, o sujeito da ciência é despojado de suas qualidades sensíveis. Koyré também acredita que há um corte.

Para Lacan, a ciência moderna é constituída pelo cristianismo, na medida em que ele difere do mundo antigo: “a ciência moderna se constitui pelo que há de judaico no cristianismo” (Milner, 1996, p. 32). A religião judaica não permite que se adote imagens, exigindo, então, a abstração. Isso faz valer o simbólico e a ruptura com o imaginário. Lacan afirma que “tudo o que é moderno é síncrono da ciência galileana” (Milner, 1996, p. 32). Na Episteme Antiga, no discurso pré-científico, havia a matematização sem empiricidade. Já a Ciência Moderna trata o empírico matematicamente. Descartes é o primeiro filósofo moderno, é o primeiro que extrai as consequências da cristianização de Deus. Para Lacan, o sujeito cartesiano é o sujeito moderno, o sujeito da ciência, logo, o sujeito da psicanálise¹⁴. O sujeito que interessa à psicanálise é um sujeito de um efeito simbólico. Segundo o *Cogito*, seja o que for que eu pense, o ato de pensar não pode ser colocado em dúvida. Em Descartes, há o pensamento sem qualidade. O pensamento é universal, não é uma condição de elite. O que interessa a Lacan é o ponto extremo do *Cogito*: o sujeito sem qualidades. Interessa a Lacan o ato de pensar, a enunciação.

Para Lacan, “o pensamento sem qualidades... é necessário para fundar o inconsciente freudiano” (Milner, 1996, p. 34). Afinal, no sonho, no chiste, no ato falho e no sintoma, há concatenação significativa, ou seja, existe pensamento sem atualidade da consciência, ou seja, existe pensamento no inconsciente. Trata-se de um pensamento que diz da minha verdade, mesmo que, nela, minha consciência não se reconheça. Se, com Freud, podemos dizer que o sonho não julga nem calcula, pode-se, com Lacan, afirmar que há pensamento

¹⁴ Essa ideia será retomada por Lacan em *O Seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico*, porém a partir de uma outra leitura sobre o cogito cartesiano, o que leva Graciela Brodsky a falar do cogito *lacaniano*.

no sonho. Portanto, o sujeito da experiência freudiana é aquele de um pensamento disjunto da consciência.

Recuperando em Freud o termo *Eigenliebe* (amor próprio), Milner afirma que o que nos mantém pré-científicos é nosso amor próprio, pois permanecem, no sujeito da ciência, alguns traços da *episteme* antiga: o Eu. “O Eu e o imaginário, por sua própria lei, privilegiam toda boa forma” (Milner, 1996, p. 47). A Psicologia do Ego propõe uma boa forma, uma tipificação. O Ego é imaginário. O Ego é o que nos organiza no nível do imaginário, dando-nos a ideia de uma unidade.

Fiando-se nesta suposta organização imaginária de unidade, o sujeito tenta enquadrar-se em todas as formas de tipificações possíveis. Sem sucesso, ele acaba considerando a hipótese de haver inconsciente, recorrendo, assim, ao psicanalista. A psicanálise afirma que existe um universo do qual nada dele se excetua – o inconsciente. O doutrinário de ciência se articula à hipótese do sujeito: o sujeito da ciência moderna, o sujeito do inconsciente. A psicanálise tem que ser capaz de, no final, fazer valer uma verdade que não tem relação com o sentido. Por que meios a psicanálise opera?

Nesta perspectiva, cabe localizar a especificidade da intervenção do analista, pela qual este faz valer, em sua práxis, a incidência do inconsciente e, portanto, a sustentação de sua doutrina.

2.2 - Direções para a formalização do ato analítico

A problematização da experiência psicanalítica foi alvo de insistentes retomadas de Lacan. No curso de todo seu ensino, sistematizado em 25 anos de seminários, Lacan tratou de apurar os meios de explicitar e transmitir esta práxis, à luz do sistema conceitual que ela exige, produz e se referencia. Entretanto, alguns trabalhos específicos sistematizam eixos de abordagem essenciais. Optamos por retomar aqui o que parece essencial a considerar de modo a situar o fazer do analista, ou seja, a operação pela qual ele intervém: o ato.

Nos anos de 1967 e 1968, Lacan formaliza em seus seminários suas ideias relativas ao ato do analista. Tomaremos como referência principal, para este capítulo, dois livros – *O Seminário, livro 15: O Ato Psicanalítico*, de Jacques Lacan e *Short Story – os*

princípios do ato analítico, de Graciela Brodsky – e a tese de doutorado de Mônica Lima, *Da interpretação ao ato analítico*.

O tema do ato foi tratado precocemente na obra freudiana. Inicialmente, é na perspectiva do ato falho que Freud o considerou em sua primeira tópica, em textos como *A interpretação dos sonhos* (1900), *A psicopatologia da vida cotidiana* (1901) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (1905): “Freud é guiado pela idéia de que os atos não são inocentes, não são meros movimentos e têm uma significação. Essa é a porta pela qual o ato entra na psicanálise” (Brodsky, 2004, p. 12). Já em *Recordar, repetir e elaborar* (1912), Freud aborda o ato como algo que se opõe à rememoração, diferentemente do inconsciente. Brodsky lembra-nos que, para Lacan, a prática freudiana não se dava conforme a perspectiva do ato analítico (Brodsky, 2004, p. 14).

Lacan (inédito, lição de 10/01/1968) dá-nos um bom exemplo do que seja um ato, permitindo diferenciar um ato de uma ação. O que se faz como ato não deve ser confundido com a noção de atividade. Ele nos relembra da travessia do Rubicão por César, um soldado republicano. O que torna esse acontecimento um ato não é a ação de travessia do Rubicão, que não passava de um córrego que poderia ser atravessado com um único salto. O que torna essa ação também um ato é o que ela representou. O ato deve ser pensado do ponto de vista da transformação. Segundo as leis da república, não era permitido ir além do Rubicão e entrar em terras italianas, quem o fizesse passaria a ser visto como inimigo. De general da república, César passou a ser visto como rebelde. Um ato tem sempre coordenadas simbólicas envolvidas, ele é passível de interpretação. Para que isso seja possível, há que se vislumbrar a dimensão do Outro. O exemplo de César demonstra que não há ato sem Outro. É preciso que haja um Outro para reconhecê-lo, significá-lo. O ato diz algo. Na medida em que o ato vem testemunhar algo, não se pode eliminar a dimensão do Outro. Para que haja ato, é preciso justamente que se vá além do Outro (Brodsky, 2004, p. 16). Logo, importa que esse Outro esteja no horizonte.

Paradoxalmente, Lacan pronuncia: “O ato é sem Outro” (lição de 29/11/67). Esta aparente contradição é esclarecida por Brodsky (2004), ao localizar na lição de 10/01/68, a seguinte afirmação de Lacan: “O ato está do lado do analista e não do analisante” (p. 18). Afirmar que não há Outro nem sujeito, no momento em que se dá o ato, significa dizer que não há Outro nem sujeito do lado do analista, e não do analisante. O ato, por parte do analista, não é calculável, planejável, dá-se sempre na perspectiva do ato falho, como Freud esboçou desde o início de suas elaborações sobre o ato.

Recuperando o exemplo da travessia do Rubicão para dizer que “o ato tem a ver com um corte que instala um antes e um depois” (p. 18), Brodsky (2004) assinala que o ato tem a temporalidade de um instante, o que remete à lógica como Lacan delimitava o tempo das sessões. As pontuações, as sessões curtas, reafirmam a concepção lacaniana do ato analítico, esclarecendo que a lógica do ato é antagônica à lógica da repetição. O ato tem como característica o efeito de surpresa. Brodsky (2004) exemplifica: se um corte é feito na sessão aos oito minutos, isso pode gerar um efeito de surpresa capaz de delimitar um antes e um depois, mas se esse corte é feito sempre aos oito minutos, isso equivale ao corte de sessão sempre aos cinquenta minutos! (p. 35-36).

Retomando ideias contidas em *O Seminário, livro 14: a lógica da fantasia*, essa mesma autora localiza o ponto em que o ato se dá: é justamente no ponto em que a verdade não consegue abranger tudo o que toca a sexualidade que o ato se assenta (Brodsky, 2004, p. 38). Lacan reitera essa ideia, no seminário seguinte, ao dizer: “O saber, em certos pontos que podem certamente ser sempre desconhecidos, faz falha. E são precisamente esses pontos que, para nós, estão em questão, sob o nome de verdade” (Lacan, lição de 29/11/1967). Assim, a sexualidade aparece como aquilo que faz com que o saber seja falho e leva a verdade a ser uma meia-verdade. Brodsky (2004) sugere que o que viria a ocupar o lugar de falha no saber seria a construção, por parte do paciente e do analista, da fantasia, em análise: “A construção implica uma falha no saber, e é nessa falha que se situam tanto a interpretação quanto o ato” (p. 40).

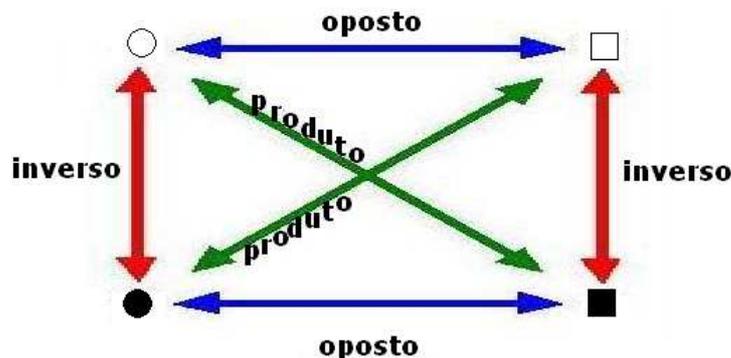
Quando o sujeito entra em análise, é possível verificar que está colado a uma série de identificações imaginárias e simbólicas. Trata-se do que Lacan denominara como alienação, em *O Seminário, livro 11*. Na medida em que a análise vai se dando, essas identificações começam a vacilar e o sujeito se dá conta de sua falta-a-ser. Ao perceber que é faltante, o sujeito busca na figura do analista algo que possa recobrir essa falta e, ao longo do processo transferencial, deposita cada vez mais na figura do analista a ideia de um sujeito suposto-saber. Cabe ao analista saber operar com a transferência: “Fora do que chamei manejo da transferência, não há ato analítico” (Lacan, lição de 29/11/1967).

O seminário do ato analítico é uma tentativa de resolver a problemática da falta-a-ser do sujeito, não através da alienação, pela via das identificações imaginárias e simbólicas, tampouco com a operação de separação. Trata-se de um esquema que procura localizar todo o percurso da análise levando até a destituição subjetiva e ao fim da falta-a-ser. Diferente do que oferece a fantasia, trata-se, também, de uma afirmação de “sou”. Brodsky (2004) lembra-nos de que essa solução obtida neste seminário de 1967-68 ainda

não é a última resposta de Lacan com relação à afirmação de “sou”. A última resposta de Lacan é a solução via sintoma (p. 51).

2.3 - O grupo de Klein como base do esquema lacaniano do ato analítico

No seminário do ato analítico (1967-68), Lacan recupera do *Seminário II* (1964) as operações de alienação e separação, não mais para abordar a constituição do sujeito, mas para pensar o percurso da análise e a estrutura do ato. Na lição de 10 de janeiro de 1968, Lacan apresenta um esquema a partir de termos cartesianos como *ser* e *pensamento* e também baseado em um modelo de grupo, de Felix Klein¹⁵. Segue uma ilustração do grupo de Klein, que é a base do esquema lacaniano do ato analítico:

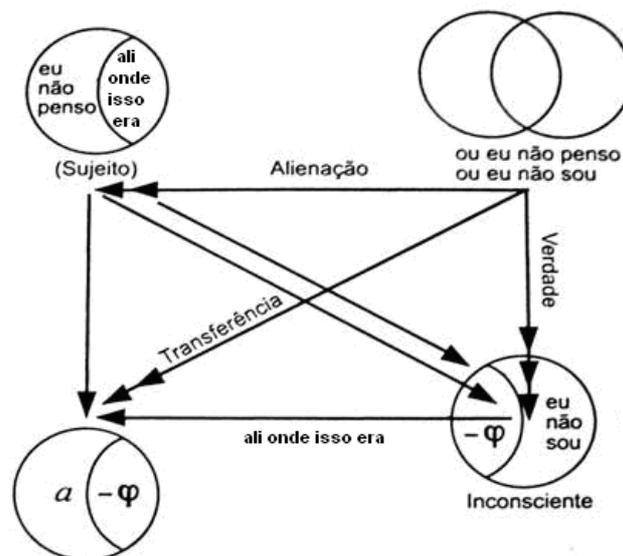


Pode-se perceber, nas extremidades desse esquema, objetos de cores e formas diferentes. Há um objeto redondo e branco que, através de transformações elementares, pode ter modificadas duas qualidades – a cor e a forma. As variações da forma se dão através dos vetores horizontais (operação oposto) e as da cor se dão através dos vetores verticais (operação inverso). Várias operações são possíveis, partindo-se de qualquer dos pontos. Através da operação oposto, verifica-se a alteração da forma do objeto. Pela operação inverso, o que se verifica é a alteração da cor. Há, ainda, a operação produto, através da qual são modificadas a cor e a forma do objeto. Mônica Lima (2008) chama a atenção para o seguinte aspecto: “O próprio desse diagrama é a característica de voltar sempre ao ponto de partida e a de manter relações lógicas entre os elementos que o

¹⁵ Felix Klein (1849-1925) foi um matemático que trouxe contribuições importantes às teorias do grupo e da função.

compõem, indicadas por flechas que partem em diversas direções” (p. 140-141). Trata-se de um sistema involutivo, por ter a característica de se poder retornar a qualquer ponto do qual se tenha partido. Lima (2008) lembra-nos, ainda, que esse tipo de procedimento só pode ser aplicado em conjuntos finitos, o que, para Lacan, é uma noção importante, uma vez que a análise deve ser entendida como um processo finito.

Na apropriação lacaniana do esquema de Klein, Lacan o transforma num sistema não-involutivo. Uma vez obtido o produto, não há possibilidade de retorno ao ponto de partida: “O esquema não-involutivo de Lacan indica que a análise produz efeitos que não são dissolvidos depois que ela cessa” (Lima, 2008, p. 142). Em uma análise, ainda que se passe pelo mesmo lugar, não se trata de girar em torno do mesmo eixo. O sujeito pode até retornar ao ponto de onde partiu, mas retorna após um processo de transformação, não retorna o mesmo.



O esquema lacaniano preserva a ideia do grupo de Klein de que são possíveis inúmeras relações entre seus elementos. Lima (2008) chama a atenção para o fato de que, apesar de Lacan afirmar que se trata de um único trajeto, percorrido em um certo sentido, não é isso o que sugere o esquema formulado pelo próprio Lacan. No esquema, pode-se observar setas convergindo para o canto esquerdo inferior, onde Lacan situa o final de análise. Porém, há setas que não seguem a mesma direção, indicando outras relações possíveis entre os elementos do grupo. Dessa forma, a leitura que se faz do grafo, do

percurso da análise, nunca deve se dar na perspectiva de uma sucessão temporal linear, pois o tempo do inconsciente não é o tempo cronológico, o inconsciente é atemporal. Esse fato torna a leitura do grafo um pouco mais complexa.

Lacan opera outras mudanças, baseadas no esquema de Klein. Ele renomeia os vetores do esquema. Ao vetor oposto, ele dá o nome de operação alienação; o vetor inverso fica renomeado como operação verdade e o vetor produto como operação transferência. Lacan sinaliza, ainda, o ponto de partida da análise, que é associado ao cogito cartesiano.

