

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O QUE É POSSÍVEL A UM PSICANALISTA NUMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR?**

Sobre a psicanálise e o hospital geral

**MAIRA DOMINATO ROSSI**

Orientador: **Prof. Dr. Paulo Vidal**

NITERÓI

2016

MAIRA DOMINATO ROSSI

O QUE É POSSÍVEL A UM PSICANALISTA NUMA INTERNAÇÃO HOSPITALAR?

Sobre a psicanálise e o hospital geral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Clínica, Política e Exclusão Social.

Orientador: **Prof. Dr. Paulo Vidal**

NITERÓI

2016

(espaço para ficha catalográfica – apagar na hora de imprimir)

Fazer a ficha catalográfica na biblioteca do gragoatá, tirar cópia e inseri-la nessa página.

MAIRA DOMINATO ROSSI

O que é possível a um psicanalista numa internação hospitalar?  
Sobre a psicanálise e o hospital geral.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. PAULO EDUARDO VIANA VIDAL  
UFF  
(Orientador)

---

Prof. Dr. PAULO ROBERTO MATTOS DA SILVA  
HUAP/UFF

---

Prof. Dr. MARCUS ANDRÉ VIEIRA  
PUC-RJ

---

Prof. Dr.<sup>a</sup> PAULA LAND CURI  
UFF  
(Suplente)

## RESUMO

Esta pesquisa procurou investigar o encontro entre psicanálise e hospital geral, no âmbito da internação hospitalar e das demandas que daí advém, levando-se em conta o campo aberto à psicologia como recorte proveniente do mercado de trabalho. Este propósito exigiu, primeiramente, que se abordasse o relacionamento entre a psicanálise e a medicina em suas contiguidades e divergências, tendo como norte as questões propostas por Freud desde das primeiras concepções da sua prática que, na visão deste trabalho, nasce, justamente, num confim do saber médico. Aprofundamos nosso entendimento sobre o percurso percorrido pela psicanálise dentro da instituição hospitalar, tendo em conta os enlaçamentos fortuitos entre esta, a psicologia e a medicina. Da mesma maneira, definiu-se melhor os contornos mais relevantes da prática psicanalítica, sobretudo com base no aporte teórico proposto por J. Lacan em sua retomada dos princípios freudianos, especificando seus traços mais característicos e permitindo compreender as possibilidades de um agir psicanalítico dentro da internação hospitalar. Essas escolhas propiciaram o exame de alguns casos clínicos específicos do campo em foco. As concepções psicanalíticas de saber, sujeito, corpo, e gozo, foram os vetores principais sobre os quais essa pesquisa se apoiou para constatar que a existência de um agir orientado pela psicanálise opera numa lógica distinta da sistematizada pela medicina operando de forma contingente ao saber sistematizado e catalogar. Nas falhas e furos. No descompasso entre saber e verdade.

Palavras-Chaves: Psicanálise, Lacan, Hospital Geral, Internação.

## ABSTRACT

This research investigates the encounter between psychoanalysis and general hospital within the inpatients, taking into account the labor field open to psychology. This purpose required a discussion of the relationship between psychoanalysis and medicine in their proximities and differences, taking as a direction the questions proposed by Freud from the first conceptions of his practice born precisely in a abutment of medical knowledge. For this purpose, we deepen our understanding of the path traversed by psychoanalysis in the hospital, taking into account the random encounters between it, psychology and medicine. Likewise, it was best defined the most important contours of psychoanalytic practice, especially based on the theoretical framework proposed by Jacques Lacan in his resumption of freudian principles, specifying its most characteristic features and allowing us to understand the possibilities of a psychoanalytic practice within hospitalization. These choices led to the examination of specific clinical cases of the field in focus. Psychoanalytic conceptions of *knowledge*, *the subject*, *the body*, and *jouissance* were the main vectors on which this research was supported to find that the existence of a practice based on psychoanalysis operates in a distinct logic from that systematized by medicine without characterize itself as a contradiction of it, but operating where this organized knowledge does not reach. In the flaws and holes. In the gap between knowledge and truth.

Key words: Psychoanalysis, Lacan, General Hospital, Hospitalization

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus seu amor, paciência e benignidade. Agradeço à família sempre perto. Agradeço ao amor que Deus pôs na terra pra mim, meu marido. Ser sem o qual este trabalho jamais teria se concluído.

Agradeço, especialmente, aos professores que inspiram e que nos permitem escolher as direções do caminho com interesse e dedicação. Com transferência.

E assim, deixo minha gratidão ao prof. Paulo Vidal, pela orientação delicada e atenta, ao professores que compuseram a banca de qualificação, pelo acolhimento e direcionamento importante para o que aqui se desenvolveu.

Agradeço à supervisão cuidadosa que em momento crucial soube direcionar, aconselhar.

E por fim, agradeço aos amigos de trajetória, que dividiram angústias e conquistas que torceram e trocaram, que se preocuparam e compartilharam. Sou muito grata pelos bons encontros.

*“Ao persistirem os médicos os sintomas devem ser consultados”  
Tom Zé.*

## Sumário

Introdução .....	10
Capítulo 1: A psicanálise no hospital geral, um contexto e sua história.....	14
1.1 – Contexto e questão. ....	14
1.2 –A Psicanálise e suas interlocuções .....	21
1.3 – Psicanálise no Hospital Geral: esboço de um percurso nacional. ....	25
1.4 – Após 3 tempos.....	33
Capítulo 2: Qual é o saber que está em jogo? .....	38
2.1 – Psicanálise: clínica e pesquisa.....	38
2.2 - Entre saber e verdade. ....	41
2.3 – O estatuto do corpo .....	49
2.4 – O corpo e o Gozo .....	55
Capítulo 3: Sobre um ofício... ..	61
3.1 – Lugar e função. ....	61
3.2 – Multiuso. ....	69
3.3 - Incurável no existir... ..	72
Conclusão.....	74
Bibliografia .....	77

# Introdução

A escolha do tema e do campo sobre os quais desenvolver essa pesquisa foi fruto de um percurso individual que teve início na graduação e se expandiu e aprofundou ao longo dos anos. A psicanálise e o hospital vieram a se configurar como uma imbricação inevitável de campo de trabalho, conforme o percurso idiossincrático das escolhas e outras vicissitudes da vida acadêmica. Assim, desde sempre, desde que esse encontro ocorreu, inúmeras questões abordadas no corpo desta pesquisa vieram a fazer parte tanto da prática pessoal quanto do campo de atuação em questão, gerando uma inquietação que foi a principal propulsora do que aqui se desenvolveu.

O primeiro contato com a psicanálise dentro da internação de um grande hospital foi vinculado à graduação de psicologia sob a forma de um curso/estágio. Este se deu no campo da Psicossomática e Psicologia Médica - nome oficial do serviço hospitalar que ministrava tal curso/estágio - que funcionava dentro da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Depois desta primeira experiência, outras foram compondo o mosaico de encontros teóricos e práticas possíveis dentro de um hospital, ou ainda, mais especificamente, diante do adoecer orgânico - se assim se pode discriminar o que ocorre ao doente internado.

Concomitantemente, os laços de interesse, de estudo e de referência foram se estreitando com uma orientação teórica bem específica dentro do campo analítico, desde o período universitário até a inserção profissional no mercado de trabalho. Assim, após a graduação universitária a busca por uma formação mais específica e aprofundada em psicanálise se tornou o próximo passo para uma profissional que queria trabalhar sob essa orientação teórica e prática. A partir dessa escolha formativa foi inevitável o encontro com uma ambiguidade estrutural ao campo de trabalho: diante de uma vaga oferecida ao psicólogo, assume, por concurso público, uma psicanalista (em formação).

Há aí um emaranhado de questões que fizeram fomentar profundamente a implicação desta pesquisadora tanto na pesquisa aqui desenvolvida quanto na formação analítica, na análise pessoal e em supervisão clínica dos casos atendidos na instituição. E, dessa forma, se torna impossível pensar a prática pessoal dentro do hospital sem a interseção desses três fatores, ou seja, ela não seria possível sem a série: formação, supervisão e análise individual. Ao nosso ver, o que sustenta um trabalho orientado pela psicanálise dentro de uma instituição como o hospital é ter como alicerce esse tripé de forma bem conjugada.

Apesar da experiência individual no campo escolhido, foi opção desta pesquisa realizar-se com base em material bibliográfico que pôde ser recolhido a partir de publicações referentes a experiências de outros psicanalistas com o dispositivo em questão – que, no recorte adotado, se limita ao âmbito da internação de um hospital geral, em seu sentido *lato* e não *strictu*. Ou seja, a delimitação escolhida para se executar esta investigação foi a de pensar a presença de um fazer: a clínica psicanalítica; e a operação de uma função: o psicanalista. Sem se ater a um hospital específico ou a uma internação determinada.

Isto posto, a pesquisa se propôs a pensar uma prática que, orientada pela psicanálise, opere dentro da internação hospitalar com toda a problemática que esse encontro pode abranger. O foco principal foi a atuação dos psicólogos que referenciam seu trabalho pela orientação teórica baseada nos estudos e ensinamentos de J. Lacan.

Essa pesquisa se subdivide em três capítulos, organizados da seguinte maneira.

O primeiro capítulo, *A psicanálise no hospital geral: um contexto e sua história*, delimita, de forma resumida, o campo de investigação como sendo o da psicanálise fora dos consultórios e, no caso específico dessa pesquisa, dentro da internação hospitalar. A organização deste capítulo se desdobra em outras quatro partes, onde, primeiramente, se situa historicamente a influência da psicanálise desde sua origem, marcando o corte fundamental que esta inaugurou enquanto um discurso que emerge dentro do campo da clínica médica. A partir daí, indica-se a importância que a tese de que psicanálise opera como uma ruptura discursiva tem para o entendimento que esta pesquisa busca da questão proposta. Entretanto, tenta-se pensar a psicanálise, em relação ao objeto de estudos delimitado, como um confirm mais do que como uma oposição a medicina.

O texto converge para a defesa de que o corpo pulsional e o organismo são coincidentes, logo tanto psicanálise quanto medicina estão operando sobre o mesmo corpo biológico. No entanto, o registro e a prática, de onde partem e o que propõem, operam a partir de lógicas distintas que podem operar de maneira complementar numa internação hospitalar.

O segundo capítulo, *Qual é o saber que está em jogo?*, explora, assim, a distinção apontada no capítulo anterior onde se marca a diferença entre o *modus operandi* da psicanálise e da medicina. Além disso, investiga a relação que cada uma estabelece com a produção do saber e seu uso. Retoma-se, então, alguns pontos para aprofundar e situar os pressupostos a partir dos quais a psicanálise se autoriza no espaço da internação e dentro do hospital, com base no desenvolvimento da tese de que onde o saber médico-científico encontra um limite, onde ele caduca, a psicanálise se coloca como um modo outro de operar com o saber e com o sujeito.

Por consequência, somos, então, guiados a contextualizar o sujeito da psicanálise: sujeito do inconsciente. Dessa forma, seguindo a proposta de Lacan, estrutura-se a argumentação que defende que o sujeito excluído da ciência é o sujeito incluído da psicanálise. Ele é uma operação lógica da linguagem, e não uma constância do ser. É o sujeito do *cogito*, do penso logo existo, que não entra na cena científica em sua subjetividade, em sua dimensão de inapreensível, onde saber e verdade não se encontram. A partir desse ponto, a dimensão inconsciente passa a ser entendida como uma cisão que a linguagem opera no ser e que o funda desde sua origem.

Para pensar a interlocução entre doente, médico e psicanalista no âmbito da internação hospitalar, entretanto, torna-se premente situar também o corpo em sua concepção de *mal-entendido* da linguagem. Pois é aí, no espaço hospitalar da internação, que o corpo se faz protagonista de todas as agruras do sujeito. No entanto, percebeu-se que para se falar de corpo em psicanálise é importante que se fale também sobre o conceito lacaniano de gozo. Assim, buscou-se, ainda, pensar a dimensão corporal a partir do conceito de gozo, tendo como fio condutor a definição de Lacan de que *o corpo goza*, de que ele é *feito de gozo*.

O terceiro e último capítulo se debruça sobre o campo em questão para fazer a interlocução entre o desenvolvimento teórico e a prática efetiva de quem manda notícias *Sobre um ofício...* (nome escolhido para o título), que se estabelece de forma precária e artesanal na realidade hospitalar. Quais possibilidades se instauram nesse espaço para um fazer como a psicanálise serão os pontos sobre os quais procurou-se lançar luz com o artifício da apresentação de casos clínicos. Utilizamos, dessarte, casos encontrados na literatura psicanalítica para abordar os conceitos até então explorados.

Ante a irrupção de um real, trazido pela doença, pela destituição que a internação pode provocar, pela manipulação do corpo à qual se está submetido dentro deste espaço, quando o suportável se transforma num *impossível de suportar*. Seja para quem quer que seja. Pois, o sujeito não se limita ao paciente doente. Um psicanalista deverá ser aquele que estará atento à irrupção que

um sujeito representa para recolocar a dimensão da demanda diante da responsabilidade e da posição subjetiva de cada um. Daí ser possível intervir com os pacientes internados, com a equipe, com o doente, com os familiares etc.

Por fim, lançamos a proposta de pensar que, para além das relações com o sujeito, há uma dimensão de existência que não pode ser “curada”. Uma dimensão de gozo, que força sempre algo do organismo e do ser, e que permanece como um ponto cego. Essa perspectiva conclui este trabalho acrescentando um novo conceito: o sintoma apostando que a partir desse ponto a reflexão possa prosseguir no mais além dessas páginas.

# Capítulo 1: A psicanálise no hospital geral, um contexto e sua história

## 1.1 – Contexto e questão.

A pesquisa que aqui se apresenta pretende investigar um dos campos de atuação da psicanálise exercida fora dos consultórios psicanalíticos: o Hospital Geral. Mais precisamente, serão apontados os desafios teóricos resultantes do trabalho de um psicanalista com pacientes internados em um hospital, sob os cuidados de uma equipe multidisciplinar de saúde e como alvo de intervenções médicas que visam, em sua maior parte, o restabelecimento do estado hígido desses pacientes. De forma resumida, pretende-se estudar aqui a atuação do psicanalista, em um espaço diferente do consultório psicanalítico.

Far-se-á a tentativa de leitura dos meios e modos de uma prática de orientação psicanalítica exercida dentro do contexto hospitalar da internação, de como os vieses desta instituição médica atravessam a clínica e de como esta se estabelece em seu efeitos dentro desse espaço institucional. Além disso, se tentará, de forma bem sucinta e pontual, elaborar uma cartografia incipiente do encontro entre psicologia, psicanálise e hospital, com o intuito de marcar alguns pontos de superposição e algumas imbricações que compõem as histórias e o campo de exercício dessas práticas. Uma forma de localização tempo-espacial.

Historicamente, a psicanálise se apresenta como uma teoria portadora de uma força única. Seu alcance extrapolou o intuito de sua origem. Seu impacto na cultura foi de tal modo abrangente que ainda hoje o percebemos em efeitos que ultrapassaram campos culturais. Cabas (2010), ao situar a obra freudiana em contexto secular, marca que ainda que ela não tenha alcançado o status científico que Freud desejou desde suas primeiras elaborações fundamentais, o efeito de sua técnica teve, indubitavelmente, um alcance muito mais amplo do que ele pôde imaginar a princípio. Esse impacto que Cabas, e ainda outros autores que serão trazidos mais adiante no contexto dessa pesquisa, relatam, foi percebido a seu tempo, pelo próprio Freud (1933), como ele mesmo nos dá notícias: “Dentro de pouco tempo, a conversação gira em torno da psicanálise, e os senhores ouvirão as mais diferentes pessoas emitindo sua opinião a respeito dela, na sua maioria em tom de inabalável certeza” (Freud, 1933, *online*). A psicanálise teve, de fato, uma enorme repercussão nos meios intelectuais e científicos, e desencadeou um variado espectro de críticas advindas tanto de campos distantes do saber quanto dos mais contíguos a ela (Cabas, 2010).

No entanto, interessa, particularmente, a este trabalho o fato idiossincrático que caracteriza a origem da psicanálise. Ela nasce no seio da medicina de sua época, devido a uma questão orgânica que desafiava o saber médico estabelecido até então: a conversão histérica.

As relações com a medicina foram constituintes da psicanálise, na medida em que essa se forjou no interior do campo da medicina (...). Além disso, o que estava particularmente em pauta, era o campo da neurologia, que era então uma especialidade bastante recente (...). Foi pelos impasses encontrados pelo discurso da clínica face à histeria, impasses esses de ordem *etiológica, diagnóstica e terapêutica*, que o campo da histeria se deslocou do discurso da clínica médica para o da neurologia. (BIRMAN, 2010, p. 18).

Essa peculiaridade original da psicanálise interessa aqui, pois aponta para um elemento factual de suma importância para a leitura a ser desenvolvida: a psicanálise surge num momento preciso onde o saber médico se depara com um limite, ou, de certo modo, com uma falha. Diante da impotência de um determinado conjunto de saber, Freud funda um novo modo de abordagem do corpo, um método que extrapola as delimitações anatômicas e que, de modo muito rigoroso e sistemático vai se debruçar sobre os aspectos que compõem o que há de mais vivo nesse corpo, ou seja, sua dinâmica pulsional e sua relação com o inconsciente.

Nossa primeira intenção foi, compreender os distúrbios da psique humana,

pois uma experiência notável havia mostrado que nela a compreensão e a cura quase coincidem, que um caminho transitável leva de uma a outra. (FREUD 1933, p. 306)

Cabas (2010, p. 31) defende em seu trabalho que o texto freudiano de 1920, marca uma mudança ainda mais radical na forma pela qual a psicanálise vinha se constituindo como uma prática ou um fazer que visava em seu fim a cura. Para ele Freud irá modificar e subverter a direção da cura com relação às expectativas da medicina de sua época quando postula que “a elaboração analítica – e, conseqüentemente, o trabalho do deciframento – deve poder atingir um fundamento que está mais além do princípio do prazer”.

Por tudo isso, 1920 representa um corte e uma ruptura. Quer dizer, um momento de concluir. “Além do princípio do prazer” é o título do escrito em questão. E é nele que podemos ler a frase que se segue: ...”*o fim proposto, de tornar consciente o inconsciente...*”. Essa fórmula que lhe servia para descrever a cura analítica, ao menos de 1900 a 1920, é também a fórmula que lhe permitia estabelecer a premissa de que a psicanálise é uma prática. No sentido mais pleno da palavra. A saber, que a psicanálise é uma experiência que *faz (...)*. ...cuja a meta é a obtenção de uma transformação efetiva. (CABAS, 2010, pp. 31,32).

Esse lugar primigênio, esse nascimento em ruptura com um saber instituído, ou, em outras palavras, com um discurso, desenha algumas diretrizes importantes para pensar o encontro entre psicanálise e medicina nos corredores do hospital geral.

Torna-se importante para o desenvolvimento argumentativo que aqui se persegue marcar, portanto que, no arcabouço dessa pesquisa tanto psicanálise quanto medicina são apreendidas como formações discursivas de acordo com a sistematização foucaultiana. Apreende-se, assim, a noção de discurso como produção discursiva que constitui uma certa prática reconhecida no social e que se instaura e se estabelece a partir das relações entre saber e poder. Em *A ordem do discurso* (1970) e *Vigiar e Punir* (1975), é possível encontrar claramente em Foucault essa ideia de que o discurso se produz em razão das relações de poder que se estabelecem em uma dada sociedade. Porém, mais adiante em sua obra ele também trabalhará com o conceito de discursividade, de práticas discursivas e práticas não discursivas, como é possível encontrar, por exemplo, na *História da*

*sexualidade* (1976). No texto em que ele definirá a clínica como uma formação discursiva, encontra-se essa esclarecedora definição do que é discurso para esse autor,

gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. (...) não mais tratar os discursos como conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irreduzíveis à língua e ao ato da fala. É esse mais que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever. (FOUCAULT, 1986, p.56)

A partir dessa definição é possível tomar tanto a psicanálise quanto a medicina como práticas discursivas.

Fazendo uma elucidação do conceito em Foucault, Veyne (1998) explica que discurso e prática são indissociáveis para esse autor. Tudo é prática, “é o que fazem as pessoas” (p. 248) e tudo está imerso em relações de poder e saber que se implicam mutuamente, ou seja, enunciados e visibilidades, textos e instituições, falar e ver, constituem práticas sociais por definição permanentemente presas, amarradas às relações de poder que as supõem e as atualizam: “Ele designa algumas vezes, uma abstração, isto é, a significação de uma prática (...), outras vezes, realidades mais ou menos livrescas, doutrinas políticas, filosofias, até religiões, quer dizer, práticas discursivas” (p. 262).

Essa forma de apreensão permite à pesquisa em questão pensar os pontos de ruptura e de interlocução existentes entre psicanálise e medicina de forma a considerar que as linhas de continuidade e descontinuidade entre ambas compõem os fios de uma certa trama. O que requer o esforço delicado de evitar ao raciocínio o lugar comum das dicotomias.

A ideia de ruptura, ou seja, de que é a partir do que insiste sem resolução pelo tratamento médico convencional que a psicanálise vem ousar uma nova abordagem, instaura um novo modo de se lidar com o saber que se funda num proposital afastamento dos limites do corpo biológico sem, no entanto, destituir esses limites, mas inscrevendo o corpo num outro registro. Um que aponta

para esse “caminho transitável”<sup>1</sup>, para um biológico cujos limites não podem ser tão bem definidos como supõe o discurso médico habitual. Há um mais além da biologia que se verifica no próprio corpo, um 'para além' do biológico por onde Freud avança em sua teoria a partir do texto de 1920: *Além do princípio do prazer*. Diferentemente da medicina, a psicanálise vai se debruçar exatamente sobre o que há de mais vivo no corpo: o pulsional. Conceito que se refere a um *a mais*, a essa dimensão da vida que excede a própria vida.

A definição de pulsão em Freud, desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), vem para colocar diante do ser um corpo que não se presta somente a delimitações anatômicas, mas tem uma composição própria. Assim, apesar de tanto medicina quanto psicanálise se apoiarem sobre o mesmo corpo enquanto organismo, a psicanálise irá atravessar a abordagem anatômica na tentativa de descortinar o que une de fato neste corpo vivo suas partes. A teoria pulsional freudiana não polariza os fenômenos morte e vida, mas, calcada na sexualidade, constrói uma topologia desse corpo que irá incluir nos meandros do organismo algo além. Esse excesso presente no corpo anatômico e as vicissitudes do organismo serão, ainda mais à frente na obra freudiana, uma das fontes do mal estar

as três fontes de onde vem o nosso sofrer: a prepotência da natureza, a **fragilidade de nosso corpo** e a insuficiência das normas que regulam os vínculos humanos na família, no Estado e na sociedade (...). Nunca dominaremos completamente a natureza, e **nosso organismo**, ele mesmo parte dessa natureza, será sempre uma **construção transitória**, limitada em adequação e desempenho. (FREUD, 1930, p. 43 – *grifos nossos*).

Lacan (1970), marca esse 'mais além' pela introdução do simbólico como aquilo que possibilita, de fato, a composição do corpo como algo único e conjunto. Algo sobre o qual a linguagem permite ao ser se apoiar e operar. Sem o advento da fala o corpo humano não existiria. Essa é a radicalidade que opera nessa junção, e que, segundo Lacan, permite datar no homem o ser falante por uma operação de adição. Adiciona-se o gozo característico do pulsional que a linguagem opera.

Quem não conhece o ponto crítico pelo qual datamos, no homem, o ser falante? - a sepultura, ou seja, o lugar onde se afirma de uma espécie que, ao

---

1 Cf. p. 3.

contrário de qualquer outra, o cadáver preserva o que dava ao vivente o caráter: corpo. Permanece como *corpse*, não se transforma em carniça, o corpo que era habitado pela fala, que a linguagem *corpsificava*. (LACAN, 1970, p.407).

A partir desses dois registros verifica-se que tanto para um autor quanto para outro o corpo sustenta mais do que o organismo, justamente porque, em se tratando do ser falante, uma série de outros elementos compõem uma relação única entre ser e corpo. Elementos que marcam esse mais além que só é possível devido à dimensão linguística que envolve sua constituição. Esse 'para além', que carrega consigo um indício de revogação dos limites, marca a presença do real que, pelas características que em Lacan possui, passa a ser o nome da dimensão que surge no saber como impossível. “O impossível é o real” (1970, p. 431).

Assim sendo, pensar a origem da psicanálise nesse lugar confirm da medicina onde aparece algo de impossível, portanto, algo do real da doença, algo para o qual o saber que ela estrutura ainda não pode cogitar uma formulação por via própria - ou seja, onde ainda nenhum saber foi elaborado como resposta de conhecimento ao problema que se apresenta -, além de levantar a questão do biológico do organismo e suas fragilidades na ordem do saber, levanta, ainda, a questão da prática da psicanálise nas instituições. Visto que um lugar privilegiado de operação do discurso médico em sua posição de teoria do conhecimento sobre o organismo e suas vicissitudes, na ótica desta pesquisa, seria o hospital com seu maquinário técnico discursivo.

Freud (1919) em uma projeção para o futuro de sua terapêutica, antecipou algumas diretrizes a serem seguidas quando a psicanálise viesse a ser praticada nas instituições.

Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-se de que o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem a cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose, e assim como esta não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo. Então serão construídos sanatórios ou consultórios que empregaram médicos de formação psicanalítica, para que, mediante análise, sejam mantidos capazes de resistência e realização homens que de outro modo se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só tem diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento. Esses tratamentos serão gratuitos. Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres.

**Então haverá para nós a tarefa de adaptar nossa técnica às novas condições.** (FREUD, 1919, p.291-292 – *grifos nossos*)

Sua previsão é precisa e revela com nitidez e acuidade uma realidade que, ao menos hoje e no contexto nacional, se vê com clareza em muitas instituições de cuidado, da saúde mental ao hospital geral. No entanto, essa inserção, diferentemente da carta freudiana que em sua época foi dirigida aos médicos, não se dá, de modo mais geral, pela via da medicina. Ao contrário, ela vem ocorrendo e se sedimentando muito mais pela via da psicologia enquanto categoria profissional.

Não é possível dizer que escapou a Freud essa ampliação do campo de exercício da psicanálise para fora do âmbito da medicina. Segundo Clavreul (1983), médico psiquiatra e psicanalista francês, teria havido um movimento dele nesse sentido

Freud só se afastou pouco à pouco do vocabulário médico, afirmando, ao mesmo tempo, diversas vezes, que a psicanálise não fazia, propriamente falando apelo a conhecimentos médicos; do mesmo modo sua prática devia ser autorizada a não-médicos (CLAVREUL, 1983, p. 179)

Porém, sabemos que essa interpretação está longe de ser hegemônica e que durante décadas o método freudiano foi restrito e exclusivo a médicos em todo o mundo, inclusive no Brasil.

Clavreul traz, ainda, uma outra noção que dialoga em parte com a questão que aqui se introduz. É possível localizar no hospital o lugar por excelência de operação da *Ordem médica*. Esse conceito, introduzido pelo autor no final da década de 70, pontua um caráter que ele chamou de “totalitário” do discurso médico criando uma certa hegemonia de saber-fazer no trato com o doente. Assim, de acordo com ele, a Ordem médica é um modo de sistematização de uma prática à qual, ele nos alerta, “*não se pode resistir*”, tal é a maneira como seu discurso se instaura no âmbito social. “*Ninguém pode pretender sair indene de sua relação com a medicina, quer seja médico, doente ou futuro doente*” (p.67). Apesar de extremamente crítico, o texto de Clavreul guarda algo de muito atual quando colocamos o trâmite delimitado de uma internação hospitalar sob o foco de nossa observação.

Pois o hospital, nesse lugar de separação e cuidado que é o âmbito da internação, com suas enfermarias ou quartos, guarda muita similaridade com o conceito de instituição total, tal qual Goffman (1974) a define em seu conhecido trabalho intitulado *Manicômios Prisões e Conventos*:

como sendo um lugar de destituição de autonomia, de despersonalização, e, porque não, de alienação de aspectos importantes da vida em prol de uma ordem arbitrária que visa um fim. No caso do hospital, o cuidado. “O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida.” (p. 17): dormir, brincar e trabalhar, situa o autor. E aí, diante de todas essas características, a internação se configura como local onde um discurso pode com facilidade estabelecer relações de saber e poder hierárquicas e peremptórias. Porém, é importante marcar que um hospital não é só feito de internação, embora seja nessa pequena ilha da prática médica que ainda se encontram, 'à flor da pele', grande interseção entre as teses trazidas por Clavreul e Goffman e as práticas em vigor dentro de uma internação.

Neste ponto pode-se retornar à teoria freudiana e reconhecer que o hospital desempenha o papel de lugar disponibilizado pela cultura para se lidar com o “mal-estar na civilização” - não sendo, obviamente, o único. Mal-estar esse que, dentre outras coisas surge, exatamente, da fragilidade do corpo, como expõe a citação freudiana vista anteriormente. Ao estabelecer a existência de um mais além do princípio do prazer, Freud aponta uma dimensão de impossível de suportar das vicissitudes humanas. E essa dimensão se apresenta constantemente na clínica, médica ou analítica. É diante da assertividade da teoria freudiana e do impacto que sua descoberta causou e ainda causa na relação com o saber, que se pretende investigar o modo possível de atuação da psicanálise frente a essas “novas condições”<sup>2</sup> que o espaço institucional instaura.

## 1.2 –A Psicanálise e suas interlocuções

Quando se evoca neste trabalho o impacto que a psicanálise teve sobre a cultura, faz-se por entender que esse fenômeno gerou, e ainda o faz, discursividades importantes que no âmbito dessa pesquisa não podem ser ignoradas.

Castel (1987), por exemplo, faz uma avaliação significativa do fenômeno de ampliação da psicanálise na cultura, implicando-a como fomentadora fecunda de inúmeras profissões nas áreas médicas e de saúde. Tese, esta, que é corroborada, também, por Lafont (1994) em seu trabalho sobre as práticas sociais na França.

---

2 Cf. p. 6

Le rapport de la psychanalyse avec cette relation d'aide est paradoxal. En un certain sens, elle est sous son aile en son entier, par l'histoire du mouvement analytique, où s'origine cette relation d'aide, mais aussi par les formation de chaque analyste actuel, ou par leur surface sociale, ou théorique. (LAFONT, 1994, p.59)<sup>3</sup>

Castel (1987) segue o mesmo raciocínio indicado por Lafont. Ele faz uma análise da situação, atual à sua época: final da década de 1970 e início dos anos 80, de dispositivos institucionais que operavam nesse delicado campo do cuidado médico assistencial. Para ele, a psicanálise esteve na direção do processo de difusão de uma “*cultura psicológica*” na sociedade que acabou por desembocar numa banalização da dinâmica psicanalítica. Ele ressalta que com a ampliação da psicologia no formato disciplinar universitário, começou a se desenvolver uma nova cultura psicológica que, a seu ver, já nascia desse momento de maior banalização da psicanálise.