2.4 - O ponto de partida lógico da análise

O ponto de partida da análise, para Lacan, é o *Ou eu não penso ou eu não sou*:



Para Lacan, o início lógico da análise se dá a partir da negação do cogito cartesiano. Pode-se recommençar de qualquer outro ponto, porém o ponto de partida é sempre esse. O ato do analista provoca a ruptura do cogito, na medida em que coloca o inconsciente em andamento. “O ato do analista, que abre para a dimensão do inconsciente, provoca, na experiência da análise, a dissociação do sujeito que pensa e do sujeito que é” (Lima, 2008, p. 143). Essa disjunção aparece em duas frases que mantêm entre si uma relação de exclusão: *ou eu não penso ou eu não sou*.

Se retomarmos Milner (1996), lembraremos da discussão de que o sujeito da ciência, o sujeito moderno, é o sujeito do cogito, logo, o sujeito do qual trata a psicanálise. Lacan faz uma leitura muito particular do cogito. Para ele, o cogito evidencia a divisão do sujeito, o que é uma condição para que se inicie uma análise. O grafo do ato denuncia essa

divisão do sujeito e propõe uma maneira de tratá-la. No grafo, Lacan nega a interseção entre *ser e pensamento*¹⁶. O sujeito *ou não é ou não pensa* e, a partir desse ponto (no grafo, canto superior direito), faz escolhas entre o ser (canto superior esquerdo) e o pensamento (canto inferior direito). Duas flechas partem do ser (eu não penso/ali onde isso era) até o pensamento ($-\phi$ /eu não sou), indicando a relação entre eles.

Para Brodsky (2004), a leitura que é feita da negação do cogito é de que, no ponto inicial de uma análise, tem-se um sujeito que *não é nem pensa* (p. 64). Porém, Lima (2008) discorda dessa leitura, acreditando que Lacan não propõe uma dupla negação, como interpreta Brodsky, e sim uma relação de exclusão: “Quando escolho o ser perco o pensamento (operação alienação) e quando escolho o pensamento perco o ser (operação

¹⁶ De modo recorrente, Lacan aborda o tema da alienação para definir formas de conjunção-disjunção do sujeito ao Outro. No contexto do Sem. 11, Lacan aborda a implicação de nível imaginário, da constituição do sujeito. Ali, a alienação constitutiva do eu implica a exclusão estruturante da relação dual: o “ele é eu” indica a consequência da exclusão: “ele ou eu”, ou seja, a impossibilidade de manutenção dos dois termos, excluindo a verdade simultânea dos termos alternativos. Lacan localiza aí que o funcionamento da linguagem permite outra conexão. Trata-se, do “ou não exclusivo”, que implica uma amputação, fator letal do “ou alienante”, onde a escolha de um termo determina seja a perda dos dois ou um desfalque no termo escolhido. Entre a vida ou a liberdade, escolher a vida comporta perda, pois será uma vida desfalcada de liberdade; escolher a liberdade implica perder vida e liberdade. Essa repartição evidencia a impossibilidade de integrar o singular ao universal, como quis Descartes: não posso me apreender no eu sou e me assegurar em meu ser, pois dele só tenho uma identificação imaginária. Enfim, a operação alienação implica a operação matemática de reunião do ser ao sentido do Outro, pela qual a escolha do sentido, dado pelo Outro, implica o desaparecimento do ser. A operação complementar a alienação é referida por Lacan pela interseção que qualifica a operação de separação. Nela, o sujeito localiza a condição de falta que afeta a ele e ao Outro. Em seminários seguintes, Lacan se serve da operação de alienação não mais para abordar a constituição alienante do sujeito mas para localizar a função simbólica da alienação: a separação implicada na alienação, pela qual o sujeito não é transparente para si mesmo, há disjunção entre ser e sujeito. A lógica da fantasia é fundada por Lacan na negação dessa coincidência: não penso ou não sou. Isso quer dizer que as formações do inconsciente não comportam um sujeito capaz de dominar suas representações e assegurar-se da continuidade de seu ser. A linguagem (cujas matrizes são $S1 \rightarrow S2$) também procede da lógica do desfalque que implica um terceiro termo: o conjunto vazio, que o sujeito reencontra quando, entre a liberdade e a vida, ele se recusa a entregar a vida. A interseção do sujeito, como conjunto vazio e o Outro, como tesouro de significantes, comporta o lugar vazio do objeto que surge no lugar do não-senso. Para se fazer ser, o sujeito deve se fazer falta no Outro. Reencontramos aí a interseção que recobre duas faltas, inscrevendo a possibilidade de sua perda: na separação, a confrontação do sujeito ao Outro implica a interseção do conjunto vazio. O sujeito pode se reencontrar na falta do Outro, fomentando, para si um sou que faltaria ao Outro, que caberia à pulsão restaurar, instaurando um corte entre sentido e significante e, portanto, laço com o desejo do Outro faltoso: os objetos pulsionais encarnam suportes do desejo. O sujeito encontra, na alienação, a separação: a promessa de ser. No seminário do ato analítico Lacan retoma a fórmula da negação do cogito cartesiano não penso ou não sou em que o não penso é complementado por um isso anônimo e o não sou comporta um espaço desfalcado pelo inconsciente: lugar da surpresa e do tropeço. Além de distinguir o isso do inconsciente, Lacan aponta que as duas operações de alienação e de separação podem se compor numa terceira. A alienação que instaura a operação analítica tem uma dimensão de verdade em virtude da qual a combinação das duas posições deve revelar o sujeito (sob os auspícios do objeto a) e sua castração (no valor de $(-\phi)$). Essa articulação entre alienação-separação, ou ajuntamento-distinção entre objeto a e castração aponta que o lugar do sujeito no isso é o do gozo. O que está em jogo na alienação é a separação, que faz interseção de duas faltas (do sujeito e do Outro). Trata-se de algo que não pertence a nenhum – o objeto a e que os liga a ambos. Mas o sujeito desconhece esta incidência, apenas reconhece este vel da exclusão (ou penso ou sou). É o que Lacan retoma no quadrângulo, a esquerda, abaixo: a e $-\phi$ (Cf. Doumit, E. (1966) “Alienação”. In *Dicionário Enciclopédico de psicanálise*. Rio de Janeiro: JZE, p. 20-25).

verdade)” (p. 147). Como toda escolha, entra em jogo a perda. Na passagem da operação alienação para a operação verdade, o que se dá é a perda de certezas identificatórias.

Na análise, a operação equivalente à operação produto do grupo de Klein é a operação transferência, que leva o sujeito do ponto onde ele *é e não pensa* (operação alienação) ao ponto onde ele *pensa e não é* (operação verdade). Quando o sujeito está sob transferência, ele se entrega ao inconsciente e começa a associar livremente, o que provoca a vacilação de suas identificações.

Lima (2008) esclarece que a operação alienação é tratada de maneira distinta no grafo do ato e no *Seminário 11*. Neste seminário, o resultado da alienação do sujeito ao campo do Outro, campo da linguagem, era uma perda de ser, uma vez que há uma parte do ser que é irrepresentável, escapa à linguagem. Já em *O Seminário, livro 15*, a operação alienação é o que confere um ser ao sujeito: “A alienação na imagem (eu ideal) e nos significantes mestres (ideal do eu) funda as identificações do sujeito conferindo-lhe um ser” (Lima, 2008, p. 146). O resultado da operação alienação, em *O Seminário, livro 15*, é o ser que se funda através de identificações imaginárias e simbólicas. O sujeito se aliena a significantes mestres para encobrir sua divisão subjetiva.

2.5 - Operação alienação

Para Lima (2008), a alienação é uma escolha forçada¹⁷ do sujeito, pois sua relação com seus significantes-mestres até pode ser modificada, mas o sujeito não consegue livrar-se de tais significantes. Há uma passagem de Lacan que corrobora essa opinião:

Ao nível da marca, vemos apenas o resultado justamente necessário da alienação, a saber, que não há escolha entre a marca e o ser... o efeito alienante já está estabelecido e não estamos surpresos de encontrar ali, em sua forma de origem, o efeito da marca (LACAN, lição de 10/01/1968).

¹⁷ Para Brodsky (2004), a alienação como escolha do sujeito que ainda não entrou em análise não é uma escolha forçada, como o era a alienação descrita em *O Seminário, livro 11*. Neste seminário, a escolha forçada era representada através da metáfora do ladrão, que interpelava sua vítima para que ela escolhesse entre “a bolsa ou a vida!”. Na leitura de Brodsky (2004) do esquema lacaniano sobre o ato, a eleição pela alienação é uma escolha preferencial: “A tendência natural do sujeito é não pensar e afirmar um “sou” falso (p. 68). Lima (2008) questiona a argumentação de Brodsky com relação à alienação como escolha preferencial e não forçada. Ela entende que a escolha possa ser preferencial, no sentido de que não é a única opção de escolha do sujeito em uma análise. No entanto, argumenta que, em uma análise, por mais que o sujeito modifique suas relações com seus significantes mestres, ele jamais poderá livrar-se deles, o que a leva a afirmar que a alienação é uma escolha forçada (cf. Lima, 2008, p. 148).

O ser encontrado no começo de uma análise não corresponde ao ser que se espera encontrar em seu final. Trata-se, no início, do falso-ser, produto do narcisismo e da alienação. Nessa posição, o sujeito nada sabe sobre seu desejo, assume uma posição de ignorância. No conjunto, esse falso ser é representado pela frase *não penso*, que aparece associada ao *isso*. O *isso*, que se faz representar pela frase *ali onde isso era*, é o circuito pulsional. O falso-ser também é associado à fantasia. Na frase da fantasia, que organiza um circuito pulsional para o sujeito, o eu (*je*) está ausente. Freud, em seu texto *Bate-se em uma criança*, demonstrou “que no nível da satisfação pulsional não há agente. Ou melhor, se há agente, esse agente é a pulsão separada do sujeito” (Lima, 2008, p. 150). A fantasia sustenta o eu imaginariamente no mundo. Se o sujeito pretende entrar em análise, deve abandonar a alienação, que é sustentada pela fantasia, e envolver-se com a operação verdade.

A entrada do sujeito na análise está marcada pelo desconhecimento, no qual mesmo estranhando que haja disjunção entre pensar e ser, supõe que pode juntá-los por via do “sou” falso. Prefere fazer análise e reencontrar esta disjunção até suportá-la, em vez de buscar outras soluções da cultura que ele poderia encontrar. A escolha não é a de alienar-se a linguagem, pois desta, desde sua constituição, ele depende, ele já está aparelhado com a linguagem. A escolha aqui é de outra ordem, só pode e será sempre ficcional.



2.6 - Operação verdade

Brodsky (2004) lembra-nos que o *penso*, ao qual se refere Lacan, remete ao pensamento inconsciente, o pensamento que surge quando o sujeito se põe a associar livremente. Com esses pensamentos, o sujeito se depara com o desmoronamento de uma série de certezas identificatórias e, conseqüentemente, com sua falta-a-ser. Esse *pensamento* desencadeado pela análise está diretamente relacionado ao *não sou*, na medida em que se o sujeito se põe a pensar dessa forma, já não sabe quem é (Brodsky, 2004, p. 68). O grande

desafio de Lacan será mostrar como que um sujeito da falta-a-ser pode encontrar uma certeza sobre seu ser, quando termina uma análise. O sujeito “faz a experiência de perder-se nele para nele se reencontrar” (LACAN, lição de 07/02/1968).

Concordamos com Lima (2008), quando ela chama a atenção para o fato de que a interpretação mais produtiva do grafo não é aquela que afirma que, primeiramente, tem-se a operação alienação, seguida da operação verdade e a operação transferência, levando à resolução do processo de análise:

Preferimos pensar que as setas que partem do ponto lógico **ou não penso ou não sou**, e que indicam a operação alienação e a operação verdade, apresentam-nos o que Lacan chamou, no *Seminário XI*, de batimento do inconsciente, ou ainda, de inconsciente pulsátil. É possível considerar que as setas que partem na direção da alienação e na direção da verdade mostram-nos os momentos de fechamento e de abertura do inconsciente, que ocorrem ao longo de todo o processo de análise. No próprio processo analítico, o analisante pode alternar entre a posição de alienação, que dá consistência a seu falso ser, e a posição verdade, relativa aos efeitos de verdade promovidos pelas interpretações das formações do inconsciente (p. 153 – grifos da autora).

As operações alienação e verdade se relacionam de forma lógica e não cronológica. Lima (2008) assinala que, para Lacan, o objeto *a* é o que aparece, na operação alienação, como o mais verdadeiro do sujeito. Esse objeto *a* se faz representar com a frase *ali onde isso era*, no canto esquerdo superior do grafo. Na operação verdade, o objeto *a* é representado pelo sinal $-\phi$, aparecendo como falta. Em um lugar, o que aparece como perda, surge em outro lugar como falta. A falta, para Lacan, é vista como condição para o desejo. Desejo de quê? Poder-se-ia dizer que o sujeito deseja saber o que lhe falta:

O sujeito depende desta causa que o faz dividido e que se chama objeto “a”. Eis quem assina o que é importante de ser sublinhado: que o sujeito não é causa de si, que ele é consequência da perda e que seria preciso que ele se colocasse na consequência da perda, a que constitui o objeto “a”, para saber o que lhe falta (Lacan, lição de 10/01/1968).

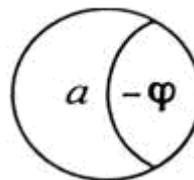
Já dissemos que toda escolha implica uma perda. No caso da passagem da operação alienação para a operação verdade, observa-se a perda, resultante da alienação ao campo do Outro, reaparecendo como falta, na operação verdade. A parte de ser não representável no campo do Outro surge, no sujeito, como objeto causa de desejo, objeto faltoso que promove a falta-a-ser. Para Lacan, a condição para que se dê o ato analítico é que o sujeito se engaje em um tipo de pensamento que leve a um *não sou*, capaz de promover o encontro com a castração (Lima, 2008, p. 154).



2.7 - Operação transferência

É através da operação transferência que Lacan procura responder como se termina com a falta-a-ser, em uma análise. O fim da falta-a-ser, ou do efeito sujeito, recebe o nome de destituição subjetiva, de acordo com a *Proposição de 9 de outubro de 1967*. O esquema lacaniano do ato analítico desemboca na destituição subjetiva. Brodsky (2004) pontua que a destituição subjetiva implica em uma afirmação de *sou* diferente daquela que remete a identificações ideais, imaginárias ou simbólicas, e também se difere do *sou* da fantasia.

Lima (2008) assinala que a resposta de Lacan para o fim da falta-a-ser combina o objeto *a* (ser) e o $-\varphi$ (pensamento). Não é à toa que Lacan situa a operação transferência no mesmo eixo em que, no grupo de Klein, está a operação produto. Isso permite concluir que a operação transferência é o resultado da operação alienação – que trata da perda do objeto *a*, perda de ser – com o resultado da operação verdade – onde se tem a perda do objeto na forma de falta.