Não que só a psicanálise esteja em causa nesta evolução. Mas podemos tomar a dinâmica de sua banalização na sociedade contemporânea como um fio condutor para seguir uma mudança decisiva do estatuto das técnicas médico-psicológicas que (...) se põem a trabalhar o estado do homem normal e o tecido da sociabilidade comum. (CASTEL, 1987, p. 135).

Ao Contrário de Castel, S. Alberti (2009), psicóloga e psicanalista, em alguns de seus trabalhos evoca a imbricação entre psicologia e psicanálise como um encontro sobre o qual deve-se lançar questão sem se apelar para dicotomias. Pois, a seu ver, a psicanálise como conceito teria provocado uma contundente cissura em toda a discursividade do século XIX. Apoiada na leitura foucaultiana a autora aponta a psicanálise como instauradora, ela mesma, de uma discursividade, guardando em sua especificidade uma relação com a produção de saber e de verdade que é de uma outra ordem, diferente do discurso cientificista (ALBERTI, 2009, p.119). Porém, ainda que guardando íntima relação com essa discursividade fundada por Freud, o papel da psicologia teria sido mais ao lado do ideário científico do que, propriamente, de um modo de se fazer pesquisa e clínica inspirados pela psicanálise aos moldes freudianos. A entrada da psicologia no mundo universitário teria operado uma mudança significativa em seu *status*, funcionando como uma espécie de vetor do seu estabelecimento no campo da ciência.

---

<sup>3</sup> O relacionamento da psicanálise com a relação de cuidado é paradoxal. Em certo sentido, ela está por completo sob sua asa, pela história do movimento analítico, lugar onde a relação de ajuda se origina, mas também pela formação de cada analista atual, ou pela superfície social, ou pela teórica. - tradução nossa.

Eu levantei a hipótese de que a psicologia é, antes de mais nada, um nome próprio, surgido ao longo do século XIX, consagrado no século XX, e que como todo nome próprio, não tem em si qualquer consistência, a não ser que lhe atribuamos alguma. São essas consistências que ora se constroem em torno desse nome e são por ele agenciadas numa verdadeira batalha intelectual, cujo maior contexto é a universidade. (ABERTI, 2009, p.123)

Por essa via, é possível ver em ambos os autores, que a universidade desempenhou papel importante no modo como as práticas de cuidado se estabeleceram no campo discursivo. Trazer a problemática dessas teses revela, em perspectiva, a complexidade do campo pesquisado. Entre medicina, psicanálise e psicologia existem pontos de encontro que carregam uma tensão que precisa ser cuidadosamente considerada. Contudo, o encontro entre psicanálise e psicologia irá interessar a este trabalho somente na medida em que se tornou evidente que no meio institucional ocorreram aberturas no campo de trabalho da psicologia, com uma ampliação dos espaços de atuação do psicólogo ocorrida nas últimas décadas na sociedade brasileira, que possibilitou a inserção deste profissional nos mais diversos espaços institucionais. Fenômeno que, Alberti, no contexto nacional, colocará em relação de causalidade direta com a entrada da psicologia para esse universo acadêmico.

A história da psicologia, por sua vez, sofreu grandes modificações na década de 1950, no Brasil, quando começaram a surgir as possibilidades da criação de cursos de psicologia nas universidades brasileiras. Elevada à categoria de um saber, ou mesmo de uma ciência, conforme as interpretações, foi em razão dos estudantes de psicologia que começaram a surgir questionamentos antes dificilmente imagináveis, sempre em prol de uma autonomia. Quer fosse articulada ao discurso da ciência, quer fosse voltada para uma prática clínica ou, ainda, educacional, a psicologia, a partir de 1950, encontrou no modelo universitário o campo mais fértil para seu estabelecimento. (ALBERTI, 2009, pp. 120/121).

Hoje, encontramos no país psicólogos compondo, por regime de concurso inclusive, cargos nos quadros efetivos da justiça (conselho tutelar e programas de reabilitação), da saúde mental, do hospital, de oficinas terapêuticas, Estratégias e Programas de Saúde da Família, dentre outros dispositivos político-sociais. É importante pensar o papel que os “herdeiros da psicanálise na

psicologia” - retomando a análise de Castel (1987) - assumem diante desses novos dispositivos: como ela pode se colocar frente as situações que extrapolam o divã freudiano?

Esse fenômeno, assim posto, possibilita que por uma sobreposição entre psicologia e psicanálise circunscrita ao campo de trabalho, no lugar de um psicólogo dentro de uma instituição qualquer possa advir um psicanalista E, desse modo, ha uma convocação da psicanálise à sua responsabilidade ética e hermenêutica. Essas duas práticas não fazem correspondência entre si quando olhamos de perto seus modos de trabalho, de forma a remeter a imaginação à anedota popular de estar se comprando gato por lebre. Mas o que seria “comprar” um psicólogo? Há na psicologia hoje um emaranhado de teorias e práticas que não se coadunam, que abarcam um amplo espectro de pesquisas, teses e antíteses, sem unificar nenhuma espécie de prática.

É exatamente nesse ponto que se colocara para Castel a questão da gestão dos riscos, pois houve uma conjuntura que favoreceu o surgimento do que o autor denominou de “novas técnicas psicológicas”, que se situaram, pouco a pouco, dentro da lógica de funcionamento dos mais diversos dispositivos discursivos em seus modos e objetivos. O que ele defende e tenta mostrar é que, à partir de determinado momento na história da psicanálise, houve algumas transformações importantes que deram lugar a certos “*dispositivos médicos-psicológicos*”, que como ele pontuou se põem “*a trabalhar o estado do homem normal*”<sup>4</sup>.

Mas foi, especialmente no campo da assistência ao louco, hoje chamado de campo da saúde mental, que ele detectou uma real crise das práticas que acabaram por vir, como nos aponta Clavreul (1983), a engrossar o caldo do que se coloca à disposição da Ordem Médica. Nesse campo, analisa o autor, esteve, por exemplo, o discurso médico se reapropriando da psiquiatria de forma contundente e medicalizada, afastando essa de uma influência psicanalítica bem anterior.

O progresso da medicina mental é assim assimilado ao conhecimento das únicas condições que sejam cientificamente instrumentalizáveis. São remetidos para o esquecimento da história todos os esforços para alcançar a pessoa sofredora em sua relação problemática no sentido, na linguagem, no simbolismo e outras. Para o objetivismo médico, a psiquiatria, especialidade médica como outra, se deixou distanciar por causa desses investimentos “ideológicos” (quer dizer, psicanalíticos e/ou políticos), mas atualmente está retomando seu atraso graças aos progressos do pensamento científico. (CASTEL, 1987, p.95)

Aqui é que o retorno a um certo rigor teórico da psicanálise pode vir a re-operar uma cisão

---

4 - Cf. pg 20.

que é fundamental, que subverte a lógica dos discursos vigentes colocando para trabalhar um saber que é de outra ordem tal qual nos mostra a teoria freudiana segundo a leitura de S. Alberti. E que é, enfim, a aposta dessa pesquisa.

Para tanto, é necessário marcar a importância que a releitura de Freud operada por Lacan teve nesse momento em que a psicanálise se encontrava pluralizada, e, nas palavras de Castel, até banalizada e diluída nas tais “novas técnicas psicológicas” (1987, p. 156).

Tecendo uma crítica contumaz ao modo de transmissão da psicanálise que, à época, se assemelhava e muito ao sistema universitário com sua burocracia, seus títulos e suas escolas, Lacan (1964) faz apelo a uma nova discursividade que segundo ele teria sido esquecida diante do que se havia feito dentro de uma certa tradição da descoberta freudiana.

minha intenção representa o organismo em que deve realizar-se um trabalho – que, no campo aberto por Freud, restaure a sega cortante de sua verdade; que reconduza a práxis original que ele instituiu sob o nome de psicanálise ao dever que lhe compete em nosso mundo; que por uma crítica assídua denuncie os desvios e concessões que amortecem seu progresso, degradando seu emprego. (LACAN, 1964, p. 235).

Para prosseguir no estudo das formas pelas quais a psicanálise vem a operar no contexto hospitalar é preciso traçar um esboço histórico mínimo dos elementos que compõem esse encontro entre psicanálise, psicologia e hospital no contexto nacional, levando-se em conta todas essas especificidades que até o momento se destacou.

A entrada dos psicólogos no campo da saúde pública no Brasil e conseqüentemente no Hospital Geral, tem relação estreita com os movimentos de reforma Sanitária e Psiquiátrica que se iniciaram no país na década de 1970. A psicanálise, por sua vez, apresenta um percurso idiossincrático com relação a essa instituição, percurso esse que tentaremos delinear minimamente em seus pontos mais pertinentes à discussão sugerida aqui.

### 1.3 – Psicanálise no Hospital Geral: esboço de um percurso nacional.

Tanto pela via da psicologia quanto pela via da medicina, de forma muito singular e desconexa, a psicanálise alcança os corredores dos hospitais gerais públicos se colocando em uma posição que, análoga à noção de genealogia apresentada por Foucault, é de “insurreição contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa” (2011a, p. 171). Esse aspecto insurgente que possibilita, de acordo com a visão foucaultiana, a opção de construção de genealogias em face às opções mais tradicionais de historicidade, possui grande importância para esse estudo. Mesmo reconhecendo que essa “insurreição” tenha se dado, e de fato venha ainda se dando, de forma sutil, paulatina e cuidadosa.

Quando colocamos as práticas da internação de um Hospital Geral sob observação sistemática percebemos extremos, discursos que se engendram sem se somarem, não cooperam, tampouco se antagonizam. Mas determinam o seu objeto como um correlato próprio que “não vai além do que se faz dele, não existe fora da prática que se lhe aplica” (Veyne, 1998, p.250).

É possível reconhecer dois tipos de práticas, dois grandes movimentos nominais na gênese do aparecimento tanto da psicologia quanto da psicanálise no contexto hospitalar nacional. Um deles é o movimento da *Psicologia Hospitalar* que no Brasil é um trabalho com origem em São Paulo e cujos precursores conseguiram, ao longo de meio século, produzir saber sobre uma práxis que nascia com eles em seu próprio fazer cotidiano, como psicólogos inseridos em um hospital. Deve-se marcar que foi um grande facilitador o fato de que suas práticas estavam ligadas à universidade, especialmente, à de São Paulo (USP), ao seu Hospital das Clínicas. Inicialmente com intervenções muito pontuais e participação em pesquisas coordenadas por médicos, a psicologia entrou nesse hospital universitário e foi aos poucos se expandindo e ganhando novos territórios. O primeiro trabalho foi com crianças submetidas à cirurgia de coluna e a seus familiares, ou seja, um trabalho desenvolvido no campo da reabilitação. Em seguida foi a cardiologia que ganhou um serviço de psicologia mais sistematizado. A atuação dessas primeiras psicólogas foi marcada por uma via humanista preocupada com o processo do adoecer, com a hospitalização e com as repercussões emocionais que emergem no decurso desses processos<sup>5</sup>. No entanto, a psicanálise de uma forma generalista, *lato senso*, aparece dentro dessa perspectiva como uma mera influência, “banalizada” como nos indica Castel, mesclada a outras práticas psicológicas distintas que “Querem reencontrar sua positividade verdadeira reinterpretando-a no quadro de uma abordagem mais eficaz,

---

5 Nesta origem, encontram-se tanto Mathilde Neder, 1954, quanto Bellkiss W. Romano, 1974, ambas foram responsáveis por implementar serviços de psicologia dentro do Hospital das Clínicas da USP, assim como, Belkiss foi quem primeiro implementou um curso sobre a temática no país, na PUC-SP. Posteriormente, nos anos 80, *Camon* (Valdemar Augusto Angerami), aparece como psicólogo do pronto-socorro do mesmo hospital, e trabalha ao lado de Neder. Ele *tem grande produção de livros cujos temas são a Psicologia Hospitalar. Todas essas informações e outras mais estão disponíveis no site do CRP-SP, no espaço destinado à Memória da Psicologia. In: <http://www.crsp.org.br/portal/memoria/default.aspx>*

mais realista e mais democrática” (Castel, 1987, p143).

Outro é o movimento da *Psicossomática e Psicologia Médica*, que no contexto nacional traz como precursores Danilo Perestrello e Júlio de Mello Filho, dentre outros, todos médicos. Eminentemente psicanalítico, esse movimento, a princípio exercido unicamente por médicos com formação em psicanálise, tinha como principal foco a relação médico-paciente e os mecanismos de produção de enfermidade advindos da relação mente-corpo. No entanto, segundo o próprio Júlio de Mello,

Hoje, a gama de atividades do que se chama de Psicossomática ou Psicologia Médica abrange o ensino ou prática de qualquer tipo de fenômenos de saúde e de interações entre pessoas, como as relações profissionais-pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, a questão das doenças agudas e crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, a invalidez, a morte, os recursos terapêuticos extraordinários. (MELLO-FILHO, 2010. p.30).

Para além dessa abrangência de ensino e prática, o campo marcado por esse recorte teórico estendeu seu exercício ao longo dos anos de sua prática a outros profissionais de saúde, como marca o próprio Julio de Mello no mesmo texto, “sobretudo, psicólogos” (2010. p.30).<sup>6</sup>

Esses dois movimentos, que abriram a pesquisa e legitimaram a presença do psicólogo dentro do hospital e no campo geral da saúde, atualmente possuem uma amplitude teórica que começa com Freud e se desdobra em psicanálises e psicologias que fundamentam tanto sua atuação quanto eficácia. Porém, não recobrem toda a história. Verificou-se, ainda, que há um contingente que fica de fora dessa divisão entre Psicologia Hospitalar e Psicossomática. Houveram alguns outros caminhos dos quais um, em particular, interessa especialmente a esta pesquisa como se verá a seguir.

Quando começamos a perseguir mais de perto a psicanálise em sua heterogeneidade particular, é possível perceber um contingente historiográfico ainda mais ampliado. Neste encontra-se, por exemplo, o chamado campo da Saúde Mental. Ainda que fuja ao tema desse trabalho especificamente, é importante marcar aqui que tanto médicos como psicólogos fizeram parte de uma trama composta por múltiplos campos e atores que mudou o modo de se conceber, pensar e tratar o louco no país. Segundo Tenório (2002) descreve, desde a gênese do movimento da Reforma

---

<sup>6</sup> Julio de Mello Filho inicia em 1966 o setor de Psicossomática no Hospital São Francisco de Assis no Rio e em 1976 torna-se livre docente de Psicologia Médica da Univesidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. Em 79 assume setor análogo na Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, onde até hoje há um setor de psicologia médica dentro do hospital universitário.

Psiquiátrica – movimento que teve início pouco antes do começo da década de 70 e que propôs mudar a política da assistência ao louco e suas instituições – é possível dizer que a psicanálise esteve presente em muitos dos dispositivos novos que surgiam como alternativa à situação manicomial precedente, como foi o caso das comunidade terapêuticas, por exemplo. “Tratava-se, grosso modo, da tentativa de construção a partir da psicanálise, 'de um novo modelo discursivo/organizacional que comande e remodele as ações do cotidiano hospitalar” (p. 29).

A importância de se destacar essa origem está nos efeitos que o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil gerou para além da reforma em si. Os ecos desse movimento puderam ser ouvidos em outros contextos institucionais com muita premência. Não só no Brasil, como marca tanto o trabalho de Castel (1987) que já mencionamos, quanto o de Clavreul (1983, p. 43), onde este revela: “Ora, os muros do hospital, se são menos altos, são mais sólidos que os do Asilo” .

Assim, retornando à nossa cartografia das práticas nos hospitais, no Rio de Janeiro é possível encontrar, a partir desses ecos da Reforma, algumas outras referências extremamente relevantes para este trabalho quando se examina amiúde o encontro entre psicologia e psicanálise em contexto nosocomial. Entre essas referências está o caso de Sônia Alberti, já introduzida no âmbito dessa pesquisa, e Consuelo Pereira de Almeida, que iniciaram suas práticas dentro do hospital no final da década de 70. Esses trabalhos precípuos e incipientes se desenvolveram tanto no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE) quanto no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG/UFRJ). No contexto da época, ambas iniciavam uma prática que se pretendia determinar pela teoria psicanalítica utilizando, entretanto, a cobertura da psicologia para operacionalizar o campo que se abria. Alberti chama esse *modus operandi* inicial de “psicanálise sob a roupagem da psicologia”. (Alberti & Almeida, 2005 p. 57)

Mais ou menos ao mesmo tempo, em 1978, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Marisa Decat de Moura começava um trabalho no Hospital Mater Dei que se desdobrou em um curso a médicos residentes e posteriormente em um outro de Psicanálise e Hospital de abrangência maior (Moura, 2003). A partir de sua experiência e em associação com outros colaboradores, ela produziu uma bibliografia única na área que reúne cinco volumes de produção textual sob o título *Psicanálise e Hospital*, esforço que pretende mostrar os efeitos do discurso psicanalítico em termos de sua funcionalidade e viabilidade dentro do ambiente hospitalar e suas vicissitudes.<sup>7</sup>

Em todos esses contextos, no tempo em que esses trabalhos começaram a se estabelecer no

---

7 É importante destacar que em 1997 Marisa Decat de Moura e Belkiss W. Romano fundaram juntas a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar – SBPH. Sociedade sem fins lucrativos, cujo objetivo era estritamente científico, com ênfase na publicação científica, realização de congressos e incentivo a pesquisa, visando a congregação de psicólogos clínicos com atuação em hospitais. Atualmente a SBPH mantém suas atividades através do site [www.sbph.org.br](http://www.sbph.org.br)

país na década de 1970, a psicanálise era uma prática restrita aos médicos pelos Institutos de Psicanálise e suas Escolas de Formação, todas ligadas à *International Psychoanalytical Association (IPA)*<sup>8</sup> à época, e com um *setting* terapêutico pré determinado e rígido que invalidava seu exercício em outra configuração que não fosse o consultório privado.

Na época só ingressava na IPA para formação psicanalítica quem fosse médico; caso o candidato não o fosse, precisava assinar um documento no qual se comprometia a sempre clinicar sob controle de um colega médico, mesmo depois de terminada sua formação. Portanto, também era provável que no hospital não se tivesse ideia de que um psicólogo poderia sustentar um atendimento a partir da psicanálise (...) Os analistas formadores desenvolviam seus trabalhos nos consultórios e, mesmo quando davam suporte a trabalhos realizados nas instituições, separavam claramente a clínica psicanalítica do trabalho na instituição (ALBERTI & ALMEIDA, 2005, p.58;62)

Diante disso, é muito difícil sustentar a afirmação de que houve uma prática psicanalítica, ou que se fez psicanálise, nesses primórdios da inserção do psicólogo psicanalista no Hospital Geral. Mas é possível afirmar que os caminhos foram abertos e que uma aposta foi feita. Alberti e Almeida (2005), pontuam que em termos de expectativas era possível perceber o desencontro entre as visões médicas e psicológicas do que seria um trabalho viável para o psicólogo dentro de um hospital geral. Uma abordagem psicanalítica passava ao largo das imaginações e expectativas institucionais, como nos mostra, em parte, a citação acima. Porém, de forma sub-reptícia, uma prática marcada eminentemente por uma orientação psicanalítica específica usufruiu desse mesmo campo aberto para se instaurar.

No IPPMG/UFRJ, o trabalho de fato das psicólogas parece ter sido mais efetivamente ambulatorial, atendendo crianças que eram encaminhadas ao Serviço de Psicologia. Nessa experiência não havia uma sistematização rígida do modo de trabalho e, portanto, quem quisesse poderia implementar um atendimento de base psicanalítica análogo aos dos consultórios particulares. Também nesse mesmo hospital, elas puderam frequentar um Grupo Balint que era realizado por um médico psicanalista com a equipe médica e de enfermagem. Esse tipo de Grupo idealizado pelo Médico Inglês Michael Balint, um dos teóricos originais da teoria da psicossomática citada anteriormente, tem como objetivo pensar a relação médico-paciente e suas vicissitudes no trabalho efetivo de uma equipe de saúde em um hospital; a ideia é que a mediação feita por um

---

8 *Associação fundada pelo próprio Freud e que funciona até os dias de hoje em âmbito internacional.*

médico psicanalista possa viabilizar um trabalho onde as questões contratransferências do médico e sua posição com relação ao doente possam ser elaboradas em prol da terapêutica. As autoras relatam a percepção que tiveram de que, nesse hospital em particular, pareceu haver uma facilidade maior de interlocução com a equipe devido, ao que elas supõem, à transferência preestabelecida com o médico psicanalista por causa do grupo que ali operava. “Em outras palavras, a transferência do corpo médico com esse médico psicanalista sustentava, secundariamente, nosso próprio trabalho com os pacientes do hospital” (Alberti e Almeida, 2005, p. 58)

No HSE, por sua vez, o trabalho da psicologia começou vinculado ao serviço de pediatria e funcionava com base na demanda médica, geralmente na forma de resposta a parecer<sup>9</sup>, e, às vezes, de forma rara e muito timidamente era possível uma intervenção junto à equipe médica. Direcionando-se primeiramente ao médico para compreender melhor sua demanda com relação ao paciente em questão, percebia-se que, em muitos casos, alguma intervenção era possível ali mesmo com o médico, no sentido de promover uma abertura para o inconsciente se apresentar e fazer emergir algo relacionado a um sujeito no lugar de um indivíduo.

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

Porém, com o crescimento do campo e a chegada de novos profissionais, outros problemas foram surgindo, em especial, a dificuldade de sistematizar o setor de psicologia diante da variedade de linhas teóricas e práticas de atuação que compõem essa seara e que passava, aos poucos, a fazer parte da instituição, “A entrada desses novos profissionais, com diferentes vínculos com a instituição e diferentes referenciais teóricos, era algo problemático e, sem dúvidas trouxe dificuldades” (Alberti e Almeida, 2005, p. 60).

Interessa a este trabalho perceber junto ao relato dessas práticas que, pela presença de uma escuta respaldada pela teoria psicanalítica, algumas questões começaram a ser realçadas para num tempo posterior serem as guias vetoriais de uma sistematização teórica subsequente dessas mesmas

---

9 Comum até os dias de hoje nos hospitais, o método de resposta de parecer é uma estratégia usada entre equipes para se comunicar e possibilitar um trabalho. Uma clínica pode pedir parecer à outra que responderá de acordo com sua especialidade essa comunicação geralmente é feita por papel com pedido formal à equipe destinatária e respondido por esta em prontuário.

práticas.

A questão sobre o lugar do sujeito na instituição em meio ao discurso que ali opera começou a ser formulada e pensada a partir desses encontros aqui esboçados. Diante de uma estrutura que convida ao desprendimento subjetivo do paciente em face de uma objetificação deste em seu corpo e sua doença, como o é a do discurso médico, foi possível começar a perceber e mapear as ocasiões onde, nesse encontro, o sujeito era posto ao lado da doença sendo alvo junto com a mesma da intenção de uma supressão.

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

O que Sônia Alberti começa a pontuar aí é que sujeito em psicanálise não se equivale ao paciente em medicina. Ante a dificuldade da equipe em lidar com o real das doenças orgânicas degenerativas e da morte, surge a problematização referente ao sujeito ao qual a teoria psicanalítica faz referência em sua dimensão de gozo, corpo, pulsão (de vida e de morte), desejo e demanda. Este, sujeito, pode se referir aos pacientes, aos médicos ou equipe de saúde. Outra questão, que é possível situar aqui seria a referente à demanda médica, essa que viria e ainda vem, por exemplo, direcionada ao psicólogo em sua função de “especialista”, aquele que detém um saber à mais. Ficou em evidência, para as autoras, a importância do colocar-se em um lugar onde o encontro desse outro da instituição com o discurso do psicanalista fosse possível: “Podemos verificar então como a transmissão de um trabalho pela via da clínica, ou seja, com oferta de escuta dos casos, pôde criar uma demanda de psicólogos em outros serviços” (Alberti & Almeida, 2005, p. 61).

É possível observar, então, que nesse momento de “nascimento de uma prática”, ainda não se fazia claramente a separação entre o que se entendia por trabalho de um psicólogo e trabalho de um psicanalista. Instaurou-se nessa indistinção a demanda por um fazer outro, aqui chamado pelas autoras de “via da clínica”. Fazer que, de acordo com as próprias, aos poucos foi abrindo lugar para uma nova demanda institucional.

Como já nos apontava Lacan (1958, p. 623), a oferta criou a demanda. No entanto, para sustentar uma clínica respaldada pela teoria psicanalítica, como vimos até aqui ser construído nesse fragmento de história que perseguimos, foi necessário colocar para operar o que Lacan chamou de

desejo do analista: aquele de fazer valer a psicanálise. As autoras informam sobre a busca por supervisões externas, escolhidas e pagas pelas próprias psicólogas e ainda junto a isso, o empenho em se engajar fora da instituição hospitalar em todo o tipo de fundamentação teórica disponível à época, como as formações acadêmicas ou analíticas.

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

Ainda segundo as autoras, o serviço ofertado pelas diversas instituições incluindo o hospital era, e ainda é, o de psicologia, na maioria dos casos, a diferença entre as abordagens vem com o profissional e a técnica que este escolhe e se dispõe a sustentar.

Esta pesquisa entende que foi eminentemente a orientação lacaniana que abriu, no sentido de fazer furos e aerar, aos psicólogos interessados, a possibilidade de se fazer um trabalho orientado pela psicanálise em âmbito institucional nos seus diversos dispositivos, preservando, como diria Lacan “o bem-fundado da experiência” (2003, p. 235). Em um contexto mais amplo, especificamente em relação ao campo das políticas públicas de saúde, não acreditamos ser possível afirmar se a psicanálise cresce ou se desaparece ante os atravessamentos dos discursos contemporâneos vigentes, especialmente o de uma psicologia comportamental que visa adaptar o indivíduo e o de uma medicina biológica organicista que visa reduzi-lo. Porém, é possível dizer que a psicanálise insiste, como vimos, desde a luta antimanicomial até hoje, nos meandros de inúmeras práticas institucionais. E, nesse sentido, é pertinente marcar que a posição da psicanálise diante desses outros discursos é da ordem de uma subversão, pois seu fundamento é balizado pela pretensão de se fazer exercer uma experiência ética fundamentada no desejo inconsciente (Lacan, 1958). Este desejo singulariza o ser e o faz desvincular-se das apreensões categóricas, generalistas, e totalitárias que, tantas vezes, compõem esses outros.

Para entender melhor a afirmação de que a psicanálise insiste, especialmente trazendo para o contexto com o qual esta pesquisa dialoga, iremos ampliar o olhar sobre algumas experiências-princípios que originalmente se estabeleceram convocando uma prática orientada pelos pressupostos psicanalíticos a se fazer presente no espaço hospitalar. A partir daí, tentaremos ampliar o campo e aprofundar o olhar sobre os aspectos de inovação que a psicanálise trouxe de contribuição para esse

campo e para a clínica aí exercida.

## 1.4 – Após 3 tempos.

A partir do que foi exposto, nota-se que houve uma variedade de modos de inserção da psicanálise no hospital geral. Alberti & Almeida (2005), pioneiras nesse campo, fazem a leitura da inserção da psicanálise nesse espaço institucional dividindo-a em três tempos, numa analogia clara ao texto lacaniano sobre *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (1945). Nele, Lacan introduz uma operação lógica ao lado do sujeito, sob a perspectiva de três possíveis movimentos: O *instante de ver*, o *tempo de compreender*, e por fim, o *momento de concluir*. Esses três movimentos se relacionam com o modo pelo qual um sujeito se coloca diante da questão que o convoca a dizer quem ele é, ou seja, que o convoca a se posicionar frente a um desafio e que, ao mesmo tempo, instaura uma pressa que o precipita a sair da situação onde estava tensionado. Desse modo, vale para essa pesquisa entender um pouco melhor essa estruturação que a autora fez da construção de um modo de se exercer uma prática dentro do hospital que, justamente, se sistematizou fundamentando-se na orientação lacaniana da psicanálise que, respeitando a analogia escolhida, antecipa algo de uma asserção, ou seja, de uma validação prévia de uma forma de se posicionar que autoriza a *práxis* a se instaurar. Como nos diz Lacan: “Levamos, de preferência, nossa psicanálise conosco e, imediatamente, ela nos dirige para pontos bem localizados, denomináveis, da práxis” (1964/2008, p.14).

Assim, o que ela estabelece como sendo um primeiro momento, ou ainda, um primeiro tempo da experiência que ajudou a fundar e desenvolver, teria sido o tempo intervalar entre possibilidades e modos de se exercer uma prática, ou ainda, o que ela nomeou como “*entre psicologia e psicanálise*”, um tempo bem primitivo de estudos e elaborações precárias, onde um enigma estava lançado em termos profissionais: o que é possível a um analista no hospital? A partir de teorias que mal chegavam de fora e eram consumidas avidamente na tentativa de elaborar o que se desenhava como uma incipiente prática institucional, algo foi sendo não só construído mas também sistematizado de forma muito delicada e investida.

Para sustentar nossa clínica, procurávamos supervisão fora, a qual era escolhida e paga por nós, e trabalhávamos os casos clínicos como o faríamos

com atendimentos em consultório. Esse período foi riquíssimo para a nossa formação. Apesar do serviço ser de psicologia quem quisesse podia realizar atendimentos psicanalíticos; não havia qualquer interferência do hospital na prática que exercíamos, e permanecemos o tempo que desejamos (ALBERTI & ALMEIDA, 2005, p. 59)

Nesse momento precípuo, a autora revela ainda que a vanguarda dessa sistematização esteve muito mais ligada ao hospital psiquiátrico ou às práticas em saúde mental do que ao hospital geral, e cita o trabalho de Ana Cristina Figueredo sobre a experiência com o ambulatório. Pesquisa denominada *Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos – A Clínica Psicanalista no Ambulatório Público* (1997), que é de fundamental importância quando nos propomos a pensar a psicanálise em sua interlocução com as instituições de saúde.

O ambulatório é, sem dúvida, o local privilegiado para a prática da psicanálise porque faculto o ir-e-vir, mantém uma certa regularidade no atendimento pela marcação de consultas, preserva um certo sigilo e propicia uma certa autonomia de trabalho para o profissional (FIGUEIREDO, 1997, p.10)

Há uma diferença importante colocada aí pela autora na descrição do ambulatório, entre este e a internação hospitalar. Pois, esta última, não costuma facultar, de forma, alguma, o ir-e-vir dos pacientes, geralmente não permite qualquer regularidade dos atendimentos e, quanto a autonomia do profissional, apesar de não suprimi-la, normalmente a demanda em um outro lugar, o de uma prática análoga à da medicina, ao menos, na forma pela qual opera nesse mesmo espaço.