2.8 - O trabalho do analista fora do *setting*

Faz-se necessário problematizar a que serve pensar o ato na pediatria. No momento em que Lacan teorizou sobre o ato, este não foi pensado no contexto da psicanálise em extensão, ou seja, fora do *setting* analítico. No contexto da prática hospitalar, não se trata de uma análise, mas de propiciar o reencontro do sujeito com o simbólico e com o imaginário ali onde ele se deparou, sem o véu da fantasia e sem a intermediação do simbólico, com o real, que o retirou para fora da cena, identificado ao objeto *a*. O sujeito encontra a angústia cara a cara e se desmorona como puro dejetivo, sendo ruidosamente jogado de seu lugar. Trata-se de fazer um ato que permita segurar simbolicamente sua mão para lhe permitir saltar o abismo, sem cair nele. Trata-se de sustentá-lo no simbólico. Cabe pensar se, em determinadas circunstâncias, alguns atos poderiam permitir elaborar esta passagem, sustentando até mesmo o fechamento do inconsciente, em vez de incidir em sua abertura arreganhada, na qual ele estatela. Nesse sentido, muitas vezes o ato analítico num hospital geral pode ser situado na contramão daquilo que Lacan teorizou sobre o ato no contexto de uma análise.

Recorrer ao ato analítico não visa a pensar reproduzi-lo no hospital, como se tivesse havido uma demanda de análise. Trata-se de interrogar o que o analista pode fazer no hospital, na circunstância em que a angústia solapa a ficção na qual o sujeito se supõe instituído. Não se trata de pensar em um após a alta, mas da urgência a que o sujeito está exposto, sem poder articular o batimento de sua falta-a-ser com o encobrimento necessário da pulsação inconsciente.

Trata-se de interrogar como sustentar a ética da psicanálise para permitir que o sujeito, passando pela coisa do outro, pelo analista que o escuta, possa relançar-se a sua rede simbólica que o demarca, lhe confere uma borda, lhe permite distinguir-se da fenda em que se encontra estatelado. Mesmo que esta rede simbólica seja alienante, ela é o único aparelho do qual o sujeito pode dispor para demarcar seu território e suportar a devastação da angústia na qual ele se encontra.

Capítulo 3 – A psicanálise possível no hospital: os casos clínicos como testemunho da presença do psicanalista no contexto hospitalar

3.1 - Caso Francisco

Francisco (16) não foi internado na Pediatria, mas, por ser referência também dos adolescentes, fui até seu leito, na clínica médica, para iniciar o atendimento, logo que soube de seu caso. Francisco tinha um tumor na face (suspeita de osteosarcoma, naquele momento, não confirmada pela biópsia), que havia tomado quase todo o seu rosto, com o deslocamento do globo ocular e conseqüente perda da visão, pressão intracraniana, suspeita de metástase cerebral. Soube do paciente através da terapeuta ocupacional da Pediatria que, por sua vez, veio a tomar ciência do caso através de uma colega da clínica médica. Tratava-se daqueles casos polêmicos, em que a notícia corre depressa pelos corredores do hospital – no caso de Francisco, era sua aparência física que impressionava. Nessa ocasião, a terapeuta falou do aspecto físico do paciente e da impressão de desconforto de toda a equipe e do próprio paciente, que estava no canto da enfermaria, passando o dia todo virado para a parede, deprimido. No dia da primeira abordagem, pensei que encontraria dificuldades, mas me surpreendi, encontrando-o disposto a falar, o que facilitou meu trabalho e a transferência. Percebi logo que alguma coisa ele queria mostrar.

O paciente falou da história da doença: há aproximadamente um ano e meio, percebeu um pequeno caroço no nariz. Seus pais haviam se separado há dois anos. A mãe foi morar em outro estado, se casou novamente e levou suas duas filhas pequenas. Francisco e o irmão Daniel (20) ficaram no interior de Minas com o pai, que também se casou novamente. Em uma visita à mãe, esta se preocupou com o caroço, ainda pequeno, e levou o filho ao médico. Foi realizada radiografia e detectada uma pequena fratura óssea (que a equipe acredita já ter sido causada pelo tumor), porém o médico naquela ocasião concluiu que deveria ser uma fratura ocasionada no futebol, assim como a lesão no nariz. Há relato de que o paciente tenha iniciado investigação da doença em visita à mãe, mas abandonou o tratamento antes de ser biopsiado. Voltou para a casa do pai e este foi trabalhar em outra cidade, deixando Francisco e o irmão sozinhos. A mãe relata que eles estavam felizes, sentindo-se livres por estarem

vivendo longe dos pais e a questão da doença ficou de lado. No entanto, o tumor passou a crescer muito rapidamente e o paciente procurou o hospital de uma cidade vizinha. O médico que o atendeu chamou a atenção da mãe, por ela ter deixado a situação chegar naquele estado. O paciente foi encaminhado para Belo Horizonte e, como a primeira biópsia foi externa, não acusou tumor. O que se seguiu foi que o paciente teve um sangramento e foi levado às pressas para o Hospital das Clínicas. Foi realizada traqueostomia, pois o tumor já havia invadido suas narinas e estava respirando somente via oral.

No primeiro atendimento ao paciente, este falou de sua preocupação e de sua resistência a aceitar o procedimento de coleta de sangue: “eu perdi sangue demais... daqui a pouco não terei mais sangue...”. Além da história da doença, relatou que iniciaria a quimioterapia no dia seguinte. Conversamos sobre os efeitos colaterais da quimioterapia. Queixou-se da perda da visão de um olho e trouxe sua preocupação em perder a visão do outro olho, que era uma possibilidade real. O tempo todo, perguntava-lhe com naturalidade e diretamente sobre o tumor, pois não dava para assumir uma posição de quem não estava vendo! Essa postura permitiu que o paciente falasse sem receios do tumor. Ao final da sessão, perguntou-me quantas vezes por semana eu iria vê-lo. Perguntei-lhe com que frequência ele gostaria de ser atendido e ele respondeu: “Amanhã começarei a quimioterapia... volte depois de amanhã que a gente conversa de como foi o início do tratamento”. Deixei meu telefone de contato com o paciente e a mãe, caso houvesse necessidade de um atendimento antes da data programada.

Retornei na data combinada. Francisco relatou ter começado o tratamento. Estava se sentindo muito fraco, desanimado e sem apetite: “Preciso comer pra não morrer de fome... já emagreci muito”. Relatou que só estava conseguindo comer as frutas que vinham para ele e disse que até conseguiria comer mais, se pudesse. Estava impressionado com o efeito da medicação: “Da próxima vez não vou andar...”. Trouxe novamente a preocupação com a evolução do tumor: “Essa minha outra vista não tá boa também não, ele está crescendo pra cá...”. Trouxe sua preocupação com o espaçamento das quimioterapias: “Farei de 21 em 21 dias... é um tempo muito longo pra ficar sem remédio”. Falou de sua fé de que seria curado. Queixou-se de ficar pensando só na doença por não ter nada pra fazer (não há televisão na enfermaria de adultos). Falou de seu desejo de usar o computador, o que o remeteu à sua vida no interior, em que ele ia a uma *lan house* para se divertir na internet. Após esse atendimento, fiz uma interconsulta para a nutrição, solicitando avaliação quanto à possibilidade de serem liberadas mais frutas para o paciente. Como não a encontrei pessoalmente e era uma sexta-feira à tarde, concluí que ela havia ido embora e só retornaria na segunda. Então, fui até a

copa e negocieei com a copeira a questão das frutas, que foram mandadas para o paciente naquele dia mesmo. Também fiz contato por telefone com a terapeuta ocupacional e agendamos um horário em comum para a semana seguinte para discutirmos o caso daquele paciente. Esse tipo de demanda do paciente deveria ser atendida o mais rapidamente possível, tendo em vista o prognóstico reservado. Na lógica dos cuidados paliativos, investe-se em qualidade de vida, uma vez que a cura não é mais possível. Não se tratava aqui de mero assistencialismo, no sentido de dar o que o paciente demandava, sem que ele se engajasse para obter o que desejava. Tratava-se de um momento em que a transferência estava sendo estabelecida e, como membro da equipe, eu poderia atender a alguns pedidos seus no intuito de mostrar-lhe que ele importava para mim e que estava sendo escutado.

Na segunda-feira encontrei o paciente bem-humorado, fazendo piadas com os companheiros de quarto e a equipe. Além disso, deixou de se posicionar somente voltado para a parede: havia encontrado alguém que lhe encarava de frente e que não negligenciava o horror de sua aparência física. Relatou que tinha começado a andar pelo corredor à noite, pois como ele se recusava a tomar a medicação para prevenção de trombose, que era administrada três vezes por dia, o médico negociou com ele que, se ele comesse a andar, diminuiria uma injeção por dia. Falou de seu desejo de ir até a sala da terapia ocupacional para usar o computador. Queixou-se, mais uma vez, de ficar sem televisão. Falou da queda do cabelo: “caíram uns dois fios até agora... se for nesse ritmo não tem problema”. O paciente mostrava-se vaidoso: usava luzes no cabelo, faixa, preocupava-se com o corpo, com seu emagrecimento, mas não falava diretamente da deformidade do rosto. Falava do tumor, mas não de seu aspecto físico. Quis mostrar-me fotos de como era antes da doença – um jovem belíssimo, de fato. Posicionava-se em dois lugares, antes ou depois da doença, quando planejava o que faria após a cura. Contava suas histórias e dizia que estava para nascer uma pessoa mais feliz do que ele antes da doença. E enquanto falava disso, era feliz.

É importante pensar na lógica do ato e tentar transportá-la para a lógica do hospital, não no sentido de fazer caber no hospital o que se dá em consultório, mas de pensar como se diferem os atos nos dois campos. Na lógica do *setting*, visa-se que o ato incida sobre o ponto de alienação do sujeito, fazendo com que ele se desprenda de alguns significantes mestres aos quais se encontra cristalizado, fazendo vacilar suas identificações, escancarando sua divisão subjetiva para que ele possa ir além – passar pela experiência de perder-se para nele se reencontrar. Conforme já estabelecemos, Lacan colocou como condição para o ato que este seja capaz de promover o encontro com a castração. Em um hospital, a condição da doença já escancara a divisão do sujeito, o que pode gerar uma angústia insuportável, pois essa divisão é

evidenciada e não há tempo para o sujeito desconstruir suas identificações primárias, para encontrar um novo *ser* – e, muitas vezes, ele sabe que não dispõe desse tempo. O trabalho do analista em um hospital pode se dar na lógica oposta à do psicanalista de consultório – não é condição para o ato que este promova o encontro com a castração. Em um hospital, no momento em que o analista é chamado, esse encontro já se deu, porém de forma abrupta, não permitindo ao sujeito elaborar nada dessa experiência. O analista hospitalar fornece coordenadas simbólicas para que o sujeito consiga se haver com a castração ou mesmo distanciar-se um pouco dela, nem que para isso o trabalho se dê no sentido de retornar ao ponto de alienação do sujeito. Nesse ponto, o sujeito se sente seguro, inteiro. O fato de trabalhar com psicanálise não implica que o analista sempre deva dar abertura ao inconsciente, pois essa abertura pode ser perigosa ou insuportável para o sujeito. O sujeito do inconsciente faz todo um esforço para tentar reunir dois campos: o narcísico, das identificações, e o campo pulsional. Em uma análise, ou mesmo diante da presença de um analista em um hospital – o que se difere de uma análise –, essa distância deve ser mantida. O sujeito não suportaria se deparar com o objeto *a*, causa de desejo. Em *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/2008) usa de uma fábula para dizer da presença do objeto *a* para o sujeito diante de um analista. Lacan explica que é como se um mendigo se deparasse com o cheiro de uma comida em um restaurante e desejasse muito entrar nesse restaurante e desfrutar de todo o contexto. Ao ter acesso ao cardápio, verificaria que este estava em chinês e demandaria à garçonete que lhe desse uma sugestão do que comer, como se ela soubesse algo de seu desejo. Esse pedido de aconselhamento sugere algo com a seguinte conotação: “o que eu desejo lá de dentro, você é quem deve saber” (Lacan, 1964/2008, p. 261). Como o analista não sabe do desejo do outro, então ele não consegue atender à demanda que o outro lhe formula, mas o sujeito se satisfaz, independentemente de seus apetites, em organizar seu menu. É isso o que continua a causar desejo – o fato de não se deparar com o objeto *a* e de se manter em busca do que vem a ser o seu desejo.

O atendimento a Francisco prosseguiu e ele continuou falando de suas vivências. Dava-me a impressão de um contador de casos e suas histórias eram narradas, na maior parte do tempo, com muito humor. Falou da separação dos pais e de seu bom relacionamento com o padrasto e a madrasta: “Meu padrasto até chorou quando eu vim pro hospital e minha madrasta é tão boa quanto minha mãe; minha mãe está ficando em Contagem, na casa da irmã dela”. Recebeu ligação do pai e posteriormente eu soube que ele vinha se queixando das ligações do pai, que sempre ligava chorando. Após a sessão, discuti o caso com a enfermeira

responsável e questioneei porquê aquele paciente não foi para a Pediatria. Ela disse que fez a mesma pergunta. Expus a dificuldade do paciente em estar numa enfermaria sem televisão e outros atrativos, o que a Pediatria poderia oferecer para ele. Ela sugeriu que eu levasse o caso para uma reunião interdisciplinar naquela semana e assim o fiz. Antes disso, discuti com a gerente da Pediatria e o coordenador dos residentes sobre a possibilidade de transferência daquele paciente para a Pediatria e verifiquei que, da parte da Pediatria, era viável. Antes da reunião clínica, discuti o caso com a terapeuta ocupacional sobre as possibilidades de ampliação das atividades do paciente e ela relatou que ele havia ido até sua sala para usar o computador. Essa terapeuta ocupacional me trouxe a dificuldade de o paciente dormir à noite e consideramos os prós e os contras da transferência para a Pediatria: crianças fazem muito mais barulho que adultos. Além disso, na Pediatria, Francisco não poderia ficar na companhia do irmão Daniel, pois, nesta clínica, era liberado apenas o pai, do sexo masculino, como acompanhante. A mãe não teria com quem revezar nos cuidados de Francisco, o que se tornaria exaustivo e talvez até insuportável para ela, que se abalava cada vez mais com o quadro do filho. Além disso, pude observar que, na presença do irmão, o paciente ficava mais bem-humorado. No dia seguinte, o caso foi levado para discussão em reunião clínica. Foi descartada a possibilidade de transferência para a Pediatria, pois o paciente haveria dito: “odeio crianças”. Prevaleceria o desejo de Francisco, por mais que pudéssemos conjecturar que a Pediatria lhe traria vantagens. Além disso, estava com uma boa transferência com a equipe da clínica médica. Expus os atendimentos, o que foi muito valorizado pela equipe. Foi falado do prognóstico do paciente: um prognóstico muito ruim, com possibilidade de expansão ainda maior do tumor. Seriam tentados quatro ciclos de quimioterapia, porém com possibilidade de resposta muito remota. Provavelmente seria um paciente que seria mandado para casa após as quimioterapias, “fora de proposta terapêutica”, como foi colocado pela equipe médica. Nesse momento, pontuei que, com relação aos atendimentos da psicologia, ele não estava fora de proposta, muito pelo contrário, apresentava plenas possibilidades de evolução, por estar trazendo suas questões, problematizando, demandando.

Em um hospital, impossibilidade e impotência se misturam. Há, de fato, um real impossível, tal como é apontado por Lacan nas lições 12 e 13 de *O Seminário, livro 17: O avesso da Psicanálise*. No entanto, percebe-se que a imaginarização desse real produz uma impotência. É preciso reduzir a impotência ao que ela tem de impossibilidade, pois nem tudo é impotência no contexto de um tratamento. Trata-se, assim, de sustentar o simbólico naquilo que ele possui de articulação significativa que situe o real.

Francisco foi acompanhado até sua alta hospitalar. Informou que iria para o interior após a alta. Considerando a evolução de sua doença, provavelmente evoluiu com metástase cerebral, rebaixamento do nível de consciência, até o óbito. A última notícia que tive dele foi um mês após sua alta, no dia de seu aniversário. Ele me enviou uma mensagem no celular com um fusquinha que ia me levar um beijo. Ao receber a mensagem, observei que aquela era a data de seu aniversário, que ele havia comentado comigo, e respondi, dando-lhe parabéns e perguntando como ele estava, ao que ele respondeu: “ Eu estou bem”. Continuou desejante até o fim.

3.2 - Caso Carla

Este caso me foi passado na passagem de plantão dos casos clínicos do CTI Pediátrico do qual participo. Tratava-se de uma bebê de quatro meses de idade, que nasceu com onfalocele no Hospital das Clínicas e foi submetida a uma intervenção cirúrgica ao nascer. Mãe e filha ficaram no hospital por 45 dias. Preocupados com a filha, os pais fizeram um plano de saúde para a mesma imediatamente. Aos quatro meses, a bebê, que estava bem em casa, começou a passar mal, com um quadro de vômito insistente. Foi levada a um hospital particular de grande porte, onde foi detectado que a bebê estava com uma obstrução intestinal e necessitaria de uma intervenção cirúrgica urgente. Porém, a cirurgia não foi realizada e a bebê teve alta do hospital. Não melhorando em casa, a mãe a levou para o Hospital das Clínicas. Bruna chegou no sábado ao CTI Pediátrico e sua cirurgia foi marcada para segunda-feira. Contudo, devido à evolução no quadro clínico, precisou ser submetida à cirurgia de emergência ainda no domingo. Após a cirurgia, evoluiu com um quadro de choque e sepse. A médica me passou o caso, confessando sua indignação pelo fato de a bebê não ter sido operada no outro hospital e pela equipe do HC não ter intervindo cirurgicamente antes desse quadro de sepse generalizada. Além disso, propunha à equipe que o caso fosse levado a uma reunião, com a intenção de que erros como esse não fossem repetidos. Falou de seu cansaço: “Cansei de rolar pelo corredor questionando a equipe da cirurgia e, de fato, consegui em alguns casos que eles me ouvissem. Com o tempo, você leva o título de chata... chega o momento em que a gente cansa... mas não podemos assistir a isso todo dia... os pais estão revoltados com o hospital particular, com razão... agora a bebê vai morrer, isso é certo, daremos todo o suporte, ainda sabendo que não vai resolver... Hoje, Arlêta, a prioridade do

seu plantão é essa família”. Tratava-se realmente de uma urgência. A impressão que essa médica sempre me passou foi de uma pessoa extremamente competente, humana e questionadora das intervenções médicas. Sempre convidava a equipe a refletir sobre a técnica, se houve falha, se faltou estudo, etc. Ela estava sensibilizada com mais essa situação.

A mãe, Carla, foi abordada por mim logo após a passagem de plantão. Levei-a até a sala de atendimento da Psicologia. Perguntei-lhe o que se passava. A mãe contou toda a história da filha, ciente da gravidade. Disse que a gravidez havia sido planejada. A onfalocele foi descoberta ainda na gestação, mas já havia outros casos na família, todos com intervenção cirúrgica bem sucedida. Contou a história do hospital particular. Disse que eles eram os culpados. Acusa o hospital de não ter operado sua filha porque o plano de saúde ainda contava período de carência. “Se eu fosse bem rica e pagasse isso não teria acontecido”. Mas também falou de suas fantasias de culpa: “Deve ser porque eu deixei ela lá no CTI e dormi em casa um dia... Deus está me castigando... Ele só dá o que a gente merece... eu também poderia ter brigado com os médicos...”. Procurei fazer vacilar sua certeza: “Será que Deus castigaria uma mãe tão dedicada?” A mãe chorou. Lembrou-se de um pesadelo: “Sonhei que eu estava procurando minha filha na cama, ela estava por perto, mas quando eu pegava em algo, era meu marido”. Pontuei: “Estava por perto, mas não podia vê-la. O que isso te sugere?”. A mãe pensou e respondeu: “Ah... não sei... não quero saber... minha filha não vai morrer... Deus não vai permitir... se ela morrer eu quero morrer também”. Finalizei a sessão. Caminhei com a mãe até a porta do CTI e encontrei o pai, um rapaz, bem mais jovem que a esposa. Ofertei minha escuta e ele se recusou. Carla havia dito que ele era “fraco”. Ofereci de acompanhá-lo até o CTI para ver sua bebê e ele aceitou. Pedi que ele me aguardasse para que eu verificasse com a equipe se poderíamos entrar no CTI. Encontrei a médica que solicitou o atendimento da família e ela me pediu que chamasse os pais, pois a bebê teve uma parada cardio-respiratória. A mãe recebeu a notícia com choro, o pai também, mas levantou-se, disse que não queria saber de nada e foi para a portaria do hospital, onde estavam várias pessoas da família.

Foi uma manhã marcada pela espera angustiada da família. Durante a manhã, seis paradas cardíacas. Após a primeira parada, o cirurgião foi chamado para intervir. Foi feita uma abordagem cirúrgica, para tentar diminuir a pressão abdominal. Durante a manhã, pedi a liberação das pessoas da família, que subiam dois a dois para dar suporte a Carla. Pedi aos familiares do pai da bebê que cuidassem dele e não o permitissem sair na rua como estava. Tomaram-lhe a chave do carro. Durante a cirurgia, Carla pediu para descer para ver a família. “Quero pedir pra eles fazerem uma oração”. Desci com ela e ela abraçou o marido: “Eles vão tentar mais uma coisa... reza pra ela”. O pai da bebê, de cabeça abaixada, só chorava. Eu

agachei ao seu lado e lhe disse: “Faça o que der conta: se quiser pode ver sua filha ou pode só subir e ficar ao lado da Carla. Se não der conta, fique aqui com sua família”. A família fez uma corrente de oração e me incluiu. Dei as mãos a eles e rezamos o Pai-Nosso. Esse ato não afetaria minha posição de analista. A mãe pediu para subir e ficou por um tempo bem mais tranquila, até a próxima parada. O pai foi avisado e subiu, abalado, porém com outra postura. Quis ver a filha, não gritou no CTI como havia feito antes. Fez perguntas ao médico. A avó paterna da bebê me disse: “Na minha família tá todo mundo falando que você foi um anjo que apareceu”.

No tempo que fiquei ao lado da mãe, durante toda a manhã, escutei-a atentamente. E percebi uma mudança em sua fala: “Ela está sofrendo muito... Deus precisa levá-la...”. Houve outras paradas. A mãe foi consultada, conforme regra da equipe, se queria assistir à reanimação. Ela entrou, viu a menina e voltou. Já estava desacompanhada do marido, que decidiu ir para casa. A médica veio dar a notícia do óbito. A mãe, chorando, abraçou-a e disse: “Já sei o que veio me dizer”. A médica disse que iriam arrumar a bebê para a mãe ir ficar perto dela. A mãe chorou muito. Perguntou-se como iria voltar para casa sem a filha. Lembrei-lhe de seu sonho: “ela estará por perto, sem que possa vê-la”. Vi uma tia do pai da bebê ligando para a casa dele e pedindo que ninguém contasse sobre a morte, nem ao pai, nem à avó paterna. Intervi e sugeri que ela contasse, era um direito do pai. O pai chegou logo. Viu a filha, beijou-a, tentou acordá-la, culpou o hospital particular... A mãe escolheu um vestido para a filha. Já não falava do castigo de Deus: “Deus vai nos dar força”. Não foi possível reanimar a criança, mas foi possível uma reanimação do discurso da mãe, que pelo menos começou a vislumbrar sua vida sem a filha.

Cada caso nos faz pensar, fazer diferente, ir além... no caso de Carla foi possível dar alguma abertura ao inconsciente, através da valorização de seu sonho. *A priori*, o sujeito do inconsciente é o sujeito sobre o qual opera a psicanálise. Porém é preciso pensar que, em um hospital, nem sempre se suporta a abertura sem rede, sem proteção, do inconsciente. No caso de Carla, foi escutado algo além de sua demanda, que era a de processar, culpar o hospital. A localização de seu desejo estava no sonho e, *a priori*, a pontuação de um fragmento do mesmo não me garantia que ela pudesse usar disso para elaborar sua perda. *Só depois* pude perceber que a minha pontuação teve efeito de ato, pois possibilitou à mãe uma mudança de lugar: já não se colocava na posição de vítima, já não pedia a Deus o que este não podia dar, e sim dizia que Esse lhe daria força. O que a mãe não sabia é que o que lhe daria forças vinha dela mesma, de sua própria produção significativa. A presença de um analista, e não um psicólogo,

naquele momento, foi fundamental. Houve alguém que pôde escutar o sujeito do inconsciente e retornar isso de forma transformadora para um sujeito que sofria.

Poder-se-ia dizer que houve, aqui, um processo de abertura e fechamento do inconsciente, o que Lacan denominou de inconsciente pulsátil. Pensando-se o grafo do ato, conforme a leitura de Mônica Lima (2008), as operações alienação, verdade e transferência, culminando com a resolução da análise, não devem ser interpretadas de forma linear e cronológica. Poderíamos afirmar que, no caso de Carla, ela conseguiu sair de sua posição de alienação, de *sou falso* – vítima –, e ser tocada pelos efeitos de verdade que a interpretação da formação do inconsciente provocou. O ato, em um hospital, não visa o final da análise, não visa sequer que uma análise se inicie – o que pode até ocorrer, em alguns casos. O desejo do analista em um hospital é que ele possa sustentar o sujeito no simbólico, para que o real não seja devastador. O analista nunca sabe como fazer isso de antemão. Em alguns casos, a estratégia pode ser manter o sujeito na posição de alienação. Em outros, pode ser tentar provocar alguns efeitos de verdade através do pensamento inconsciente. Não há regras *a priori* e nem receitas de como fazer. O analista sempre se baseará na construção significativa de cada um.

3.3 - Caso Bruno - A história do “peniquinho”

Bruno era um paciente da nefrologia, de 5 anos de idade, que estava no CTI Pediátrico há quase dois anos. Usava traqueostomia, devido a complicações respiratórias (teve várias paradas que lesaram o bulbo – região responsável pela respiração). Ainda era novo para ser submetido a um transplante e mesmo não o suportaria, devido ao quadro clínico. O paciente se comunicava através de gestos – o som de sua voz não saía devido à traqueostomia – e apenas em poucas palavras era possível fazer sua leitura labial. Mas o paciente se comunicava muitíssimo bem. Era submetido a diálise quase todos os dias.

Numa de suas sessões comigo, encontrei-o acompanhado da mãe. Ele havia acabado de ganhar um ovo de Páscoa e insistia em colocá-lo no penico (um presente de um residente para que ele iniciasse o treino do troninho, já que já sabia avisar quando queria fazer cocô – ele não fazia xixi – e ficava incomodado com a fralda suja). A mãe e a equipe de enfermagem tentavam insistentemente explicar a função daquele objeto, ao qual ele dava a função de panela e gesticulava, aflito, que servia para comer! Havia um garfo amarrado à alça do penico

(o objeto parecia mesmo uma panelinha – não tinha tampa e tinha uma alça que lembrava uma xícara). Perguntei à mãe o motivo e ela disse: ele me pediu para amarrar à panela! Bruno pegava o garfo e fazia de conta que estava comendo naquela “panelinha”. Jogava seu ovo de Páscoa lá dentro. A mãe explicava que ele não quis sentar no peniquinho de forma alguma! Fiz a seguinte intervenção: “Esse objeto é muito parecido com uma panelinha, mesmo!” O paciente vibrou, bateu palmas. Até que enfim fora escutado! A mãe riu da reação do filho: “Ele adorou você ter concordado com ele!” Por sorte, eu tinha na sala de ludoterapia um troninho, com tampa, semelhante a um vaso sanitário e do tamanho que ele precisava. Busquei-o imediatamente. Chegando ao CTI, o paciente ficou eufórico. Aceitou sentar-se no troninho, gesticulava para as pessoas a diferença evidente entre os dois objetos: “um pra comer e outro pra... apontava o dedo para a região genital”.

Esse é um caso paradigmático que ilustra o efeito da escuta do que o sujeito diz. Embora o paciente não falasse, mostrou estar inserido na linguagem e, com o auxílio de uma intervenção pontual, fez valer seu desejo. Posteriormente, tive o retorno da equipe, que valorizou minha evolução no prontuário sobre esse atendimento. A evolução foi lida por uma das plantonistas do CTI, na passagem de plantão, para acadêmicos e residentes: “Vejam que coisa mais linda – a história do peniquinho!” Voltou-se para os acadêmicos de Medicina: “Prestem atenção nessa intervenção e no efeito sobre o paciente!” Senti que o trabalho do psicanalista (para os médicos, uma psicóloga) fora valorizado, na sua particularidade.

3.4 - Caso Gabriela

Gabriela era uma paciente da nefrologia, de 4 anos de idade, que ficou internada por mais de seis meses no hospital, boa parte do tempo porque sua casa deveria ser reformada para recebê-la com a máquina para diálise, e a mãe não tinha condições para fazê-lo, precisando contar com a prefeitura de seu município. Seu pai havia falecido há pouco tempo, também por doença renal, e Gabriela havia participado da doença e do velório do pai. Recebi a paciente, com a queixa da equipe de que ela era “hiperativa”.

Em uma de suas sessões, ela me pediu que fizesse um desenho da “casinha nova” dela porque ela não sabia desenhar – ela já estava no hospital há muitos meses e sempre falava de seu desejo de ir pra casa. Combinei com ela que desenharia o que ela pedisse e usaria as cores que ela escolhesse. Terminada a casinha, ela me pediu que desenhasse uma

churrasqueira (a oralidade dos pacientes da Nefrologia é comprometida, pois eles são privados de alguns alimentos e temperos). Perguntei-lhe se ela gostava de churrasco e ela falou disso. Desenhei o céu e ela me pediu que desenhasse “a mamãe e o papai do céu”. Sem saber ao certo o que ela queria dizer com isso, desenhei dois anjos no céu: a mamãe e o papai do céu. Gabriela ficou muito angustiada e disse: “Não... a mamãe não pode morrer... tira ela daí! Eu não quero ficar sozinha!”. Surgiu, então, o medo de que sua mãe morresse, assim como o pai que foi para o céu. Disse a ela: “Você tem medo que a mamãe morra, como aconteceu com o papai”. Ela faz cara de choro e, ao invés de pedir para ir embora, encara sua angústia e me pede que mude aquela situação imaginária. Rabisquei a anjinha e desenhei a mamãe e a Gabriela comendo churrasco. Ela sentiu-se aliviada e disse: “Nunca mais faz isso comigo”. Disse a ela: “Você nunca mais quer perder ninguém”. Em conversa com a mãe, soube que a paciente se referia ao próprio pai como papai do céu e papai do céu ela chamava de Deus. Daí a ambiguidade que levou à confusão no desenho. Com isso, a mãe pôde falar da perda do marido e de como Gabriela ficou impactada. A mãe também falou da contradição: “Ela teme me perder depois disso, mas é muito mais provável que eu a perca...”. Em outras sessões, pude trabalhar essas fantasias da paciente.

É nessa perspectiva que o ato se dá – sem fazer cálculo prévio de seu efeito sobre o sujeito. A partir de um desenho, com temas e cores sugeridos pela paciente, lancei uma questão sem perceber que efeito isso teria sobre a paciente. *Só depois* me dei conta de que seu drama familiar estava retratado no desenho e pude intervir sobre o efeito provocado na criança. Lacan nos diz: “O saber, em certos pontos que podem certamente ser sempre desconhecidos, faz falha. E são precisamente esses pontos que, para nós, estão em questão, sob o nome de verdade” (lição de 29/11/1967). Brodsky (2004) sugere que o que viria a ocupar o lugar de falha no saber seria a construção, por parte do paciente e do analista, da fantasia, em análise. “A construção implica uma falha no saber, e é nessa falha que se situam tanto a interpretação quanto o ato” (p. 40).