Desse modo, esse primeiro tempo apontado pelas autoras como um momento *entre* práticas, se correlacionado com o *instante de olhar*, em Lacan, pode-se dizer que aí se instaura o momento de se operar *uma exclusão* lógica, onde a atuação a partir de uma orientação psicanalítica exclui um fazer que se assemelhe a um certo *modus operandi* tanto da psicologia quanto da medicina. O momento, assim, foi o de se assumir desafios, especialmente o de “fazer valer a psicanálise no hospital”. (ALBERTI & ALMEIDA, 2005, p. 71). Atitude que, segundo Sônia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida propõem, baseadas na assertiva lacaniana, revelava algo do próprio desejo do analista. E, se formos mais adiante, algo da posição do analista frente às novas configurações sociais e institucionais. Tal qual nos alerta Laurent (2010), quando marca que há uma posição

democrática a ser tomada pelo analista no mundo contemporâneo que se diferencia muito daquilo que foi sua posição num certo evoluir histórico da psicanálise: frente a demanda do mundo, os analistas “Precisam ser inventivos e incidir de formas distintas” (p. 11).

Assim, o *instante de olhar*, esse momento inicial que Alberti e Almeida destacam, além de ter sido esse tempo da “*roupagem*”, devido ao caráter de apropriação que uma prática orientada pela psicanálise pôde fazer de um espaço aberto à psicologia, foi também o tempo de uma construção inventiva, como aponta Laurent, e do início da percepção da necessidade de uma separação na forma de se colocar quanto a *práxis*. Aos poucos, essa abertura foi causando impacto, a oferta criou e ampliou a demanda e, assim, algum tempo depois as consequências puderam ser percebidas de uma forma mais abrangente, “Ao mesmo tempo, observa-se que hospitais da rede pública passaram a exigir a presença de psicólogos; há concursos para tal...” (Alberti & Almeida, 2005, p.55)

O segundo tempo, o *tempo da articulação*, como foi nomeado pelas autoras, foi o momento de questionar quais articulações eram possíveis dentro do espaço hospitalar. Tempo de sistematização dos serviços e de início de uma maior abertura teórica e formativa que aparece bem marcado no texto das autoras. Esse momento teria sido, ainda, o tempo de se posicionar, de pensar a demanda institucional em sua posição com relação à psicologia, e, assim, marcar uma diferença essencial entre ela e a psicanálise. Foi o tempo de juntar esforços para implementar trabalhos clínicos que se baseassem na teoria psicanalítica e onde o esboço de uma identidade de referencial teórico de contorno bem preciso e definido nas bases da orientação lacaniana pôde surgir. Contorno que também se verifica no trabalho de Marisa Decat de Moura. É possível encontrar em um de seus textos a referência ao impacto que teve a chegada de uma parte importante dos ensinamentos de Lacan em sua prática

Em um determinado tempo do nosso percurso (1990) nos deparamos com os escritos de Jaques Lacan, que respondiam a algumas das nossas questões clínicas. Principalmente a formalização do “lugar de analista”, estruturalmente efeito da sua análise, que o autorizou a sair do consultório, até então com função de borda da prática analítica. (MOURA, 2003, s/p)

Para ela também houve um tempo, na construção da sua prática, que se equivaleria a uma

metáfora relacionada à noção do tempo para compreender em Lacan. Esse estaria ligado, segundo a análise do que se colocou desde o início de seu trabalho em 1978, ao modo peculiar pelo qual a psicanálise surge no mundo. Sustentar o impasse que a clínica dentro do hospital coloca diante de uma prática orientada pela psicanálise fez, e faz ainda, segundo Marisa, parte do que compõe a própria psicanálise enquanto teoria. O impasse, segundo a autora, é algo estrutural em psicanálise e, desse modo, deve ser encarado como um aliado, pois é ele o responsável por ressaltar os traços do caminho a ser percorrido. Assim, ela também faz referência a esse tempo, colocando-o em estrita relação ao tempo anterior, o de olhar, quando nos situa sobre a construção de sua prática no hospital, “No que concerne à psicanálise, sabemos, trata-se de uma práxis que somente a partir de uma situação específica, ou seja, a posteriori, podemos dizer se ela é analítica.” (Moura, 2003, s/p). Nos moldes do texto lacaniano, o tempo para compreender é o *tempo de meditação* que “pode reduzir-se ao instante do olhar, mas esse olhar, em seu instante, pode incluir todo o tempo necessário para compreender. Assim, a objetividade desse tempo vacila com seu limite.” (Lacan, 1945 p.205)

O último tempo, o terceiro, foi o tempo de implementação de um modelo clínico. Mas não só. Na experiência de Alberti e Almeida (2005), esse tempo também desembocou em outras sistematizações: a implementação de um setor de saúde mental ligado à enfermaria de adolescentes e teoricamente referenciado pela psicanálise em sua experiência clínica dentro do hospital geral, assim como outras propostas que se sucederam ligadas de alguma forma à ideia de formação. O vínculo universitário foi uma grande ferramenta nessa sistematização, na construção, a partir desse momento histórico, de cursos de especialização, residência e até pós-graduação em psicanálise. Um fenômeno correlato é apontado também por Marisa em sua prática em Belo Horizonte, Minas Gerais. “A nossa prática (...) hoje se estende ao atendimento (...) e também com o trabalho de transmissão da psicanálise.” (Moura, 2000, p. 2) Percebe-se que esse tempo, que na analogia com o texto lacaniano se coloca como o *momento de concluir*, se colocou como um processo em aberto que está intrinsecamente ligado à transmissão da psicanálise e à formação do analista. Em Lacan, entretanto, “Passado o tempo para compreender o momento de concluir, é o momento de concluir o tempo para compreender. Pois de outro modo, esse tempo perderia seu sentido.” (Lacan, 1945, p.206). Ou seja, é em relação estrita ao momento anterior que um novo momento se instaura. Dessa forma, esse terceiro tempo traz em si a possibilidade de sua distensão e, assim, pôde se tornar um tempo estendido até hoje. Pois, enquanto houver um psicanalista em atuação na internação de um hospital haverá a necessidade de se implementar um modelo clínico que dialogue com as especificidades do serviço em questão, algo que, em psicanálise, é sempre distante do universal e

próximo da contingência.

Por consequência a operação aqui proposta a partir da psicanálise é a de mostrar o caráter absolutamente singular que a clínica orientada pela teoria psicanalítica inaugura. O percurso que escolhemos percorrer com os trabalhos citados aponta para a importância dessa sistematização teórica que possibilitou um modo de se fazer clínica dentro da instituição, representada aqui pelo hospital geral, pautado por uma intenção de sustentar os efeitos possíveis de uma intervenção orientada pela psicanálise em um campo diferente do inicialmente desenhado para ela. Esse é um campo de imbricações muito diversas. Assim como, a medicina que se pratica dentro do hospital geral e público se distancia da oferecida aos nichos de mercado particulares das clínicas privadas, a psicanálise que pode operar nos espaços institucionalizados difere da psicanálise dos consultórios particulares.

O hospital permanece o espaço da cadaverização e segmentação dos corpos, da taxonomia, da divisão dos saberes, como nos aponta Foucault (2011b). E hoje, mais do que nunca, da ampliação do alcance do olhar sobre o invisível dos corpos. Todo o aparato tecnológico do qual dispõem os hospitais, cada vez mais ampliam a capacidade dos médicos de “ver”: medir, mensurar, comparar, buscar o desvio, a alteração o erro. Os exames substituem as rotinas e em casos extremos até a clínica, criando e ampliando a distância entre o corpo clínico e os pacientes, e reforçando o que escolhemos chamar com Lacan de *o mal entendido do corpo*.

A psicanálise, no entanto, frente a estruturação do saber médico científico, se coloca a operar a partir de outros pressupostos e de uma outra forma de relação como saber, uma dessas formas é pela suposição de que o saber em si falha quando seu objeto é o homem. Pois, segundo o que Lacan (1960) introduz e mais tarde reelabora e desenvolve em inúmeros outros textos é que o mistério cartesiano é justamente esse onde a união psicossomática encontra seu deslocamento, ou ainda, seu (des)encontro. Em termos cartesianos há um problema, pobremente resolvido, que se revela na união da fala enquanto pensamento com o corpo. Ou melhor, na passagem da existência do *cogito* para a existência da *res*.

Aí, nessa encruzilhada, surgem as problemáticas delineadas entre os campos da psicanálise e da medicina que possibilitam a circunscrição dos pontos de ruptura e de interlocução entre esses dois discursos, assim como, as possibilidades de continuidade e descontinuidade entre tais campos de discursividade.

## Capítulo 2: Qual é o saber que está em jogo?

### 2.1 – Psicanálise: clínica e pesquisa.

Procuramos deixar claro que, dentro do espaço oferecido pelo hospital, psicanálise e medicina irão operar a partir de lógicas discursivas muito distintas. Precisar as dissidências existentes entre ambas não seria uma tarefa difícil. A dificuldade, entretanto, situa-se em perceber as diferenças sem que se caia em posições binárias ou maniqueístas que possam restringir a complexidade do campo observado. Visto que ambas as práticas coexistem no mesmo espaço, se trata mais de saber como é possível essa coexistência, por onde ela se estabelece e de que forma é possível operar a partir das diferenças. Por isso a noção de incompletude do saber se torna um elemento chave para a leitura que esse trabalho propõe, pois é nesse espaço limite, nesse confim em que algo falta, que é possível se construir um fazer ou uma clínica eminentemente psicanalítica na instituição.

Para pensar o que autoriza a presença de um psicanalista dentro de uma instituição como o hospital geral e o trabalho que este desenvolve no âmbito da internação, faz-se necessário retomar uma importante conceituação freudiana sobre a psicanálise que a define como: “...uma combinação notável, pois abrange não apenas um método de pesquisas das neuroses, mas também um método de tratamento baseado na etiologia assim descoberta.” (Freud, 1913, *online*). Instituinto a psicanálise como sendo, ao mesmo tempo, um método terapêutico e uma prática de pesquisa, Freud indica que colocar-se como psicanalista é colocar-se como pesquisador e, doravante, clínico, posto que a pesquisa em psicanálise somente se desenvolve a partir dos elementos colhidos e confrontados na clínica como ele mesmo estabelece.

Elia (2000), a propósito dessa questão, irá enfatizar a importância para a psicanálise de se reconhecer, dentro da definição freudiana, como estruturalmente composta por essas duas dimensões: prática clínica e pesquisa, de forma indissociável. Pois é aí, exatamente, que se articula o que autoriza a psicanálise a operar diante do campo das ciências. Isso importa particularmente ao âmbito desse trabalho, pois a medicina faz coro, ou ao menos pretende se colocar, ao lado das ciências clássicas, aquelas que reivindicam serem ciências da natureza respaldadas em sua objetividade. Lacan (1966a), convoca a questão sobre a cientificidade da psicanálise para estabelecer que o lugar original e sua posição funcional são instituídos a partir do que ela guarda de correlação com sua derivação da ciência moderna. Assim, ainda que proveniente da cientificidade de seu tempo, a psicanálise não integra esse rol das ciências “ideais” das quais a física dita o modelo, e, devido a essa sua propriedade idiossincrática de se fundar no encaixe científico, ela põe uma questão importante à cientificidade de seu tempo: Como operar com o sujeito que a ciência funda e, ao mesmo tempo, elide da cena científica?

O sujeito da ciência ao qual Lacan está se referindo não é outro senão o sujeito fundado pelo *cogito* cartesiano, que ao exaurir ao máximo todos os planos duvidosos de seu empirismo, conclui que só pode certificar com firmeza sua existência enquanto pensamento; pois ainda que até sobre isso lance sua dúvida, o ato de duvidar é um ato de pensar e, assim, permanece enquanto tal. Ou seja, o sujeito cartesiano do *penso logo existo* é um sujeito sem qualidades empíricas tal qual o sujeito do inconsciente. Aqui surge uma dimensão que pode parecer paradoxal como aponta o próprio Lacan: “Dizer que o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência talvez passe por um paradoxo” (1966a, p.873). No entanto, o sujeito do inconsciente freudiano, “não é um sujeito empírico, dotado de atributos psicológicos, sociais, políticos, ideológicos, ou afetivos. Enquanto tal, ele é sem atributos” (Elia, 2000, p.26) tal qual o sujeito cartesiano. Ou seja, o sujeito do inconsciente não é outro senão o sujeito da operação cartesiana do *cogito*. Assim, uma vez que, o saber científico supõe o sujeito, porém, não opera sobre ele, não o coloca na cena científica, mas o elide, o conta fora; esse sujeito, então, excluído da ciência, ainda que instaurado por seu discurso, passa a ser o sujeito incluído da psicanálise pela subversão que esta opera ao incluí-lo no campo de sua experiência.

Decorre dessa abordagem o entendimento essencial de que toda a clínica em psicanálise lida com o acesso ao sujeito do inconsciente e, por isso mesmo, lida com o que é o seu próprio campo de pesquisa e atuação. Assim, toda a pesquisa em psicanálise é fundamentalmente pesquisa clínica. E, no entanto, a psicanálise não irá trabalhar com um saber que se estabelece previamente ao encontro com o sujeito, e não suporá hipóteses a serem verificadas ou refutadas nesse encontro, como o faria

uma ciência natural e como o faz, em parte, a medicina: dado que a nosografia precede o encontro com o doente. O analista-pesquisador vai dirigir sua escuta, sua intenção àquilo que fundamenta sua clínica: o saber inconsciente que o sujeito porta. Para que o analista possa vir a encontrar com esse seu objeto de pesquisa: o inconsciente, se faz necessário um método: o analítico. De outra forma essa operação não é possível, não se coaduna à ortodoxia tradicional das ciências. Como Elia (2000, p. 23) bem o coloca e enfatiza em seu texto: “toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, assim, necessariamente, uma pesquisa clínica”.

Reforçar, destarte, essa definição freudiana de psicanálise situa esta pesquisa quanto ao campo escolhido e quanto à forma de se pensar a lógica de atuação orientada pela psicanálise na articulação proposta no capítulo anterior. Ansermet (2003), baseando-se nessa ideia original freudiana, explica: “a clínica, em seu cerne, é a um só tempo a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática.” (p.7). O autor aí não faz outra coisa senão reafirmar a lógica que se expôs até o presente momento: que a construção do saber clínico, em psicanálise, está intrinsecamente ligada ao que se desenvolve a partir da prática clínica. Logo, o psicanalista que trabalha em instituição o faz autorizado pelo critério freudiano de psicanálise, mas, ainda, devido ao fato de que a psicanálise é sensível a critérios muito distintos daqueles que os discursos estabelecidos e calcados aos moldes da cientificidade moderna estabelecem. A partir daí, é possível precisar, afirmará Ansermet (2003), que trabalhar como analista supõe levar em conta elementos que se colocam muito além da realidade física do paciente em sua doença, mas considerar o lugar que esta ocupa na realidade psíquica do sujeito; dado que, advertidos por Lacan (1966a, p.873), é possível compreender que: “Por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”.