A “hiperatividade” nessa paciente não desapareceu e continuou a ser uma queixa da equipe. Houve alguma falha na minha intervenção? A que esse sintoma de hiperatividade respondia? Seria uma afirmação de vitalidade e negação da morte? Seria possível ter ido mais longe com esta paciente? O tempo do qual se dispõe em um hospital muitas vezes é curto para tratar de forma abrangente da sintomatologia da criança. Nem por isso se deve recuar. Importa se ater ao caso em sua singularidade e aguçar os ouvidos para o que cada caso, cada fala, pode nos ensinar sobre a própria direção do tratamento.

3.5 - Caso Daniel

Daniel era um paciente, de 14 anos de idade, da oncologia, que chegou ao HC com um tumor que atingia boa parte da região pélvica. Desde o início do tratamento, a proposta era de sessões de quimioterapia para tentar diminuir a extensão do tumor e, em seguida, um de seus membros inferiores seria amputado.

Logo no primeiro atendimento à mãe, verifiquei que nem ela nem a equipe tinham abordado a questão da amputação da perna. Eu, porém, não poderia comunicá-la ao paciente, uma vez que tal tarefa é atribuída ao médico, por ter todas as condições técnicas de explicá-la. Seria preciso intervir junto à equipe para avaliar o melhor momento.

Em atendimento ao paciente, este se mostrou muito calado, não quis falar. Ofereci, então, algumas atividades lúdicas, para que ele escolhesse. A partir daí, poderia surgir algum conteúdo que possibilitasse uma amarração. Ele quis pintar. Enquanto pintava, falava de seu sonho em ser jogador de futebol. Pintou, então, um menino em cima de um skate, porém faltava-lhe os pés. Marco para ele a ausência dos pés no desenho. Não pude fazer maiores intervenções, pois a equipe ainda não havia comunicado sobre a amputação da perna. Verifiquei que, de certa forma, o paciente apresentava um saber sobre seu corpo e já projetava no desenho sua castração. Entre os vários desenhos e pinturas que fez, escolheu colar este desenho na parede. A sutileza do ato, aqui, foi perceber que há uma outra forma de o paciente comunicar suas fantasias, quando se recusa a falar ou quando a confirmação através da fala é insuportável. Nesse caso foi a pintura. O paciente recebeu alta para prosseguir o tratamento quimioterápico no ambulatório. Voltaria para o hospital no momento da cirurgia.

Quase um ano depois, retornou para o procedimento. A mãe veio ao meu encontro para dar notícias de seu retorno. Fui até o leito do paciente e verifiquei que ele ainda não sabia do procedimento. Desta vez, a princípio, a intervenção com o paciente foi mais limitada, pois ele já não demonstrava nenhum interesse nas atividades lúdicas disponíveis, nem tampouco quis conversar. Ainda não entendia que a retirada do tumor implicaria na perda de sua perna, de seu sonho de ser jogador... Minha estratégia, então, foi dar suporte à mãe, ofertando minha escuta, e colocar-me à disposição do paciente, quando este demandasse. Apesar de não atendê-lo durante o tempo de sua resistência, mantive contato através da corrida de leitos. A equipe, então, comunicou ao paciente sobre a amputação. Cheguei ao leito e ele mesmo se dirigiu a mim: “Eu vou perder minha perna”. Perguntei sobre a conversa com os médicos e ele ainda apresentava dúvidas: “Eu posso morrer?” Não respondi à sua pergunta ou o fiz através

de meu silêncio. Ele chorou muito, gritou, disse que Deus não levaria sua perna, pois aconteceria um milagre. O paciente foi para a cirurgia de retirada da perna, mas, quando os médicos verificaram a extensão do tumor, decidiram não fazer mais nada – o tumor havia se alastrado. Por falta de vaga no CTI Pediátrico, o paciente ficou no CTI adulto. Procurei pela mãe e encontrei-a na porta do CTI, sem notícias do filho, sem saber se poderia entrar para vê-lo. Na corrida de leitos, uma médica veio explicar o que se passou na cirurgia. A mãe, angustiada, começou a falar no oncologista, queria que ele lhe dissesse algo. O que fiz, neste caso, foi procurar pelo telefone deste médico e colocá-lo para falar com a mãe. Seria preciso fazer circular tantos significantes para que algum deslocamento, ou descongelamento, fosse possível.

Posteriormente, encontrei a mãe, que me disse: “não sei o que teria sido de mim sem você... acredita que a equipe de ortopedia nunca mais veio ver o Daniel? Eles viviam aqui... agora não lhes interessa mais... nem conversaram comigo após a cirurgia. Você não resolveu o problema do meu filho, não me fez ter falsas esperanças, mas estive lá quando precisei, era daquilo que eu precisava...” O que torna uma ação um ato é o que ela representa. O ato não é um simples fazer, ele nos convoca a questionar o que fazer com o real que, em um hospital, encontra-se muitas vezes escancarado. Diante desse real é preciso sustentar o simbólico, fazer com que se fale desse real e o que ele representa. A mãe de Daniel, através da presença de um psicanalista, pôde falar de sua angústia, o que a possibilitou começar a elaborar sua perda. A angústia, muitas vezes, leva a uma imaginarização maior do que é preciso. Através da possibilidade de colocar em palavras esse sentimento e o que ele convocava, a mãe se percebeu amparada, diferentemente do sentimento de abandono que a habitava desde a ausência de alguns membros da equipe. Acompanhei o paciente e a mãe até o óbito.

3.6 - Caso Luiza

Luiza era uma paciente de treze anos de idade, que chegou à Pediatria do Hospital das Clínicas com um quadro de infecção alimentar. Já era acompanhada pela equipe multidisciplinar do NIAB (Núcleo de Investigação de Anorexia e Bulimia), pois desenvolveu anorexia nervosa após um abuso sexual. Com 1,49 m, chegou ao hospital pesando 27 kg. Foi encaminhada para mim pelo Serviço Social. Quando lhe perguntei por que veio para o hospital, respondeu: “Eu vim pra cá porque comi uma comida estragada. Aí passei mal,

porque já estava fraca por causa da minha perda de peso. Eu fiquei assim porque sofri um abuso”. Relatou toda a história, curiosamente, sem nenhuma expressão de angústia: fora abusada pelo namorado da mãe, que havia se separado de seu pai há poucos meses. Em uma viagem à praia, em que sua irmã de 15 anos se envolveu com drogas, “influenciada” pela filha de 27 anos do abusador, Luiza relatou que começou a se sentir triste e sozinha. “Aí um dia eu saí com o José pra caminhar na praia... Ele já vinha me falando umas coisas mesmo antes de eu viajar... me chamava de gostosa, dizia que se eu tivesse relação sexual com ele me tornaria uma grande mulher... contou a história de uma mulher que transou com ele e virou uma advogada famosa... durante a caminhada, me levou para o meio de umas pedras, me jogou na pedra, me segurou, lambeu os meus peitos e me fez masturba-lo”. Em outro momento, Luiza mudou um pouco sua versão: disse que permitiu que ele o fizesse porque gostaria de se tornar uma grande mulher. Luiza conta que voltou para casa, contou para sua mãe, que não acreditou nela. Um dos motivos para a mãe não acreditar no abuso era o fato de José ser da igreja que ela frequentava e passar com ela horas orando. Falou, então, do NIAB: “Eles pensam que tenho anorexia, mas eu não tenho, não me vejo gorda. Parei de comer porque queria morrer.” Perguntei como era sua relação com o José e Luiza respondeu que ele era seu amigo e que, na praia, ela sentia ciúmes da mãe e ia dormir na cama dos dois, no meio deles... “Quando cheguei em Belo Horizonte e contei para minha irmã, ela me fez perceber que eu tinha sido abusada. Meu pai ficou sabendo, foi na delegacia e viu que já havia três queixas registradas contra ele, pelo mesmo motivo”. Foi levada para fazer exame de corpo delito, onde foi constatado que ela ainda era virgem. Contou que, quando a mãe viu o quanto ela tinha emagrecido, passou a acreditar nela e se afastou do José. Luiza relatou com satisfação que sua mãe agora acreditava nela e que estava tudo bem entre ela, a mãe e a irmã. Falou da comida do hospital, enumerando as coisas que não gostava.

Atendi a mãe no mesmo dia. Falou da perda de poder aquisitivo da família. Falou da relação com o ex-marido, que batia nela e não aceitava bem seus quatro filhos do primeiro casamento. Contou que teve duas filhas com ele: Luiza (13) e Aline (15). Falou da preferência do pai por Aline. Relatou que foi casada com o pai de Luiza por 20 anos e que conheceu o José há muitos anos. Reaproximou-se de José agora, porque ele havia tirado seu filho do mundo das drogas e o levado para a igreja. Falou da ida para a praia, negando ter tido qualquer envolvimento com José. Disse, ainda, não acreditar que ele tenha abusado de sua filha, pois era “um homem de Deus”. Relatou que não deixou sua filha sozinha com José. Falou que estava exausta, pediu um tempo para José. Falou da anorexia de Luiza. Relatou que, na praia, ela estava se achando gorda e queria fazer caminhada todo o tempo. Disse que

pesquisou muito e sabia o quanto as anoréxicas são manipuladoras, dizendo que a filha poderia ter inventado essa história. Fala das ligações de José para ela, dizendo que nada daquilo havia acontecido. Marquei para ela que pedófilos também poderiam manipular. Ela disse que, por via das dúvidas, decidiu se afastar e negou ter tido qualquer tipo de contato com José depois disso. A mãe me pareceu confusa, com um discurso religioso muito presente. Tentou me evangelizar, disse que a palavra de Deus tocara meu coração.

No dia seguinte, atendi a paciente e coloquei que estaria disponível caso ela decidisse se tratar, mesmo após a alta hospitalar. No mesmo dia, à tarde, a paciente me informou que seu pai estava no hospital e queria conversar comigo. O pai, Alfredo, relatou em atendimento que, após a separação, ele saiu de casa e Conceição se envolveu com José, que era conhecido como Zé de Deus. Disse que já tinha visto essa pessoa algumas vezes e conhecia sua família. “A mãe dele mesmo fala que ele não presta... As pessoas me avisaram que ele era uma pessoa que se esconde atrás da Bíblia. Eu avisei a Conceição, mas ela achou que era implicância minha. No dia em que vi a filha dele lá em casa, falei com a Conceição: essa menina mexe com droga. Aí elas foram pra praia: a Conceição, a Luiza e a Aline. Eu banquei tudo. Um dia desconfiei que aquele homem estivesse lá com elas. Quando a Luiza voltou, e eu vi o quanto ela estava magra, ela me contou que ficava sem comer porque o José e a filha dele pediam coisas muito caras. Ela pensava que estava gastando muito meu dinheiro e ficava sem comer.” Perguntei como ele soube do abuso. O pai relatou que, quando chegaram de viagem, ele viu que a filha estava muito triste e tinha emagrecido muito. Contou que sua filha, Aline, falou do abuso para ele. Alfredo levou a filha para exame de corpo delito e foi até a delegacia denunciar o José. Chegando lá, soube que já havia três processos contra ele, pelo mesmo motivo. O irmão de Luiza ficou sabendo e bateu em José na igreja. José negou tudo. “Eu ia matar ele, só não matei porque ia dar problema para o irmão da Luiza, que já tinha batido nele. Fui até a favela que a filha dele frequentava. Liguei pra ele do orelhão e disse: cuidado, que urubu vai te pegar. Depois disso ele sumiu. A mãe dele fala que ele está no Rio”. O pai criticou muito o envolvimento de Conceição com a religião. Disse que era católico e respeitava as outras religiões, mas achava que a ex-mulher estava alienada. O pai achava que a ex-mulher não estava acreditando que houve um abuso: “ela não aceita por ter sido cúmplice e negligente”. O pai chegou ao leito da filha, disse que gostou de conversar comigo e ela imediatamente se decidiu: “Então quero me tratar com você... acho você um doce...” Chamou-me a atenção esse significante: “doce”. Doce era justamente o que ela evitava e, paradoxalmente, fez um laço comigo por eu ser um “doce”! Na sessão posterior, a paciente falou da alta e marquei o seu retorno.

Na quarta-feira da semana seguinte, a paciente chegou acompanhada da mãe. Estava mais emagrecida. Começou a falar de comida, especialmente a japonesa. Disse que sua irmã conheceu um menino de família japonesa, chamado Ronaldo, e o apresentou a Luiza pelo MSN. Falou do colégio e dos apelidos que os colegas lhe colocavam.

No dia seguinte, quinta-feira, a mãe me ligou na hora do almoço para que eu convencesse a filha a almoçar. Não o fiz e marquei nova consulta para o dia seguinte. A paciente compareceu ao hospital na sexta-feira, trazida pela mãe. A paciente falou do dia anterior: “Tive um dia muito difícil ontem... começou de manhã, com meus colegas judiando de mim, falando do meu cabelo, me colocando apelidos...” Contou que chegou em casa na hora do almoço e os pais discutiram. Falou da preferência do pai por sua irmã, Aline. “Ele vive dizendo que ela mora no coração dele e eu debaixo da sola de seu sapato. Fala que eu não presto, que eu só crio confusão. Acho até que não devo ser filha dele, senão por que ele judiaria tanto de mim? Ele fala que meu pai é o José (o suposto abusador) e que eu deveria ir morar com ele. Depois de tudo que o José fez comigo, meu pai ainda vem me jogar isso na cara”. Disse que sempre sentia vontade de morrer quando o pai lhe dizia essas coisas. Contou que já chamou polícia duas vezes para seu pai, depois de ele ter batido muito nela. Relatou que apenas quando ficou internada é que o pai estava sendo bom para ela. Perguntei sobre sua relação com sua mãe e ela diz que a mãe estava muito chata, regulando tudo que ela comia. Pediu que eu conversasse com sua mãe sobre isso e eu recusei, marcando para ela: “Ela está no papel de mãe”. Finalizei a sessão.

Na sessão seguinte, a paciente falou de seu desejo de não ir mais ao NIAB e continuar o tratamento somente comigo. Em consulta no NIAB, consentiu em continuar o tratamento, com sessões mais espaçadas. É interessante marcar a sensibilidade da equipe em estabelecer consultas respeitando o seu tempo. Mostrou-se resistente ao uso de um polivitamínico, que antes tomava em comprimidos e depois foi prescrito em consistência de farinha. Discuti com a médica do NIAB sobre a possibilidade de retornar aos comprimidos, já que a consistência de farinha sugeria, para a paciente, algo que pudesse engordá-la. A médica também concordou e discuti em equipe essa mudança, que foi feita. Na última sessão, a mãe me ligou informando que a paciente já havia comido “até pão e biscoito”. Além do polivitamínico, a paciente estava em uso de risperidona.

A paciente continuou a ser atendida por mim e pelo NIAB. Ao longo dos atendimentos, foi dada menor ênfase ao abuso e maior ênfase na trajetória que a paciente vinha construindo sobre o que vem a ser uma grande mulher. Também passei a considerar o que a paciente dizia: “Não sou anoréxica”. Uma estratégia do NIAB com relação a isso foi

encaminhá-la ao serviço de Medicina do Adolescente, o que produziu efeitos. A paciente faltou uma semana e na seguinte me ligou para remarcar a sessão. Estava irreconhecível, havia engordado, estava bonita... Relatou não conseguir controlar a quantidade que comia e nem deixar de provocar os vômitos... Falou de uma nova escola, evangélica, e de um curso que esta oferecia: “menina única”, em que aprenderia a bordar, cozinhar, etc... Falou de seu interesse por rapazinhos da igreja. Enfim, estava construindo uma ideia de uma grande mulher.