Essa responsabilidade esta ligada à forma pela qual o sujeito se processa, constituído por algo que escapa à possibilidade de significação, que vindo da ordem significante aparece como impossível de significar, algo não-significável que se funda como um objeto com o qual o sujeito estabelecerá uma relação de fantasia, ou fantasmática. No inconsciente o sujeito não é idêntico a si mesmo, não tem identidade, não sabe quem é, esta coberto por uma teia de identificações que produziu ao longo de sua existência. Nesse sentido é que Lacan, na frase acima, vai convocar sua responsabilidade, pois há algo dessa construção que vem como uma autorização do sujeito à “sua própria condenação social”, como bem o escreve Elia (2000, p. 28). Isso é extremamente relevante quando se propõe pensar a posição subjetiva do doente em relação a seu adoecimento e, ainda, de outro modo, a posição à qual alguns pacientes aderem dentro de uma internação hospitalar que, muitas vezes, é a de se submeter ao discurso médico de tal forma que permitem-se ser um objeto

quase inerte da demanda médica. Porém, *quase* inerte...

Aqui se faz premente a distinção desse lugar frente as ciências que a psicanálise ocupa de subversão do sujeito. Pois, sensível à critérios *diferentes* daqueles aos quais o olhar médico se direciona, o psicanalista vai se apresentar diante desse *quase* para convocar, aí nesse espaço, a posição do sujeito em face a seu desejo, ou em face de seus pontos de gozo, ou ainda, convocando-o no nível de sua divisão em relação a essa posição fantasmática que o determina, de seus pontos de angústia, de sua demanda ao Outro...

O lugar da psicanálise quando seguimos a direção que Lacan introduz, essa de vê-la considerando sua posição deslocada quanto a cientificidade de nosso tempo, se estabelece como um lugar estrutural onde o analista instaura um modo inteiramente peculiar de se relacionar com o sujeito que se define por um discurso original: o discurso analítico. Logo, “É possível, assim, fazer psicanálise em qualquer estrato social, em qualquer ambiente institucional, desde que haja analista, de um lado e sujeito dividido, de outro” (Elia, 2000, p. 28).

O sujeito dividido que segundo Lacan (1966a, p.892) marca um ponto de nó na teoria, será então, um conceito importante para essa pesquisa. A subversão do sujeito que a psicanálise opera em razão da ciência é o ponto preciso de ruptura que permite a um analista sustentar sua práxis.

## 2.2 - Entre saber e verdade.

Quando optamos por considerar que o advento da psicanálise se dá a partir de um limite do saber médico, de uma lacuna na pretensão totalitária desse saber, encontramos, então, não só o lugar fundamental da psicanálise, mas, também, uma forma diferente de tratamento do saber que aquela da ciência que a medicina representa. Ao se optar por seguir a psicanálise pela via aberta por Lacan, irá se compreender, então, que, distinta em sua proposta de não supor um saber total ou eficaz que possa dar conta do homem e suas vicissitudes, e ainda, colocando à própria função do saber uma condição essencial para experiência desse homem diante de seu lugar enquanto ser, a psicanálise vem subverter uma relação que aparentemente estava dada desde Hegel: a relação do sujeito com o saber e deste com a verdade, onde o saber seria a via de ascensão à uma verdade

universal sobre o ser. Porém, Lacan adverte: “O ser é o ser, seja quem for que o invoque, e temos o direito de perguntar o que ele vem fazer aqui” (1958, p.593).

A subversão do sujeito colocada por Freud, a partir do que Lacan elucida em seu texto, situa o ser em uma outra perspectiva diante do que este pode produzir de saber sobre si. Para a psicanálise aquele que, na ribalta do cogito cartesiano tal como iniciou-se a pensar aqui, adquire uma coerência científica de existência e legitima o *Wo Es war, soll Ich werden*<sup>10</sup> freudiano, é o sujeito. E, assim sendo, este que deve advir como um *eu*, é singular, pertence a um campo específico: é sujeito do inconsciente e guarda uma relação estrutural com este campo, dado que é o campo do Outro da linguagem, do *tesouro dos significantes* onde o ser foi forjado desde sua origem. O que irá, então, se colocar como objeto para esse sujeito é de uma outra ordem e terá relação com o que retornará para ele de um inconsciente “estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1955/56, p.195/96).

Desse modo, quando Lacan instiga a perguntar o que o ser vem fazer quando se apresenta, o que ele pretende é quebrar a suposição de que haveria um modo universal de se apreender o ser, que em sua teoria se diferencia substancialmente do que ele elucubra enquanto sujeito, mas que é indissociável de sua posição enquanto tal. Este, para a psicanálise, é aquele que surge de uma operação quase matemática, como o resto da divisão entre verdade e saber. E que, além disso, traz consigo algo definido pela teoria enquanto cisão do inconsciente - instância psíquica, que não se constitui como uma característica natural da espécie humana, mas que aparece, justamente, devido à duplicidade essencial que funda o ser no que este é sobredeterminado pela linguagem, é falante (e falado) desde sua origem, como já mencionado. Dessa forma, a clivagem operada pela linguagem marca estruturalmente o modo do homem se situar no mundo; marca, ainda, o que pode ser dito e o que disso resta como indizível, impossível de ser simbolizado, ou, ainda segundo a teoria, o que resta como o Real.

Buscar compreender os conceitos psicanalíticos a partir de Lacan, é, de certa forma, divagar em sua obra de um lugar a outro, posto que não é de forma sumária que é possível trabalhar com uma teoria extraída eminentemente de sua experiência clínica. Então, pode-se encontrar, por exemplo, essa definição de sujeito exposta a cima que o coloca como o resultado de uma operação lógica, como se pode perceber no texto lacaniano que Alberti et al. (2005) usou como vetor para apresentar a leitura que fez *sobre o nascimento de uma prática*<sup>11</sup>. Ou ainda, como “*virada na*

---

10 Que na tradução que Lacan faz em seu texto “A ciência e a verdade” (1966a p. 878) quer dizer: “la onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir”.

11 Cf. Capítulo 1, ponto 1.4

*relação com a linguagem*”, tal qual encontramos no *Seminário 3* (1955/56, p.244), ou então, como “*Descontinuidade no real*”, como consta em seu escrito sobre a *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano* (1960, p. 815), dentre outras possíveis. Dessa forma, quando pensamos o saber, na subversão freudiana que ele nos apresenta, iremos encontrar, em algum momento, a correlação deste com o que se constitui enquanto sujeito. Uma maneira possível de indicá-lo e que serve ao âmbito desta pesquisa, é a de tomá-lo do seguinte modo: aquele que sabe, porém não sabe que sabe e, no entanto, é capaz, mesmo assim, de tomar uma posição com relação a esse saber não sabido.

Que o sujeito não seja aquele que sabe o que diz, quando efetivamente alguma coisa é dita pela palavra que lhe falta, bem como no ímpar de uma conduta que ele julga ser sua, isso torna pouco confortável alojá-lo no cérebro com que ele parece se socorrer, sobretudo quando dorme – aspecto que atualmente a neurofisiologia não desmente – é essa, evidentemente, a ordem dos fatos que Freud chama de inconsciente (LACAN, 1970, p.403).

Não tendo uma verdade última a ser alcançada, o sujeito se colocará com relação a um discurso, como aquilo que se produz enquanto furo no saber constituinte de uma ordem, seja ela qual for, e, sempre, exigirá a produção de algo que revele, ainda que nunca inteiramente, uma dimensão de verdade que só pode ser percebida na ignorância do saber, como bem o coloca o próprio Lacan (1960 p. 812), “A verdade não é outra coisa senão o que o saber só pode aprender que sabe ao pôr em ação sua ignorância”. A partir daí, ele conduzirá seu texto de forma a elucidar a particularidade que existe na relação do homem com o saber proposta por Freud. Já que é essa estruturação do inconsciente como instância que produz realidade psíquica e que se funda pela ambiguidade e cisão que o limite, a barra introduzida pela linguagem opera, que permite com que a verdade venha a ser, para o sujeito, aquilo que retorna pela via do recalcado. Ou seja, que apareça como sendo estranho e familiar, alheio e íntimo, desconhecido mas, ao mesmo tempo, particular a um dado ser falante.

De qualquer modo, nossa dupla referência ao sujeito absoluto de Hegel e ao sujeito abolido da ciência dá o esclarecimento necessário para formular em sua verdadeira medida a dramaticidade de Freud: reingresso da verdade no campo da ciência, ao mesmo tempo em que ela se impõe no campo de sua práxis: recalcada, ela ali retorna. (LACAN, 1960c, p.813)

Esse *reingresso* no campo da ciência ao qual se refere Lacan é também colocado por Foucault, quando ele se refere ao homem posto como o objeto de um determinado campo do conhecimento que se vê obrigado a extrapolar a dimensão do organismo para apreendê-lo como tal:

O homem para as ciências humanas, não é esse ser vivo que tem uma forma bem particular (uma fisiologia bastante especial e uma anatomia quase única); é esse ser vivo que, do interior da vida a qual pertence inteiramente e pela qual é atravessado em todo o seu ser, constitui representações graças às quais ele vive e a partir das quais detém esta estranha capacidade de poder se representar justamente a vida.” (FOUCAULT, 1999a, p.487).

Esse *ser vivo*, unicamente apreendido no registro do fisiológico, é um constructo teórico de uma certa corrente científica, que tenta tornar neutro justamente isso que, no homem, o faz diferente de todo e qualquer outro objeto da ciência: seus atravessamentos. A matéria ou o material sobre o qual Freud se debruçou e sobre o qual sistematizou sua prática pertence àquilo que há de mais vivo no ser humano: o pulsional. E que, em Lacan, será da ordem de um gozo que invariavelmente, escapará pelas entrelinhas de uma existência para retornar sob os auspícios de uma verdade.

Retorna do real - nome dessa experiência humana de encontro com algo que escapa à materialização e à simbolização. Assim, “esses pontos limites entre medicina e psicanálise poderiam assim se tornar, para a psicanálise, uma espécie de laboratório de pesquisa sobre a questão do real” como bem nos aponta Miller (2014, p.2).

Esse real então, surgirá nesse confim pelo menos de duas formas que podemos aqui definir. Na dimensão significativa, quando é usado para designar aquilo que não é imaginário, ou simbólico, posto que guarda a característica de ser evasivo de qualquer sentido. E ainda, irá se referir àquilo que do corpo retorna como vivência sem sentido, como presença ignorada, tal qual a dor, por exemplo - fenômeno de gozo segundo a descrição do próprio Lacan (1966b) -, ou ainda, a doença orgânica.

Não há desse modo em Freud, se seguirmos a linha de raciocínio proposta por Lacan (1960), a possibilidade de subsunção total da verdade pelo saber. Ou seja, não há conjunto de saber produzido pelo homem que dê conta de abarcar a verdade contida no sujeito. E é exatamente porque a verdade sempre extrapolará o que é da ordem de um saber que se formula a respeito do homem,

que sua posição frente ao mundo vai diferir de qualquer outro objeto de estudo científico. Pois, há algo que interfere diretamente em sua maneira de se colocar, ao mesmo tempo, como pesquisador e objeto. Sua posição frente a essa dimensão de incompletude na sua relação com o saber é o que marca sua estrutura de ser falante que, como já colocado anteriormente, já surge barrado por aquilo que, nele, a linguagem limita.

Isso nos remete imediatamente à imbricação entre a Ordem Médica e o doente. Pois, desta Ordem está elidido tudo que tem correlação com o ser em sua apreensão própria da existência. Ou seja, a medicina tenta lidar em seu esforço cientificista com esse “sujeito abolido da ciência”<sup>12</sup> de tal forma, que as relações do homem com o seu próprio ser e organismo são afastadas e colocadas de fora da apreensão nosográfica da doença pelo médico. É com base nessa percepção que Clavrel (1983, p. 44) afirma que “é pois o discurso médico que tornou possível a identificação mórbida e não o contrário”, revelando que é a partir da instauração de uma forma de apreensão do homem, com base no que se pode produzir de conhecimento sobre seu corpo, que categorias de doenças emergem para encontrar lugar no discurso, marcando, assim, uma forma de ordenação do saber que exclui, definitivamente, o que uma dada autoconsciência pode dizer sobre si. Ele completa: “a medicina provou mais que fartamente que podia prescindir de toda a consciência pessoal de um estado mórbido, e mesmo de toda a demanda” (p. 45).

Aí se funda um mal entendido importante entre *a consciência pessoal de um estado mórbido* e o *prescindir* da demanda, na medida em que revela essa lacuna que se estabelece, já de saída, na relação entre saber e sujeito, e, ainda, por extensão, entre médico e paciente. Aqui é preciso não esquecer que, também, na dimensão do corpo há algo que não é absorvível pelo saber, algo que, nessa relação nosográfica posta pela medicina, escapa, fica de fora. Quinet (1988), vai falar sobre a instância psíquica do *eu* em Freud ser, antes de tudo, uma instância corporal que tem, em comum com esse corpo, uma forma imaginária, uma imagem que dá a um indivíduo a ilusão de ter um corpo unificado, inteiro, total. O autor está se referindo, de certo modo, ao *Estádio do Espelho* teorizado por Lacan, fase onde as identificações se constituem a partir dos efeitos da imagem, incluindo aí a da unidade do corpo do bebê ao se ver no espelho através do olhar da mãe (Outro).

Lacan responde inicialmente essa pergunta com o estágio do espelho, construção lógica, a partir da observação de crianças e da teoria freudiana, de um momento em que o organismo vivo adquire uma unidade corporal por intermédio de uma imagem: a imagem do outro, se semelhante. Trata-se da apreensão da unidade de sua forma no espelho. Esta imagem que constituiu

---

12 Cf. p. 31

uma unidade é uma forma antecipada, ou seja, ela precede a maturidade neuro-fisiológica do indivíduo. Lacan ressalta aqui a importância dessa imagem, de seu caráter ilusório, na constituição de uma forma una, uma gestalt visual para o organismo, o organismo humano que nasce prematuro mesmo quando à termo. (QUINET, 1998, p.14)

A prática psicanalista se ocupará de um sujeito que tem um corpo e que é, ao mesmo tempo, Real, Imaginário e Simbólico. Sobre isso, Miller (1997), psicanalista francês, trará uma definição importante para situar essa questão

A partir daí, é possível distinguir as identificações imaginárias, sempre agressivas, como na fase do espelho – o outro a quem me identifiquei sou eu mesmo – estruturados sobre um: você ou eu, (...). Em segundo lugar, ficam as identificações simbólicas, repousando sobre a mediação da palavra, que opera de maneira totalmente diversa. (J-A MILLER, 1997, p. 28)

Entretanto, o médico, por sua vez, vai operar a partir de outro registro na ordem das coisas, o do organismo, onde os termos correspondem à certa geografia corporal e os significantes coincidem materialmente com seus significados criando uma rede de significação dura, que, por si só, elide a possibilidade do inconsciente.

Assim sendo, não é possível afirmar que o que o médico visa responder através de sua prática e o que lhe é demandado por parte de um determinado paciente coincidam. Entre corpo e organismo há um desencontro, há algo do corpo vivo que não pode ser simbolizado, que resta como um gozo, ou ainda, como real.

A psicanálise, como colocado no início deste capítulo, vai se pôr a trabalho onde o corpo e o sujeito excedem o que é organismo e indivíduo doente. Portanto, uma questão importante resulta para a psicanálise dessa dissenção: o que vem demandar o paciente ao médico? Pois, “responder que o doente lhes demanda a cura não é responder absolutamente nada”, nos alerta Lacan (2001, p.10).