As sessões foram interrompidas com as férias. Ao retornar, a paciente relatou vômitos involuntários após as refeições. Dentre outras coisas, relatou que a mãe começou a ficar muito triste, falando em suicídio, pedindo que a filha perdoasse José para ganhar o reino dos céus. Relatou que a mãe vinha se encontrando com José e a levou até a casa dele para que ele pedisse desculpas a ela. A paciente encontrou José muito abatido e sentiu pena dele. Relatou que José pediu sua mãe em casamento e queria levá-la, juntamente com Luiza, para morar no Rio de Janeiro. Contou que a mãe a levou até o juizado de menores para mudar seu depoimento. José comprou para Luiza camisas de uniforme deste colégio evangélico (Luiza chegou a levá-las para que eu as visse, mas não relatou de quem era o presente). Luiza me perguntou se eu achava que ele estava tentando comprá-la, o que já sugeria um certo descongelamento da situação que ela vivenciava. Falou de seu desejo de morar no Rio e falou com naturalidade de um possível casamento de sua mãe com José. Informou que José havia acabado de chegar de um hospital por ter levado uma surra de traficantes. Outro ponto preocupante foi que a paciente falou de seu interesse pelo tio de Ronaldo, aquele da família japonesa. Este tio tinha 32 anos e a convidou para escalar montanha no Parque das Mangabeiras. Perguntei o que ela achava que ele queria com ela e ela respondeu naturalmente: “só sexo, mas eu sou virgem”. E disse que a mãe havia dito a ela que ele só queria sexo. Ainda assim, a paciente parecia não perceber nenhum “perigo”. A impressão que eu tinha era de que ela estava muito vulnerável, sua sexualidade ultimamente parecia mais exacerbada (ela vinha falando muito em sexo) e, ao mesmo tempo, ela parecia não ter crítica para identificar situações de risco. Mais uma vez, chamava a atenção o fato de ela não se angustiar diante do que José representava. A mãe vinha sendo muito negligente, mas, ao mesmo tempo, Luiza demonstrava uma dependência afetiva muito grande com relação à mãe.

Esse caso esbarrou em diversos impasses e foi amplamente discutido, ora em uma jornada internacional da Psicologia, ora em supervisões do serviço e até numa mesa de Psicanálise e Direito. Luiza saiu do risco iminente de morte, conseguiu recuperar seu peso ao longo do tratamento. Ao mesmo tempo, era possível perceber sua fragilidade e

vulnerabilidade. Dúvidas foram levantadas com relação à veracidade dos fatos e, de fato, contrapondo a fala da mãe, do pai e da paciente, era como se eu estivesse diante de um quebra-cabeças insolúvel. Diante disso, minha estratégia foi não usar de qualquer julgamento de valor e abrir espaço para um sujeito que não está preso a ideias de certo ou errado, de verdade ou mentira – o sujeito do inconsciente. Foi a partir da construção do que vem a ser uma grande mulher, do que isso representava para Luiza, que ela conseguiu sair da anorexia, sintoma este avassalador para a paciente. Luiza interrompeu as sessões comigo e, tempos depois, soube que ela havia registrado nova queixa contra José. O hospital foi convocado para responder sobre a “veracidade” de seu relato. Ficou bem claro, para mim, que o objeto da Psicanálise está na contramão do objeto do Direito, que se preocupa com a legitimidade dos fatos. Para a Psicanálise, qualquer fala do sujeito, verdadeira ou não, é legítima. Interessa-nos justamente o ponto em que o saber faz falha. É aí que se localiza o ato.

3.7 - Caso Regina

Regina (35), mãe de 7 filhos internou com seu bebê, Guilherme, oitavo filho, único filho que não do mesmo pai. Guilherme tinha Síndrome de Down e teve diagnosticado nos primeiros dias de vida uma leucemia transitória, que respondeu com a quimioterapia. Porém, esse processo vivido por Regina fez com que seu vínculo com a criança fosse fortemente abalado. Ela se referia a seu bebê como um brinquedo na vitrine que ela queria muito, mas que não era seu. Ao longo dos atendimentos comigo, fui pontuando para Regina as reações de seu bebê ao tratamento ou até mesmo diante dela: ele a buscava com o olhar. A cada dia que se passava, o vínculo ia se fortalecendo um pouco mais. Em um dos atendimentos, a mãe queixou-se de estar vivendo demais o Guilherme e estar sem perspectiva para o que iria fazer de sua vida. Não pensava em um novo relacionamento, não tinha planos profissionais, enxergava-se apenas cuidando dos filhos. Nesse atendimento, fiz uma intervenção muito pontual: levei-a a pensar o quanto ela já tinha vivido e o quanto era perfeitamente possível que ela vivesse o dobro disso. Também ressalté o quanto a achava articulada e inteligente. O efeito dessa intervenção pôde ser colhido aproximadamente uma semana depois, em outro atendimento: Regina disse que após esse atendimento percebeu que aquele brinquedo que ela tanto queria só dependia dela para que ela pudesse ter a posse dele, pois ele já havia feito a sua parte. Também disse que tinha decidido voltar a estudar no ano seguinte e tirar carteira de

motorista. Passou a fazer planos para participar da educação de Guilherme e ajudar pessoas com necessidades especiais. Nesse sentido, pude constatar que houve ali um ato, no sentido de que a mãe pôde livrar-se de significantes mestres aos quais estava alienada: de que estava velha, de que não adiantava investir mais em nada; ela pôde perceber que ainda havia muita vida pela frente e que ela poderia seguir a partir de então transformada. Ao trabalhar seus fantasmas, Regina teve condições de olhar seu bebê, de modo que ele pudesse se perceber preocupado. A partir desse ponto, Guilherme passou a produzir respostas para a mãe, que agora conseguia reconhecer todo o seu esforço em se recuperar de uma enfermidade e um esforço ainda maior para sair do assujeitamento.

3.8 - Caso Geovana

Geovana, 10 anos, foi internada na pediatria após diagnóstico de uma recidiva de leucemia. Tratava desde os oito anos de idade. Na ocasião do primeiro tratamento, fiz dois contatos com a paciente, que não dizia sequer uma palavra. A equipe questionava se tratava-se de uma depressão, mas, em entrevista com a mãe, Delba, esta explicava que Geovana conversava normalmente com ela e o pai, assumindo essa postura mais tímida na escola e no hospital. Cheguei a levá-la em minha sala. Ela foi por espontânea vontade, mas não disse sequer uma palavra. Solicitei que ela escolhesse um brinquedo e ela não fez o menor gesto, mantendo-se em silêncio.

Na ocasião da recidiva, a equipe me solicitou novamente com os mesmos questionamentos. Antes de atendê-la, fiz algumas entrevistas com a mãe. Investiguei a possibilidade de um abuso ou qualquer evento que possa ter sido traumático, mas não encontrei nenhum indício para minha hipótese. Delba deixou claro que esse comportamento de Geovana era anterior ao tratamento e disse que também tinha sido uma criança muito tímida. Geovana era filha única, mas Delba havia assumido os cuidados do irmão do marido, ainda criança, com o qual ela não se relacionava bem. Não entrou em maiores detalhes sobre essa relação, mas duvidava que a timidez de Geovana tivesse alguma relação com esse tio. Delba comentou que a filha não questionava sobre o tratamento, mas chorou quando soube da recidiva.

Fiz várias corridas de leito, em que Geovana não respondia sequer ao meu cumprimento. Convidei-a, então, a ir até a sala de ludoterapia e ela aceitou prontamente, mas

sem dizer uma palavra. Ao chegar na sala, solicitei que ela escolhesse uma brincadeira e ela não o fez. Decidi, então, dar o primeiro passo por ela. Sentei-a numa mesinha e coloquei na mesa um hospitalzinho do Play Mobil. Perguntei: “Será que você sabe montar um hospital parecido com um hospital de verdade?”. Nesse momento, Geovana me responde com a atitude de começar a montar o hospitalzinho. Começou pela enfermaria, colocando dois leitos, um móvel com uma televisão em cima, disposta de modo que quem estivesse deitado na cama poderia assisti-la. Ainda nessa enfermaria, havia um carrinho para distribuição de lanches e uma mesa com uma cadeira. Era quase uma representação fiel da enfermaria daquela pediatria. Fez um bloco cirúrgico, com uma menina deitada na mesa do bloco, uma iluminação especial para permitir maior visibilidade na mesa do bloco e dois profissionais em torno da menina. Questiono quem são aqueles e ela responde: “Um é o médico e o outro é enfermeiro” (sic). Interrogo se ela conhecia o bloco cirúrgico e o que havia feito lá e ela respondeu: “Mielograma e punção” (sic). Logo na saída do bloco, uma maca. Atrás do biombo, ela pegou uma xícara de um tamanho proporcionalmente bem maior que o do jogo de Play Mobil, virou do avesso e fez de banco, para um boneco do Play Mobil, que se sentava do lado de fora do bloco cirúrgico, voltado para aquela direção. Perguntei quem era aquele e ela disse que era “o pai”. A situação que ela retratava era fiel ao percurso da enfermaria ao bloco cirúrgico. A vivência dos pais, que ficam numa sala de espera ao lado do bloco, também estava representada ali. Naquele jogo, Geovana projetava várias posições possíveis: a do médico, do enfermeiro, do pai e da paciente. Intuitivamente, tirei do jaleco meu celular e perguntei a ela se poderia fotografar sua brincadeira. Ela balançou com a cabeça que sim. Fiz as fotos, comentei como se pareciam com um hospital de verdade e ela quis ver mais de uma vez. Disse à ela: “O que você fez aqui é muito parecido com o que você está vivendo”. Disse a ela que percebia sua dificuldade em falar disso e disse ainda que, se ela tinha dúvidas, questionamentos com relação ao tratamento, que poderia pedir à sua mãe que perguntasse aos médicos suas dúvidas, para que ela pudesse escutar deles o que lhe dizia respeito. E disse ainda: “Algumas coisas no tratamento você não pode escolher, mas aqui você pode. Da próxima vez não escolherei sua brincadeira. Deixarei que você o faça”.

Soube, através da mãe, que Geovana contou toda a brincadeira para a mãe e mencionou as fotos com entusiasmo. Ainda que Geovana não tivesse conseguido falar muito comigo, de alguma forma consegui fazer com que os significantes que retratavam suas vivências no hospital circulassem. E isso não é pouca coisa. Já no segundo atendimento, Geovana escolheu do que queria brincar, verbalizando que queria aquele brinquedo. Fiz

contato com uma colega de trabalho, que se dispôs a atender a paciente semanalmente no ambulatório do hospital. Foi preciso dar um primeiro passo para que Geovana caminhasse.

3.9 - Caso Sônia

Sônia ficou internada com sua bebê, Gabriela, desde o nascimento desta, por um ano. Gabriela nasceu com uma cardiopatia grave e um prognóstico muito reservado. Ao longo da internação, foi submetida a inúmeras cirurgias e, pela gravidade de seu quadro clínico, Sônia foi advertida inúmeras vezes de que poderia perder sua bebê.

Sônia foi acompanhada por mim desde o início. Chegavam demandas de todos os lugares por parte da equipe para que eu atendesse a mãe. Quase sempre essas demandas se davam no intuito de que eu fizesse algo para que Sônia parasse de questionar tanto a equipe. Gabriela havia sido internada com mandato de segurança. Quando isso acontece, o hospital é obrigado a receber o paciente, mesmo com a alegação de que não há vaga disponível.

O cuidado que se deve tomar diante da demanda da equipe é o de não tomá-la como uma verdade ou como o que deve ser feito. Ainda que o pedido da equipe seja congruente com o que de fato ocorre, o trabalho do analista não se dá no sentido de enquadrar ou apontar o que é certo ou errado. Cada profissional lida de uma forma diferente com essas demandas. Tenho preferido não questioná-las com a equipe, no sentido de tentar mostrar que aquele não é o trabalho que me disponho a fazer. Penso que essa postura inibiria a equipe de solicitar atendimentos à Psicologia. A maioria dos profissionais não tem clareza, de fato, do que vem a ser a proposta de um analista em um hospital. Prefiro tomar a demanda tal qual ela é formulada, levá-la em consideração como um dado clínico, mas não fazer dela a direção do tratamento. E isso tem funcionado.

No atendimento à Sônia, pude perceber que, de fato, ela questionava muito os procedimentos da equipe, principalmente algumas falhas da enfermagem. Não entrei no mérito dessas questões. Interessava-me sua história, que talvez pudesse apontar elementos para essa sua postura.

Ao longo de um ano e uma transferência estabelecida comigo, Sônia foi revelando conteúdos de sua história. Era uma mulher muito esclarecida, inteligente, trabalhadora. O pai de Gabriela era um usuário de drogas, que ela havia conhecido entre amigos com quem costumava cheirar cocaína (Sônia o fazia aos finais de semana, sem que a família soubesse).

Sentia vergonha de ter engravidado daquela pessoa e, por isso, decidiu não revelar para a família e nem para o pai da criança. Questionou se o uso de cocaína, ao longo da gestação, poderia ter provocado a cardiopatia de sua filha. Gabriela tinha Síndrome de Down e é comum nesses casos algumas cardiopatias. Perguntei à mãe se ela gostaria de tirar essa dúvida com a médica e ela quis saber. Convoquei a médica do CTI para falar disso com a mãe e essa médica explicou-lhe que, de fato, a Síndrome de Down não explicava o tipo de cardiopatia de Gabriela e que a má formação poderia ter sido causada pelo uso da cocaína.

O sentimento de culpa de Sônia se refletia em seu empenho desmedido em cobrar intervenções com sua filha e permitir que ela superasse várias expectativas médicas. Não intervi nesse ponto, primeiro, porque a mãe era muito esclarecida e tinha razão no tipo de cobrança que fazia; segundo, porque sabia que essa sua atividade tinha uma função em sua vida psíquica – ela tinha que fazer algo para compensar o dano causado.

Um dia fui chamada para atendê-la, por ela estar questionando muito a equipe de enfermagem. Encontrei-a nervosa, chorando muito. Ela havia passado uns dias em casa. Disse que perdeu a cabeça e deu um tapa na cara do pai. Perguntei o que havia acontecido e ela disse que o pai havia mostrado o pênis para sua irmã e seu filho de doze anos havia presenciado a cena. Isso a remeteu à sua adolescência. Disse que quando seu corpo começou a desenvolver o pai tentou abusá-la, assim como o tentou com suas irmãs. No entanto, Sônia *não ficou calada* e contou para sua mãe. A mãe de Sônia, por sua vez, disse não acreditar nela, o que fez com que Sônia saísse de casa. Nesse momento, foi acolhida por usuários de droga e passou a frequentar esse meio, mesmo depois de voltar para casa. Disse que lá eles diziam: “Ninguém encosta na Sônia, que ela é moça de família!” – encontrara nesse lugar o respeito que não tinha em casa. Ao falar disso, Sônia pôde também localizar o significante que a ligava à droga – respeito. Falou da repercussão na família, nessa época, sobre o uso de drogas. Sônia parou por um tempo de cheirar cocaína e, para sua família, ela nunca mais usou. Marquei para ela o significante ao qual a droga estava ligado e também apontei o que, talvez por sua história com seu pai, ela *não quisesse ficar calada* com relação às intervenções em Gabriela.

Gabriela teve alta após um ano no hospital. Superou todas as expectativas médicas, embora tenha ido para casa dependente de oxigênio. Em visita, no programa de atenção domiciliar do qual faço parte, pude perceber como mãe e filha estão bem. Embora Gabriela seja muito dependente de Sônia, a mãe tem conseguido estratégias para sair um pouco e faz planos de terminar seu curso de graduação, o que conseguirá fazer em um semestre.

Quando o sujeito está sob transferência, ele se entrega ao inconsciente e começa a associar livremente, o que provoca a vacilação de suas identificações. Para Sônia, entregar-se à associação livre, que ocorreu em alguns momentos devido à internação prolongada e meu acompanhamento contínuo, permitiu que ela localizasse o lugar da droga em sua vida, qual era sua função, além de ter permitido que ela construísse seu lugar de mãe para uma criança que antes ela chegou a rejeitar.

Vale lembrar que o sujeito não é só pulsão, é também narcisismo, é o esforço para articular-se numa realidade psíquica que é nodulação RSI. A psicanálise no hospital talvez implique em um caso particular que nada tem de tratamento padrão, mas de sustentar a abordagem da angústia por meios simbólicos, ouvi-la e nela incidir. Ao torná-la partilhável, estabelecendo-lhe um destinatário, permite sustentar a pulsação inconsciente.

CONCLUSÃO

Verificou-se, nos últimos anos, a crescente demanda por psicólogos nas equipes clínicas de instituições hospitalares. Muitas vezes nomeada como ajuda samaritana, a função do psicólogo foi estabelecida normalmente como a de coadjuvante complementar da ação médica, objetivando a humanização das práticas hospitalares, especialmente amortecendo e intermediando a relação médico-paciente. Entretanto, a constatação das incidências do inconsciente nos processos saúde-doença intimou a problematização desta função, pois as práticas atestaram o vácuo existente entre o que os sujeitos sustêm como pacientes da terapêutica médica e como agentes de seu próprio ser. Enquanto o tratamento está voltado ao re-estabelecimento do organismo preconizado pelo saber médico, a incidência subjetiva manifesta-se no tratamento, com força suficiente para neutralizá-lo ou mesmo obstaculizá-lo. Ali age um outro saber, singular, e que não sabe de si, produzindo efeitos nas condições de morbidade, a despeito das prescrições e das consciências.

Por isso, a presença do psicanalista nas instituições hospitalares ganhou preponderância, sendo cada vez mais constante. Longe de se configurar como uma prática transposta diretamente das condições e implicações do exercício de uma psicanálise, a especificidade do encontro do psicanalista com sujeitos constringidos pela falência orgânica e pela submissão a terapêuticas médico-hospitalares exige dar suas razões. Interrogar sobre esse fazer tornou-se emergencial. Além disso, assim como em cada caso clínico deve-se levar em conta a particularidade do sujeito, que é único, cada instituição e, mais ainda, cada setor dessa instituição, obviamente conserva características próprias.

É com esta perspectiva que o presente trabalho concentrou-se na atuação do psicanalista na Pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Tal atuação foi problematizada em questões que poderiam se desdobrar assim: Qual o lugar do analista neste hospital? Como ele distingue a demanda do paciente e como se posiciona diante da demanda do médico, uma vez que há uma diferença radical entre o sintoma do qual trata a Medicina e aquele que é tratado pela Psicanálise? Pode-se afirmar que a atuação do psicanalista em um hospital tem estatuto de ato?

No esforço de responder a essas questões, que podem ser sobretudo sintetizadas na interrogação se há ato analítico no hospital, recorreremos a discussões sobre esse fazer. Procuramos abordar o contexto de uma criança internada nas condições do HC, bem como localizar o que Lacan chamou de ato e o processo que o envolvia, no seminário proferido

especificamente sobre o ato psicanalítico. Recorremos, ainda, a duas autoras que fizeram sua leitura sobre o seminário do ato: Graciela Brodsky, em seu livro *Short Story – os princípios do ato analítico*, e Mônica Lima, em sua tese de doutorado intitulada *Da interpretação ao ato analítico*. Por fim, foram expostos alguns casos clínicos atendidos ao longo desta pesquisa, no intuito de verificar se naquelas atuações caberia falar em ato analítico ou se tratar-se-ia de outra coisa.

Obviamente, a formalização do percurso do que pode ocorrer em uma análise foi pensada para aqueles processos de análise que se dariam nas condições normais do tratamento padrão que implicam, entre outras coisas, na criação de uma situação artificial formalizada e estabelecida diretamente entre analisante e analista, a partir da demanda do primeiro e com a aceitação do segundo em entrevistas preliminares, além das regras fundamentais ditas da associação livre e da atenção flutuante.

Interessa, entretanto, notar que muito mais do que o contexto ou as regras, a relação entre teoria e clínica operam, na psicanálise, sobre uma perspectiva não normatizante. Pelo contrário, em sua singularidade, a clínica interroga o que há de universalizante na teoria. Sabemos que a teoria não consegue abranger as diversidades e singularidades dos sujeitos. Por isso, cada caso pode fazer com que a teoria avance um pouco mais.

Importa ressaltar que é por estes motivos que é possível considerar o exercício da psicanálise transportada para outras práticas, como as institucionais, desde que nossa direção não seja a de tentar fazer caber a teoria na prática. O que nos interessa é localizar como, na especificidade do contexto hospitalar, a incidência do inconsciente e de seus invólucros demanda escuta e apela a intervenções propriamente psicanalíticas. Mais ainda, verificar em que pontos as práticas pontuais do analista, que por isso partilha da hipótese do inconsciente, se sustêm comungadas com a teoria, interrogando se e onde estas alcançam direções incompatíveis com o saber da psicanálise.

Como bem exposto por Lacan na metáfora da travessia do Rubicão por César, o que caracteriza o ato é o que ele representa *a posteriori*. O ato jamais é calculado pelo analista e tem relação com um corte, que instala um antes e um depois. O ato implica em uma transformação num modo de operar do sujeito e requer a presença de um Outro que o reconheça, que o signifique. Para que haja ato, é preciso que se vá além do Outro. Para que isso aconteça, então, deve haver um Outro no horizonte. A experiência de uma internação pode ser, em si, transformadora para a criança que a vivencia ou para um de seus familiares. No entanto, falaremos de ato no hospital caso essa transformação tenha se dado a partir da intervenção de um psicanalista, instaurando, assim, um antes e um depois.

O encontro com um analista faz vacilar as identificações imaginárias e simbólicas às quais o sujeito se encontrava colado. Assim, o sujeito espera do analista que este recubra sua falta-a-ser e, à medida em que a transferência vai se estabelecendo, o sujeito deposita no analista, cada vez mais, a ideia de um sujeito suposto-saber. Este é um processo que se dá mesmo no hospital. Não é preciso um longo tempo de análise para que esse processo se desencadeie. Logo, poder-se-ia afirmar que o ato de um analista no hospital toca a falta-a-ser do sujeito, sem a pretensão de resolver essa problemática e muito menos de levar à destituição subjetiva, como proposto para uma análise padrão.

Pelo contrário, o que um analista faz com a falta-a-ser do sujeito em um hospital, muitas vezes, é, no mínimo, não potencializá-la, uma vez que o contexto da criança hospitalizada faz com que o sujeito se depare com um real devastador: o risco iminente de morte, principalmente em crianças, remete à castração dos pais, que são impedidos de terem seus sonhos realizados na figura do filho, e também realça a castração da equipe médica, que se vê confrontada com a problemática do luto e seu difícil manejo, bem como se vê diante de suas limitações técnicas. Invariavelmente esse real precipita a eclosão da angústia.

Embora não se trate de um processo de análise, o trabalho do analista, em um hospital, permite ao sujeito um enlace de seu discurso ao real que se precipita. Sem a possibilidade de simbolizar uma experiência tão devastadora, o sujeito se depara com a angústia. Novos significantes entram em cena e trata-se de fazer com que o sujeito encontre lugar para os mesmos em sua vida. Um cuidado a ser tomado pelo psicanalista é o de não insistir na abertura do inconsciente, como se isso fosse uma regra, por tratar-se de psicanálise. Essa abertura nem sempre é possível, pois pode realçar ainda mais a castração do sujeito, lançando-o no desamparo, por não ter recursos tão imediatos para lidar com tantas perdas. Assim, o ato analítico, em um hospital, pode, por vezes, se situar do na contramão do que Lacan teorizou para um tratamento padrão.

Em um hospital, o analista não deve perseguir os mesmos fins que em uma análise padrão. O psicanalista, no contexto hospitalar, não deve considerar como condição para seu ato, como proposto por Lacan, o encontro com a castração. No momento em que o analista é chamado, esse encontro já se deu, de forma abrupta. O psicanalista fornece as coordenadas simbólicas ao sujeito para que ele atravesse o abismo, sem cair nele. Sua função é sustentá-lo no simbólico. E pode acontecer, ao contrário da direção de uma análise, que a estratégia lançada pelo analista seja reconduzi-lo ao seu ponto de alienação, ao falso-ser, ponto de indentificações imaginárias e simbólicas que podem representar um

porto seguro. O ato do analista em um hospital implica dar tratamento à angústia via simbólico.

O analista, em um hospital, não tem tempo de levar o sujeito a percorrer todo o processo de uma análise. No entanto, nada impede que o analista seja um facilitador para alguns momentos de abertura do inconsciente. O analista pode provocar um efeito de verdade no paciente ou em um familiar, levando à vacilação de um sintoma ou de uma certeza identificatória, que podem ser definitivos no enfrentamento do tratamento como uma forma de amenizar a angústia ou mesmo no fortalecimento do vínculo com um recém-nascido, como exposto em um dos casos clínicos. Também é possível acontecer, conforme nos assinala Lima (2008), de o sujeito procurar o analista por ter sido submetido a um efeito de verdade que tenha levado à vacilação de um sintoma, de uma identificação a um significante mestre. Nesse caso, o sujeito se dirige ao analista para se perguntar sobre sua falta-a-ser. Na prática hospitalar, em que o sujeito se depara com o real, pode-se perceber, em alguns momentos, esse efeito de verdade produzido nos pacientes e nas famílias. O analista, nessas situações, entra como guia de um percurso que só pode ser percorrido pelo sujeito e não há cálculo possível para seu ato. O analista só saberá do efeito de seu ato *a posteriori*.

No caso de Francisco, o jovem com um tumor na face, a partir de uma escuta cuidadosa e da valorização de seu dito foram percebidas mudanças em suas atitudes. O analista respeitou sempre a frequência das sessões, permitindo que ele o determinasse. A partir da escuta de seu desejo, o analista procurou alguns membros da equipe para discutir mudanças possíveis, que deixassem o paciente um pouco mais confortável. Logo, o analista pôde percebê-lo circulando pela enfermaria, física e simbolicamente. Fez laços de amizade, virou um contador de casos engraçados. Esse período foi importante no estabelecimento de um laço para enfrentamento da árdua notícia de que as quimioterapias não funcionaram e não havia mais o que fazer do ponto de vista médico. Porém, do ponto de vista psíquico, Francisco continuou caminhando até o fim, demandando, desejando, mesmo sabendo da realidade de seu prognóstico. Neste caso, o analista teve o cuidado de não fazer intervenções que escancarassem ainda mais sua falta-a-ser, mantendo-o na operação alienação. Ainda que sua imagem pudesse abalar suas referências identificatórias, simbolicamente o paciente manteve-se identificado a seus significantes mestres, muito preso a como ele era antes da doença. O analista percebeu que aquele era um lugar confortável para aquele sujeito e o que se fez foi sustentá-lo naquele lugar, fornecendo elementos para que ele continuasse falando disso. O analista nada sabe do

desejo do sujeito, mas, na medida em que este lhe supõe um saber, e o psicanalista não atende a essa demanda, por não saber, o sujeito se satisfaz na busca do que vem a ser o seu desejo, e é exatamente isso que funcionará como causa de desejo.

A presença do psicanalista no hospital também apresenta sua eficácia em atendimentos únicos e pontuais, como o caso de Carla, a mãe que perdeu sua bebê por ela não ter sido operada a tempo devido a uma obstrução intestinal. A presença do psicanalista antes da paciente vir a óbito representou a oportunidade de a mãe culpabilizar o hospital particular (o que era uma realidade e não uma fantasia da mãe), que falasse de suas fantasias de culpa por não ter dormido um dia no hospital e que pudesse falar de sua hipótese de que a morte da filha seria um castigo contra ela. A intervenção foi a presença e a escuta do psicanalista, inicialmente. No momento em que a família se reuniu para rezar, esse profissional também o fez junto a eles. Não foi preciso mais do que essa presença para que a mãe se pusesse a falar e mudasse um pouco seu discurso: “Deus precisa levá-la... ela está sofrendo muito” (sic). Falou de um sonho, muito angustiada, em que sentia a filha por perto, mas não podia vê-la. Essa fala da mãe foi marcada, ela negou a possibilidade de a filha morrer, mas sabemos, com Freud, que para o inconsciente não há negação. Ao receber a notícia do óbito, a mãe se perguntou como voltaria para casa sem a filha. O psicanalista respondeu-lhe: “Ela estará por perto, sem que possa vê-la”. A mãe enfrentou a situação de modo sereno e com um outro discurso: “Deus vai nos dar força” (sic). Este caso corrobora a incidência do inconsciente e, por isso mesmo, convoca a presença de um psicanalista no hospital por atestar sua eficácia.

Mais um caso de uma intervenção pontual foi a história do peniquinho com o paciente Bruno. Esse caso demonstra quão ligadas as pessoas podem ficar a padronizações, a um ideal. Esperava-se de Bruno que ele usasse o peniquinho para fazer cocô, como normalmente as crianças o fazem, sem questionar. Essa expectativa da equipe e da própria família os tornou incapazes de escutar a argumentação do paciente, que fazia um esforço enorme, por não falar, para comunicar que aquilo estava errado! O psicanalista o encontrou com um garfo amarrado ao peniquinho, jogava o ovo de Páscoa lá dentro, esforçando-se para ser compreendido, sem sucesso. A intervenção desse profissional foi traduzir o que ele se esforçava para dizer e reforçar o seu dito. O psicanalista disse a ele que entendia sua recusa, pois, de fato, aquele peniquinho mais parecia uma panelinha! E buscou um peniquinho que se assemelhava a um vaso sanitário. Essa intervenção, muito simples e pontual, teve dois efeitos interessantes: a reação do paciente, que vibrou de

alegria por ter sido compreendido, e a reação da equipe, que percebeu quão simples seria se tivessem escutado o que o paciente queria dizer.

No caso de Gabriela, o psicanalista pôde colher os efeitos de sua intervenção enquanto desenhava o que ela pedia. Desenhou uma casinha a seu pedido e ela solicitou que ele desenhasse a mamãe e o papai do céu. Desenhou dois anjos no céu e não pôde, *a priori*, calcular o efeito disso para a paciente, que se angustiou, chorou e falou do medo de sua mãe morrer, assim como havia acontecido com seu pai. O psicanalista “consertou” o desenho, rabiscando a mamãe no céu e desenhou sua mamãe ao seu lado e ao lado da casinha. Ao levar a paciente em sua enfermaria, a mãe disse-lhe que o que a paciente chamava de “papai do céu” era seu pai falecido. Logo, se o psicanalista desenhou uma “mamãe do céu” ela associou a imagem à mãe falecida, o que lhe causou profunda angústia. O efeito desse ato, *a posteriori*, foi o seguinte: a paciente pôde falar do medo de que a mãe também morresse e a mãe, por sua vez, falou de seu medo de perder a filha. Antes dessa intervenção ambas eram acompanhadas pelo psicanalista e elas nunca haviam falado disso. *Só depois* de um ato, não calculado, é que elas puderam tocar em seus pontos de angústia. O que caracteriza um ato psicanalítico é justamente isso, seu efeito transformador, colhido *só depois* de uma intervenção que não foi planejada.