Não responde nada na medida em que a demanda é intransitiva. Segundo Lacan (1958), ela é um apelo ao Outro quando se quer alguma coisa, aparecendo na simples forma de pedidos, mas,

mais ainda, aparecendo simplesmente pelo fato mesmo de que há uma fala, e que isso, por si só, já encerra um pedir algo a alguém. Ou seja, a demanda é própria do sujeito falante, logo, toda fala é, em si, uma demanda dirigida ao Outro. E é isso que lhe dá um caráter de radicalidade, de intransitividade, de onde se conclui, então, que, “Demandar: o sujeito nunca fez outra coisa, só pôde viver por isso, e nós entramos na sequência” (p. 623). Sequência da qual o médico não escapa, porém, também, não saberá como se colocar, visto que, acredita conhecer a demanda de seu paciente na superfície do organismo, sem se dar conta que o corpo se constitui na dimensão da fala. Ou seja, o que faz de um corpo um corpo humano, nos dirá Quinet (1998), é a linguagem em sua dimensão significativa, a identidade do eu com seu corpo é imaginária e especular, como já situado, e onde o corpo unificado é da ordem de uma ficção, posto que, o homem para a psicanálise não é outro senão esse ser falante, que precisa se haver com seu organismo nos moldes do que Freud definiu como pulsional. A pulsão concerne ao corpo, que é sua fonte original e seu destino em última instância.

Mas, retornando ainda à questão concernente à demanda, é preciso entender que, diante dos efeitos de linguagem que marcam em sua própria estrutura aquilo que escapa ao sujeito e, desse modo, como se elaborou até o momento, constituem o que é do campo do inconsciente apontando que há sempre algo nesse nível da linguagem que resta fora do alcance do que se pode chamar de consciência; a demanda, dada sua radicalidade na fala, será algo nessa composição que não terá nunca um objeto próprio. E, assim, *intransitiva*, tal qual a define Lacan (1958, p.623), ela recobre, justamente, a falha existente entre saber e verdade, se colocando como um veículo disso que, escapando à linguagem, se funda como desejo. E o que opera como desejo pela via do significativo, é correlato em estrutura ao que irá operar como gozo, pela via do corpo.

Se deparar com essa dimensão do inconsciente, onde o desejo irrompe como aquilo que revela um para além da demanda, é também defrontar-se com essa dimensão de verdade para o sujeito, nos moldes do que tentou-se estabelecer até aqui, ainda que não se identifique exatamente a ela.

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. (LACAN, 2001 p.10)

Segundo uma definição de Miller (2010, p.5), desejo seria aquilo que se poderia interpretar a partir da demanda “pelo simples fato da demanda falar” e que nomeará, então, aquilo que não se satisfaz, aquilo que, enquanto objeto, está perdido desde sempre, desde os primórdios da experiência do ser enquanto vivo. Ou seja, desejo é um dos nomes da *falta-a-ser* que constitui o sujeito.

A fenda existente entre saber e verdade além de apontar para o lugar de onde a psicanálise vem inaugurar sua ação revela o modo de funcionamento da relação entre médico e doente na ordem dos discursos e, indica, ainda, a forma por onde ela pode responder dentro do hospital. Pois, a partir do que Lacan (1951, p.215) elucida, é possível entender que: “quanto à experiência psicanalítica, devemos compreender que ela se desenrola inteiramente nessa relação de sujeito a sujeito”. Ou seja, é a presença do psicanalista que irá constituir sujeito nos encontros que a falha intrínseca ao saber possibilita. Visto que, a dimensão do sujeito é, então, essa operação lógica do ser, uma operação de linguagem e não é um estado permanente do mesmo. É um corte no discurso que aparece em seus lapsos: no chiste, nos atos falhos, nos sonhos. Eis, desse modo, que o que Lacan chama de sujeito do inconsciente é uma certa função de perturbação na enunciação ou no enunciado do ser falante. Ou ainda como Miller confirma “não tem substância, apresenta algo de evanescente e de vertiginoso” (1997, p. 20).

O analista, a partir dessa definição, pode ser situado enquanto função, exatamente por se colocar como uma presença que irá convocar o sujeito a se apresentar a partir da fala. É isso que Moura (2003, s/p) esclarece, quando escreve sobre o psicanalista em um lugar de função que faz operar um discurso que “permite o advir do sujeito no mais além do que ele fala” . Portanto, é nessa cadeia dos significantes que compõem o Outro, que o sujeito será a “*evanescência*”<sup>13</sup> entre os significantes, a margem de indeterminação que existe entre o que se fala de fato e o que se diz. E aí, a experiência vai mostrar que, geralmente, o dizer aparece, sempre, em uma relação de excesso na correlação com a fala. E esse lugar onde se diz mais do que se fala será, retomando Lacan, o campo do vivo que aqui se esta perseguindo.

Primeiro acentuei a repartição que constitui ao opor, em relação à entrada do inconsciente, os dois campos do sujeito e do Outro. O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. (LACAN, 2008, p.200)

---

13 Cf. p. 35

Nesse campo do vivo onde o *sujeito tem que aparecer*, se situa, então, a partir de tudo o que se sistematizou até aqui, o sujeito, o desejo, a dimensão da verdade e o corpo com toda a sua força, potência e inclinação ao gozo. Corpo e organismo são, como se pôde começar a ver duas dimensões distintas em psicanálise, e intimamente ligadas pela dimensão pulsional que envolve o ser falante. Desse modo, faz-se necessário o esforço de se debruçar um pouco mais sobre isso.

## 2.3 – O estatuto do corpo

Na tentativa de elucidar o lugar do sujeito em psicanálise como uma irrupção de fala que se instaura na ruptura entre saber e verdade revelando a dimensão inconsciente e sua estrutura, ficaram abertas certas arestas que importa a este trabalho estudar um pouco mais amiúde. Lacan (1980/2016) irá propor o seguinte

O corpo só aparece no real como **mal-entendido**. Sejam aqui radicais: O corpo de vocês é fruto de uma linhagem da qual boa parte de seus infortúnios diz respeito ao fato de que ela já nadava no **mal-entendido** tanto o quanto podia. Ela nadava pela simples razão que ela *falasseria* (*parlêtrait*) a torto e a direito. Foi isso que ela transmitiu a vocês “dando-lhes a vida” como se diz. Foi isso que vocês herdaram. E é o que explica o mal estar de vocês, quando é o caso. (LACAN, 2016, pp.10,11).

Trazendo, assim, de uma só vez os conceitos de corpo, real e mal-entendido; colocando-os em relação direta com o campo do inconsciente, isto é, com a linguagem e com o Outro. Ele nos apresenta, então, a “*linhagem*”, dentro da qual o ser nasce, falado (pelo Outro) e falante (a partir do Outro).

O que isso significa é que, de forma geral, só pode ter um corpo e falar sobre ele aquele cujo corpo, no sentido mais ingênuo, foi concebido pela linguagem como tal. Em outras palavras, aquele cujo o corpo não está apreendido na linguagem, não pode ter propriamente um corpo e não pode se

qualificar enquanto ser. Pois, o *fala-a-ser* (*parlêtre*), como está indicado acima, é o ser que por falar, por ser atravessado pela linguagem, passa a possuir um corpo sobre o qual se apoiar. No sentido de que corpo e ser são operações de linguagem que só existem em regime de complementariedade. Um sem o outro não se sustenta. “Não há ser sem corpo, nem corpo sem ser. Os animais, como veremos, não tem corpo nem ser: são carne. Só podemos falar do corpo e dizer “este é meu corpo” porque ele é feito de linguagem” (Quinet, 2004, p. 60). Daí o neologismo criado por Lacan. E é nessa dimensão de *falasser*, de clivagem da linguagem sobre o ser, que o mal entendido se funda.

Se retornarmos um pouco à medicina, com tudo o que foi possível delinear até aqui, temos como dedução que seu modo de fazer clínica, no hospital ou fora dele, está ligado ao que é possível delimitar, balizar, medir. Seu objeto é exaurido pela observação “objetiva” e positiva do olhar médico. O hospital é o lugar da taxonomia, do controle e do organismo segmentado em especialidades médicas, ou seja, de um saber instituído *a priori*. E aqui, retomando Foucault (2011b), percebemos que é o olho, ou ainda o olhar, que está em jogo na clínica médica. Esse olhar que pretende englobar, escanear, desvelar de forma cada vez mais sofisticada seu objeto “neutro”. No entanto, há algo que escapa a essa escansão do olhar, tanto no real, posto que não é possível ver tudo, quanto na dimensão do sujeito, que põe em evidência a fala, como se pontuou anteriormente. Ansermet (2003, p. 9), médico psicanalista, irá colocar da seguinte forma, “Onde a medicina é uma clínica do corpo, na condição de objeto do olhar, a psicanálise almeja ser uma clínica do sujeito apreendido pela escuta (...) A escuta daria acesso a algo inapreensível pelo olhar”. Esse inapreensível pelo olhar se situaria, de acordo com a teoria freudiana, ao lado do pulsional do corpo, ao lado da economia dinâmica da vida, ao lado disso que viemos mapeado como aquilo que escapa aos positivismos do saber instaurado pelo discurso médico-científico.

Falar no pulsional do corpo é retomar à teoria freudiana, onde é possível ver, com base na formulação que tal teoria apresenta, a abertura para essa outra dimensão que fica de fora da emancipação do saber e que, aqui, aparece como esse mais além, como excesso de vida que extrapola a nosografia. A pulsão, em Freud, é ao mesmo tempo “um conceito limite entre o somático e o psíquico” e “atua sempre como uma força constante” sobre o corpo proveniente de estímulos internos (2010c, p. 54 e 57). O que se estabelece a partir da teoria dos instintos e seus destinos é o que, mais tarde, Lacan desenvolverá em sua conceituação sobre o gozo. Ou seja, este será o nome lacaniano para o mais além da teoria pulsional.

Porque aquilo que chamo gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, é

sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto, até mesmo da proeza. Há incontestavelmente gozo no nível em que começa a aparecer a dor, e sabemos que é somente neste nível da dor que pode se experimentar toda a dimensão do organismo que de outra forma fica velada (LACAN, 2001, p.12)

O espaço hospitalar é o lugar onde o corpo vivo se faz objeto inanimado, objeto de saber e objeto comercializável, sem, no entanto, deixar de ser um corpo que goza. O que é apontado por Lacan, aqui, é que onde há dor há gozo. A dimensão velada do organismo, ou seja, aquilo que é matéria de um corpo vivo, goza de sua existência. Ela é uma dimensão velada, dado que, como aquela velha definição de saúde trazida por Canguilhem aponta<sup>14</sup>, os órgãos são silenciosos. Não se sabe da existência do organismo até que surja a dimensão da dor ou da doença (ou ainda, não se pode deixar de incluir, do prazer, deleite ou satisfação). Essa divergência entre o organismo no qual se habita e o corpo que se tem é o que Lacan (2010) vai nomear de “falha epistemo-somática”: a distância que separa o corpo em sua dimensão de gozo e o saber que se produz sobre ele. O gozo do corpo não é passível de objetificação dado que é a própria existência que retorna como real nesse corpo que é vivo - Lembrando que o real para Lacan é aquilo que não passível de ser simbolizado, que aparece justamente na inconsistência da linguagem, ou ainda, na inconsistência do Outro.

Nesse sentido, é possível pensar a doença orgânica como aquilo que *“leva o real”*, segundo as palavras de Ansermet (2003), e revela, aí, toda a dimensão de mal-entendido que o sujeito abarca, pois o real lacaniano não se restringe somente a uma dimensão de pura linguagem, ele se situará também no encontro entre esta e o corpo. A partir daí, em psicanálise se procede uma outra concepção de sintoma, ligada a essa dimensão de gozo que se estende à existência mesma do ser excedido do corpo, e ligada ao fato de que há algo que permanece como incurável nessa dimensão ontológica. Como nos alerta Mattos (2008, p. 36), *“...é mister não relegar ao esquecimento que a existência não tem cura”*. Sob esse prisma, a psicanálise se ocupará então, no hospital ou fora dele, dessa dimensão de impossível que, inerente à existência, só aparece, no entanto, articulada pela linguagem. Em outras palavras é possível afirmar, então que a psicanálise se ocupa de um impossível de se suportar que vem articulado ao modos de se dizer. Algo como a dimensão de inominável que um determinado sofrimento, incluindo o causado pela doença orgânica, ocupa em confronto à superfície da fala. É impossível dizer tudo, ainda que se tente.

---

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

É aí, nessa “falha epstêmo-somática” que surge exatamente algo do ser que irá sempre escapar ao discurso médico. Algo que, Lacan irá chamar de “pobre na festa” (1966b, p.11). Ou seja, aquilo que o corpo vai propor à medicina com base na velha dicotomia cartesiana que o exilou do pensamento, aquilo que “surge no real como mal entendido”<sup>15</sup>, até mesmo para Descartes.

Na internação de um grande hospital é a esse “pobre na festa” que o psicanalista pode e vai se dirigir. É onde o médico, diante da estruturação cada vez mais segmentária do saber com o qual lida, e diante da festa dos aparatos tecnológicos de ampliação do olhar sobre o corpo, perde-se do sujeito e encontra-se, aí, paralisado, na maioria das vezes, pelo limite mesmo que o discurso médico lhe impôs. Nesse lugar, a presença do psicanalista pode surgir como um retorno da medicina sobre o ser do sujeito, posto que é impossível escapar à sobredeterminação que o espaço hospitalar impõe. O lugar de onde se estará operando, é o lugar, por excelência, de um discurso no qual o psicanalista estará, a princípio, alienado: lugar do Outro do discurso médico. Aí, então, ele poderá ocupar a posição de quem escuta a demanda do paciente cômico de que ela recobre toda a dimensão inconsciente do desejo, e, assim, colocar em função o que deste lugar pode fazer advir o que é específico do sujeito: sua relação com o inconsciente. O campo do Outro, do inconsciente, é esse lugar do saber e da linguagem que diz respeito a tudo o que é do sujeito, campo onde “se localizam os excessos da linguagem dos quais o sujeito porta uma marca” (Lacan, 1966b, p.12).

O que Lacan (1966b) instiga a ver, é que o corpo responde de outro lugar quando a medicina tenta categorizá-lo. Há algo que escapa, no próprio corpo, à toda tentativa de nosografia de normatização. Há uma dimensão, como já apontamos, de um mais além do corpo à qual ele denominou gozo. O corpo goza e isso não é absorvível pelo saber, é uma dimensão que não é possível de ser objetivada e permanece sempre incurável. Do mesmo modo que pontuamos que na relação do saber com a verdade algo do sujeito se coloca como impossível de ser apreendido.

Outra nuance da impotência do discurso médico surge diante do real, que em psicanálise é aquilo que é impossível de ser simbolizado, ou ainda impossível de se suportar. A doença orgânica, muitas vezes em sua gravidade e prognóstico encarna esse âmbito de real sobre o qual a medicina só pode caducar, posto que, seu empenho e poder está todo investido em tentativas de fazer o corpo perpetuar-se e a vida prosseguir.

O trabalho psicanalítico pode se colocar, então, dentro do espaço nosocomial, em relação ao que pode ser produzido pelo sujeito como verdade. Porém, estará nesse campo complexo onde a doença tem prevalência sobre o paciente no campo da fala, do discurso e do poder. A fenda que se

---

15 Cf p. 36.

abre entre os rigorosos protocolos médicos, seus mecanismos de alcance visual avançado, e a irrupção do real da finitude, do adoecimento, enfim, do corpo, provam elidir o sujeito de seu lugar no Outro. Ou seja, o que aparece como impossível de ser significado, ou ainda de ser dito, o “inominável do sofrimento provocado pela doença orgânica” (Vilanova, 1997, p. 283) coloca o sujeito em questão quanto ao seu funcionamento. Isto porque diante do Outro que o discurso médico inaugura, ele fica de fora com relação a produção de verdade e com relação ao gozo. Como nos ensina Lacan,

Para que possamos nos situar quanto ao funcionamento do sujeito, esse Outro deve ser definido como lugar da fala. Não é ali de onde a palavra se emite, mas ali onde assume seu valor de palavra, isto é, onde inaugura a dimensão da verdade. (LACAN, 2006, p. 46)

O saber em psicanálise é de outra ordem, pertence à dimensão inconsciente que, como apontamos, é “o lugar do Outro”.