O efeito da presença do psicanalista, no caso de Daniel, o adolescente com osteosarcoma que supostamente teria a perna amputada, também foi colhido *a posteriori*, a partir da fala de sua mãe: “Você não resolveu o problema do meu filho, não me fez ter falsas esperanças, mas estive lá quando precisei, era daquilo que eu precisava...” Fica claro, com essa fala da mãe, que na situação de uma doença distingue-se claramente dois tipos de urgência: uma médica e outra psíquica. Dar tratamento à angústia, no sentido de sustentar o sujeito no simbólico diante de um real avassalador, é tão urgente quanto o tratamento da doença física.

No caso de Luiza, a paciente que desenvolveu anorexia nervosa após um abuso, foi possível ir um pouco mais longe, dar mais abertura ao inconsciente, na medida em que ela foi se afastando do risco iminente de morte e recuperando seu peso. Paralelo a isso, o que se deu foi uma construção, da própria paciente, de sua ideia do que vem a ser uma grande mulher. A partir dessa construção, ponto antes vulnerável, a paciente se fortaleceu e começou a questionar o desejo do Outro sobre ela. Passou a questionar o que o Outro queria dela e qual era o seu desejo. A paciente abandonou o tratamento, mas, pelo menos, foi possível retirá-la do risco de morte através do simbólico. O que ela conseguiu avançar, ela não retrocederia.

Regina também pôde avançar, a partir do encontro com o psicanalista. A partir dos encontros, a mãe pôde falar de sua rejeição pelo bebê até que, aos poucos, foi construindo um lugar simbólico para ele em sua vida. Os atendimentos continuaram e a mãe já começou a fazer planos de voltar a estudar, tirar carteira de motorista e trabalhar como voluntária numa escola para crianças especiais. Falava de seu desejo de participar ativamente da educação do filho e ajudar crianças como ele. Um salto foi possível, mas sem que a mãe deixasse de percorrer um longo caminho significativo para, então, ressignificar o lugar do filho para ela.

Há outros casos em que o tempo do qual se dispõe em um hospital limita a ação de um psicanalista, como o caso de Geovana, criança com uma leucemia recidivada e que não dizia uma palavra sequer. Nem por isso o psicanalista deixou de atuar, na expectativa de que ela pudesse falar, demandar, localizar seu desejo. E foi justamente respeitando sua dificuldade em falar, que usou de um outro recurso: a fotografia durante sua brincadeira. Isso teve um efeito, inclusive, de fazer com que ela começasse a falar. Ao chegar a sua enfermaria, narrou toda a brincadeira para a mãe, fazendo circular significantes relacionados à hospitalização e ao tratamento. No segundo atendimento com o psicanalista, já conseguiu escolher a brincadeira. Geovana teve alta e o psicanalista não pôde continuar acompanhando-a, mas fez contato com uma colega, que se dispôs a atendê-la semanalmente. Um avanço foi possível em apenas dois encontros, embora ainda houvesse um longo percurso.

Por fim, apresentamos o caso de Sônia, que retrata uma demanda médica paradigmática: acompanhar aquele paciente que questiona e “incomoda” a equipe. Como discutimos ao longo da dissertação, o psicanalista até pode receber a demanda médica tal qual ela é formulada, mas deve ter o compromisso ético de saber o que fazer com ela. No caso de Sônia, paciente acompanhada por um ano, ela pôde localizar o que esse comportamento questionador tinha a ver com sua história: por ter um pai que abusava das irmãs, nunca aceitou que ele o fizesse com ela e, por questionar, não obteve o apoio da mãe e saiu de casa. Ao sair de casa, começou a usar drogas e encontrou entre os colegas o respeito que não tivera em casa. Essa construção foi fruto de um longo trabalho com a paciente. O psicanalista não agiu sobre seu “sintoma questionador”, como se fosse algo que estivesse errado ou que tivesse que ser mudado. Pelo contrário, tomou o caminho oposto – o de escutá-la para que ela mesma localizasse em que esse sintoma se relacionava com sua história, qual era sua parte nisso.

A partir da exposição dos casos clínicos e dos efeitos colhidos após a intervenção de um psicanalista, algumas considerações devem ser feitas para responder à pergunta: *Há ato analítico em um hospital?*

Uma questão muito elementar deve ser colocada: essas intervenções poderiam ser feitas por um psicólogo ou há algo nesse fazer que seja particular da Psicanálise? Discutimos, ao longo do primeiro capítulo, como difere a demanda que o médico nos faz daquela que realmente identificamos como uma demanda de tratamento. Ainda dentro da demanda médica, destacamos o fato de eles solicitarem a intervenção de um psicólogo¹⁸ e não a de um psicanalista. Uma das características que diferenciam o psicanalista de outros profissionais “psi” é o seu objeto de investigação – o que o interessa é o sujeito do inconsciente. Ainda que em um hospital, muitas vezes, seja importante não escancarar tanto o inconsciente, para proteger o sujeito de um encontro ainda maior e devastador com a castração, o analista não negligencia o inconsciente e seus efeitos e opera com *isso*.

Através dos casos clínicos, constatamos a forte incidência do inconsciente, o que, dessa forma, demanda a presença de um psicanalista. Vimos que, paralelo à doença orgânica, há um adoecimento psíquico que demanda tratamento, até mesmo porque pode obstaculizar ou inviabilizar o tratamento médico.

Se pudermos chamar de ato a intervenção de um psicanalista, capaz de instalar um antes e um depois, ou seja, um efeito transformador no sujeito, poderemos afirmar, a partir da clínica, que isso ocorreu. Mais ainda, se pudermos chamar de ato o reconhecimento desse sujeito de que a presença de um psicanalista fez a diferença, também poderemos constatar que houve ato, mesmo nas condições adversas do hospital. Houve um profissional que mostrou não estar a serviço da ordem médica, mas do sujeito do inconsciente. Esse profissional, ciente de que a condição de hospitalização difere daquela de uma psicanálise padrão, cuidou para que, em alguns casos, apesar da incidência inquestionável do inconsciente, este não fosse descoberto, realçado, para que a falta-a-ser não fosse ainda mais escancarada, haja visto alguns casos em que o real da doença já representa a castração por excelência. Também houve ato ali onde o psicanalista sentiu que poderia dar abertura ao inconsciente e fez com que o sujeito transitasse entre as operações alienação e verdade, num movimento descontínuo, tal qual o tempo do inconsciente. Haverá ato onde houver a presença de um sujeito, um psicanalista, ditos, lapsos, pausas, chistes. O ato se dá exatamente onde há o desejo de um psicanalista,

¹⁸ Há exceções. O serviço conta com alguns médicos psicanalistas, com os quais tenho oportunidade de trabalhar diretamente.

disposto a escutar além da demanda de um sujeito, sustentando-o numa posição desejante. Houve ato nesses casos expostos, que atestaram que a psicanálise no hospital é possível e que a presença de um psicanalista faz diferença para esses sujeitos.

Os limites de uma dissertação de mestrado impediram a continuidade da investigação teórica capaz de avançar sobre outras perspectivas de consideração do ato no próprio percurso lacaniano e sobre outros interlocutores que também abordam e problematizam a intervenção do analista em condições particulares. Entretanto, a elaboração da dissertação permitiu constatar a possibilidade de demarcação do lugar do analista nesse campo, além da possibilidade de ampliar o debate sobre essa prática. Expô-la agora a contra-argumentos e refutações permitirá o avanço teórico-clínico tão necessário a este campo de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ansermet, F. (2003). *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra-Capa.

Belaga, G. (2004). *La Urgência generalizada – la práctica em el hospital*. Buenos Aires: Praxia Grama.

Bourdieu, P. (1998). Ao leitor. In P. Bourdieu, *A miséria do mundo*. (2a ed.) (pp. 9-13) Petrópolis, RJ: Vozes.

Braceras, D. L. (2006). Las Categorías de “sujeto” em el campo interdisciplinario de la Medicina. In D. L. Braceras, *Psicoanálisis y Oncología (al pie de lo que pasa)*. Buenos Aires: Cooperativas.

Brandão, C. R. (1992). *Diário de campo: a antropologia como alegoria*. São Paulo: Brasiliense.

Brodsky, G. (2004). *Short Story – os princípios do ato analítico*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Dias, M. A. M. (2008). *A clínica do bebê pré-termo e a escuta dos pais: questões para a psicanálise*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Freud, S. (1914/2004). *À Guisa de Introdução ao Narcisismo*. (pp. 95-119). (Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, Vol. 1) Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1917 [1915]/1996). *Luto e Melancolia*. (pp. 245-263).(ESB, Vol. XIV) Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1919/1996). *Uma criança é espancada: uma contribuição ao estudo da origem das perversões sexuais*. (pp. 193-218).(ESB, Vol. XVII) Rio de Janeiro: Imago.

Geller, A. S. (2008). O jogo do jogo. In A. S. Geller & A. Souza (Orgs.), *Psicanálise com crianças, perspectivas teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Hassan, S. E. (1987). Psicanálise e psicofármacos nos discursos prevalentes. In S. E. Hassan, *Pulsional Revista de Psicanálise*. São Paulo: Escuta.

Instantâneo: Palavras e Pílulas – mesa redonda. (2002). Revista dos Institutos Brasileiros de Psicanálise do Campo Freudiano.

Lacan, J. (1957-58/1999). O valor de significação do falo. In J. Lacan, *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente.* . (pp. 261-364). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1960-61/1992). A harmonia médica. In J. Lacan, *O Seminário, livro 8: a transferência.* (pp. 70-82). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1964/2008). Do amor à libido. In J. Lacan, *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* (pp. 183-195). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1964/2008). O sujeito e o outro I: a alienação. In J. Lacan, *O Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* (pp. 199-210). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1964/2008). O sujeito e o outro II: a afânise. In J. Lacan, *O Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* (pp. 211-223). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1964/2008). Em ti mais do que tu. In J. Lacan, *O Seminário. Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* (pp. 255-267). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1966/1996). O lugar da psicanálise na medicina . In *Lacanianana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 328-14.

_____ (1967-68). *O Seminário, livro 15: o ato psicanalítico.* inédito.

_____ (1975). Entrevista à imprensa do Dr. Lacan, Roma, 29 de outubro de 1974. In *Lettres del'École freudienne*, 16, 6-26. (tradução para o português).

_____ (1977). Overture de la section clinique. In *Ornicar?*. Paris.

_____ (1996). Proposição de 9 de outubro de 1967 - sobre o psicanalista da Escola. In *Opção Lacanianana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 17.

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

Laurent, E. (2004). Como engolir a pílula? In *Ornicar?*, De Jacques Lacan a Lewis Carroll. (pp. 32-43). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1997). Alienação e separação I. In R. Feldstein, B. Fink, , & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 31- 41). Rio de Janeiro: Jorge Zahar .

_____ (1997). Alienação e separação II. In R. Feldstein, B. Fink, , & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 42- 51). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

La Sagna, P. Entrevista proferida em Paris, em 13 de setembro de 2008. Sem título. Tradução: Elza Marques Lisboa de Freitas (inédito).

Lima, M. A. C. (2008). *Da interpretação ao ato analítico*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Mathelin, C. (1999). O trabalho com a equipe. In C. Mathelin, *O sorriso da Gioconda: clínica psicanalítica com os bebês prematuros*. Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

Milner, J. C. (1996) O doutrinal de ciência. In J. C. Milner, *A Obra Clara – Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Minayo, M. C. S. (2000). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*. (7ª ed.) São Paulo: Hucitec.

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pundik, Juan (compilador) (2007). *Prozac. Si o No? Indicaciones e Contraindicaciones*. Madri: Filium.

Resolução 196/96. Apresenta as diretrizes regulamentadoras mais abrangentes acerca de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. Recuperado em 08 de novembro,2009,de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003786822005000400013&script=sci_arttext&tlng=pt

Soler, C. (1997). O sujeito e o Outro I. In R. Feldstein, B. Fink, , & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 52-57). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

_____ (1997). O sujeito e o Outro II. In R. Feldstein, B. Fink, , & M. Jaanus, *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. (pp. 58-57). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Vorcaro, A. (1999). A transferência na clínica com crianças. In A. Vorcaro, *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. (pp. 59-103). Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

_____ (1999). Da holófrase e seus destinos. In A. Vorcaro, *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. (pp. 19-58). Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

_____ (1999). Sobre a clínica interdisciplinar. In A. Vorcaro, *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. (pp. 105-116). Rio de Janeiro: Cia. de Freud.

T E R M O D E C O N S E N T I M E N T O L I V R E
E E S C L A R E C I D O

“PSICANÁLISE E HOSPITAL: HÁ ATO ANALÍTICO?”

Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada

Srs. Pais ou responsáveis:

Vocês e/ou seu filho (a) foram convidados para participar de um estudo sobre a atuação do psicólogo psicanalista na pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Nosso interesse é descrever alguns momentos dos atendimentos com o objetivo de demonstrar como é realizado o trabalho do psicólogo psicanalista no hospital, em seus atendimentos às crianças internadas e seus familiares. Esse estudo pretende apontar a diferença do trabalho do psicanalista, comparado ao trabalho de outros profissionais no hospital, marcando quais são os efeitos desses atendimentos sobre os pacientes. Esta pesquisa é promovida pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG e apoiada pelo Hospital das Clínicas da UFMG.

Essa pesquisa poderá contribuir para a delimitação do trabalho do psicanalista na pediatria de um hospital geral. Para isto, as crianças e adolescentes, cujos pais autorizarem, e/ou familiares, participarão voluntariamente, de atendimentos psicológicos no leito ou na sala de ludoterapia. Há um pequeno risco de que algumas situações conflituosas e angustiantes possam ser acentuadas, uma vez que o próprio processo de internação prolongada e gravidade da doença podem desencadear tais reações, que serão cuidadosamente manejadas ao longo dos atendimentos. A participação será voluntária e não haverá qualquer tipo de pagamento pela participação na pesquisa, e fica garantido a sua retirada do mesmo caso seja do interesse do participante. Caso você não permita a sua participação e/ou de seu filho (a) na pesquisa, você não será penalizado de maneira alguma e não haverá nenhuma mudança nos cuidados que o hospital oferece a ele(a).

Os resultados da pesquisa serão utilizados para um trabalho que será apresentado na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas e outros profissionais interessados. Este trabalho deverá também ser publicado em revista especializada. Neste trabalho, o seu nome e/ou de seu filho não será divulgado, sendo garantido o total sigilo das informações obtidas e todos os demais requisitos éticos, de acordo com a Resolução n.º 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que você tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com a pesquisadoras Arlêta Carvalho (9996-2999), na pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG ou Ângela Vorcaro (8807-4159), na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Por isso necessitamos da sua autorização, por escrito, para que você e/ou seu filho possa (possam) participar dos atendimentos, sendo que todos os procedimentos serão gratuitos.

CONSENTIMENTO:

Belo Horizonte, ____/____/____

Eu, _____, representante legal de _____, li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer as dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o meu consentimento de que meu filho participe da pesquisa até que eu decida o contrário.

Eu, _____, li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o meu consentimento em participar da pesquisa até que eu decida o contrário.