Soler (1993), elucidando o conceito de *impossível de suportar*, irá marcar que este se refere ao campo do sofrimento, que como já pontuamos anteriormente, é o campo onde Freud coloca, dentre outras coisas, o corpo como uma das fontes principais.<sup>16</sup> Essa característica do corpo como fonte de sofrimento se dá justamente porque é na dimensão do organismo que surge algo que nos afeta que é impossível de evitar e, no caso das doenças orgânicas, tantas vezes, intolerável. Logo, *impossível de suportar* é uma forma de designar um dos efeitos do real.

L'expression [impossible à supporter] désigne l'affect du réel, impossible à éviter et intolérable. Son champ est celui de la souffrance dont Freud distinguait les trois sources: (...). (SOLER, 1993, p. 9)<sup>17</sup>

Daí podemos tirar que a prática do analista no hospital consiste em fazer existir o inconsciente, tesouro dos significantes, como um saber a ser construído e depositado no próprio espaço que a presença do analista funda. Posto que à psicanálise vai interessar o saber particular ao sujeito, esse que fará com que jamais dois casos numa internação sejam iguais, ou ainda, que haja

---

<sup>16</sup> Cf. p. 4.

<sup>17</sup> “A expressão designa o efeito do real, impossível de evitar e intolerável. Seu campo é aquele do sofrimento de onde Freud distinguiu as três fontes: (...)” (tradução nossa).

uma evolução de doença ou sintoma que seja, de fato, idêntica uma à outra ainda que os diagnósticos coincidam. Logo não se trata de marcar de forma pura e ingênua uma dicotomia, mas de pensar que nesse espaço de produção significativa o discurso médico se instaura como Outro diante do qual um sujeito pode aparecer com sua demanda. E aí, ele pode aparecer em qualquer posição na configuração complexa que o hospital impõe, paciente, médico, enfermeiro etc. Dessa forma, como afirma Ansermet:

trabalhar como psicanalista no campo da medicina implica admitir passar pelo mal-entendido, evitar contorná-lo, recobri-lo, apagá-lo, cumulá-lo com um saber a mais: resta calcular o paradoxo que consiste em ordenar uma prática a partir do reconhecimento do mal-entendido que a funda. (ANSERMET, 2014, p. 4)

Retomando Soler (1993), o impossível de suportar que concerne à psicanálise será aquele que de igual modo se relaciona com a fala, e que, por isso, implica a particularidade do sujeito e suas possibilidades de resposta com relação a este real que irrompe diante de uma doença que leva à internação, por exemplo. Assim, doença pode ser considerado um nome do real que acomete o organismo.

Mais ce n'est pas tout impossible à supporter qui concerne la psychanalyse. Seulement celui qui a pris forme parlée, (...). C'est un impossible corrélé au dire, dès lors non universalisable, relatif à un vouloir qui admet ou rejette. (SOLLER, 1993, p. 9)<sup>18</sup>

Retoma-se assim, o início dessa elaboração sobre o estatuto que o corpo assume a partir da orientação analítica e sua sistematização e origem desde Freud. Ao seguir o que Miller propõe é possível concluir que esse mal-entendido não é outro senão o da própria gênese da psicanálise, isso que nomeamos ao longo desse trabalho como falha no saber, como incompletude, cisão, quando apontamos para o plano do sujeito.

---

18 *“Mas não é todo impossível de suportar que concerne à psicanálise, mas aquele que possui forma falada, (...). É um impossível correlato ao dizer, logo não universalizável, relativo a um querer que o admite ou rejeita” (tradução nossa)*

## 2.4 – O corpo e o Gozo

O que tentou-se marcar até este ponto é que existe um espaço em aberto dentro da forma pela qual a medicina instituiu sua práxis que possibilita à psicanálise sua ocupação. Ele se localiza na questão que se forma entre o ser e o ter um corpo. A relação que o ser falante desenvolve com seu organismo, é marcada de tal forma pela incidência do significante neste corpo que sua constituição como uma totalidade é não só uma construção simbólica e imaginária, como é formatada por um mal-entendido fundado exatamente por esse encontro, como tentamos pontuar anteriormente.

Quando Lacan (1996b) revela que o corpo não se encerra em um organismo e que tende a responder de um lugar inesperado quando convocado pela medicina, e afirma, em seguida, que ele é feito de gozo, que goza, ele está sinalizando que há algo nessa relação do saber com o corpo e com o sujeito que o habita que gera um contingente que está de fora daquilo para o qual a medicina se dirige enquanto ciência. Algo que surge na falha epistemo-somática, nesse espaço que se situa entre, sujeito, desejo e gozo que resta no ponto cego da ciência.

Vieira (2002) defende que tal afirmação lacaniana é uma retomada do conceito de pulsão de morte em Freud, onde ele revela que, ao contrário das mais bem intencionadas concepções médicas, o corpo não é algo cuja a homeostase busca um estado de vida equilibrada e saudável, mas que ao invés é constituído por uma tensão constante que revela que algo neste corpo é nefasto, obscuro, e tende, como afirma o próprio Freud (1920/2010, p. 205), a um “retorno ao inorgânico”.

Vejam como temos aí um ponto de choque. Esta afirmação inverte a visão habitual de um corpo feito para se impor diante das forças paroxísticas da destruição. Lacan tal como Freud, parte do fato de que – de maneira análoga às lacunas do discurso, lapsos por exemplo, que revelam algo de uma verdade meio-dita – as frestas do corpo desvelam algo incrivelmente obscuro que estranhamente lhe dá prazer. (VIEIRA 2002, p.4)

Em outras palavras gozo é o que afeta o corpo. E desse modo, pode se compreender que há

algo de uma perda constante na dimensão humana que se impõe na contramão do desejo por trás da sistematização da medicina. Ansermet (2003, p. 15), afirma que “O destino de todo homem é perder” quando se pergunta o que pode fazer um médico frente às vicissitudes do adoecer humano. Ou seja, algo do corpo está em ruptura com a ideia de um organismo harmonioso concebido para a vida e, diante disso, o médico se vê frente à exigência de buscar uma forma de se colocar com relação ao incurável do gozo humano de maneira a permitir que ele seja capaz de fazer o seu trabalho, ainda que isso signifique erigir defesas. Como aponta o próprio Freud (1930/2010, p.30), “Podemos dizer que a intenção de que o homem seja 'feliz' não se acha no plano da 'Criação’”. E diante desse fato, as defesas geralmente surgem exatamente na dimensão da transferência.

Freud (1912), deixou marcado de forma clara o quanto a medicina está submetida ao peso dos efeitos transferenciais. A negligência aos efeitos desse fenômeno tão intrínseco à clínica, não impede que as manifestações do inconsciente, que age em todos, venham a se fazer presentes no âmbito da internação hospitalar.

A clínica analítica é uma clínica sob transferência, porém a transferência não ocorre apenas no tratamento analítico. (...) No campo médico, contudo, a transferência, via de regra é velada, negada. Ora, os fenômenos Transferenciais, como ensina Freud, ganharão mais importância quanto menor for a dúvida em relação à sua existência. (ANSERMET, 2003, p. 15)

Dessa forma, é possível pontuar duas dimensões importantes que garantem que a presença de um analista advertido poderá muito em seus efeitos dentro desse campo complexo onde a medicina e o sujeito se encontram e se estranham. A primeira se situa nesse para além da vida, nessa “vida que não cabe na vida”, ou ainda nesse incurável de vida que resta sempre como tal, que é a dimensão do gozo do corpo. E a segunda estaria na dimensão transferencial que reativa os fenômenos inconscientes e suas resistências.

Não é correto que durante a psicanálise a transferência surja de modo mais intenso e desenfreado que fora dela. Em instituições onde os doentes de nervos são tratados não analiticamente, observam-se as maiores intensidades e as mais indignas formas de uma transferência que beira a servidão, e também o seu inequívoco matiz erótico. (FREUD, 1912, p. 137).

Lacan (1970) irá dizer que “Quanto ao corpo, é secundário que ele esteja morto ou vivo”, pois o que virá primeiro é essa operação simbólica que o coloca como suporte do sujeito de forma a sustentar sua relação com o Outro. O que Lacan indica aí é a dimensão de mortificação que envolve a designação desse corpo. Quando a linguagem confere um corpo ao sujeito ela não designa, necessariamente, se este é um corpo vivo ou morto. Não é a linguagem que confere ao corpo vida, ao contrário, como aponta Lacan, a linguagem o mortifica.

No entanto, o organismo deve ser incorporado na linguagem para tornar-se de fato um corpo humano, um corpo dito, falado. Ou seja, o corpo é secundário justamente porque é sobre ele que incidirão os “excessos da linguagem”, como aponta Quinet (1998, p. 16) “é pelo fato de habitar a linguagem que o homem pode encontrar a função dos seus órgãos”. Essa articulação entre linguagem e corpo que produz gozo, um gozo que extrapola o corpo, que parece surgir dele e retornar a ele pela via aberta pelo significante. Ao mesmo tempo em que é superfície onde o significante se inscreve, é esse mesmo significante que recorta no corpo, em seus órgãos as localizações de gozo.

Assim, retomando um pouco algo que já foi pontuado neste trabalho, o corpo é um acontecimento no enlaçamento que ocorre entre simbólico, imaginário e real. Um acontecimento que é em tudo diferente da apreensão de funções isoláveis do organismo com a qual a medicina, em sua via principal, trabalha. A experiência de ter um corpo como uma unidade na qual se localizam as satisfações pulsionais, é uma experiência de gozo.

Volto primeiro ao corpo simbólico, que convém entender como nenhuma metáfora. Prova disso é que nada senão ele isola o corpo, a ser tomado no sentido ingênuo, isto é, aquele sobre o qual o ser que nele se apoia não sabe que é a linguagem que lho confere, a tal ponto que ele não existiria, se não pudesse falar. (LACAN, 1970, p. 406).

Desse modo, o sujeito - este que aqui se tentou delinear - esta apoiado sobre esse corpo simbólico que funda o corpo imaginário sobre o qual se apoia. Isso que, segundo Lacan (1970, p. 424), “faz do corpo uma mesa de jogo”, é o que põe em cena o inconsciente como um saber que se apresenta como impossível. Ou seja, como real.

Lacan tenta marcar nesse texto que o inconsciente não desqualifica o saber natural, mas se

articula a esse pela via do negativo de sua estruturação. Há o que é possível de saber, e que é produzido no âmbito das ciências, e há o que é impossível de saber que é produzido da fusão mal-entendida da linguagem com o corpo e desse com o sujeito. Há, então, modos que são únicos de um sujeito gozar de seu corpo, posto que a forma pela qual a linguagem incidirá sobre cada injunção de ser, será sempre singular e específica.

Desse modo, tomando que “o inconsciente é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (Lacan, 1964, p. 126), e que para cada sujeito a cadeia significante se forma com determinada ordem advinda da constituição de sua história, as marcas libidinais que marcam o corpo de cada um em sua dimensão de gozo só serão computadas se diante de um paciente internado houver alguém atento à essa dimensão do corpo para além de um organismo.

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. (ANSERMET, 2003, p.15).

Entender um pouco melhor essa dimensão do corpo que convoca o gozo de sua existência, permite compreender o apelo que Lacan (1966b, p. 13) faz aos médicos, ao pontuar que é da posição de psicanalista que uma demanda de saber pode ser respondida, “ainda que isso possa ser feito conduzindo-se o sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar esta demanda”, pois o “inesperado é que o próprio sujeito confesse sua verdade e a confesse sem sabê-lo”. O desafio lançado por Lacan é o de tomar o inconsciente como uma “fechadura”, o que convocará a psicanálise a operar pela via “da chave”.

Vieira (1997), esclarece que trabalhar pelo método da chave em Lacan, significa trabalhar por uma via que restringe a um mínimo de sentido, para não se deixar enganar pelo que a compreensão pode obnubilar em um trabalho orientado pela psicanálise. E acrescenta um ponto importante para ajudar a concepção deste trabalho a pensar o lugar e função de um analista frente ao campo aberto pela internação. Ele diz “Podemos supor entretanto que a chave à qual refere-se Lacan seja o objeto *a*” (Vieira, 1997, p. 3). E esclarece que este pode ser concebido como “aquilo que faz funcionar os significantes posto que é a extração deste que causa o desejo e leva o sujeito (...) a percorrer indefinidamente a cadeia do significante na tentativa de completar sua falta-a-ser”

(p. 13).

Levando-se em conta que a doença orgânica evoca um real impossível de suportar que, como vimos anteriormente, está também referido a essa dimensão de linguagem e fala que concerne ao sujeito, e uma vez que esse real se refere ao limítrofe da experiência, a única coisa possível de ser feita, é percorrer as significações que ele engendra para cada sujeito, e não a vivência da doença em si, posto que essa é inacessível. Se é que existe fora do desfiladeiro significativo...

Pensar a psicanálise como método da chave também permitiria conceber a diferença entre a experiência da doença enquanto uma vivência do indivíduo doente, que pela via da medicina seria um fenômeno que se repete de um paciente ao outro no repositório dos diagnósticos possíveis; e a experiência enquanto uma abertura ao real da estrutura singular do sujeito falante a qual é incomunicável, mas pode, ainda assim, ser de alguma forma acessada, naquilo que o método o permitir: “de maneira enviezada, sem nomear” (Vieira, 1997, p. 4).

A partir disso é possível juntar mais um elemento que corrobore que o analista tem algo a oferecer e a sustentar dentro do hospital, inserido em uma equipe de trabalho. Posto que, diante da singularidade do sujeito tem-se que a internação não será a mesma para todos, assim como a doença não é igual para todos ainda que se tenha um mesmo diagnóstico. Não haverá duas *Doenças de Khron* idênticas, como, não haverá dois casos iguais de *Dengue*, por exemplo. A internação, tal qual qualquer instituição é um Outro, e será um Outro para cada sujeito - paciente ou não.

Esse Outro que será suposto, então, para cada sujeito ali, não existe, porém, isso não suspende o esforço que este fará em direção ao que ali, naquela internação, sob aquela condição específica, o causa. Ou seja, o objeto *a*, para cada um é o que causa a falta-a-ser que constitui cada sujeito e os implica em sua própria fala ou demanda. Assim como é o que causa essa necessidade de fazer corpo que, obrigatoriamente, deve passar pelo significativo, como aqui foi colocado. Desse modo, como ao lado da instituição se colocará sempre a inconsistência do saber, ao lado do sujeito estará, então, os significantes com os quais esse poderá se arranjar frente ao impossível de suportar que uma internação hospitalar evoca.

O que sustenta, diante disso, o desejo do analista dentro da internação, é uma posição que se nega a recuar diante do endereçamento singular que cada um fará aí.

É a clínica para o nosso tempo. Podemos experimentar a surpresa e a volta da contingência. Neste mundo, um caso particular jamais é um caso exemplar de uma regra ou de uma classe. Somente há exceções à regra. Essa é a fórmula universal, paradoxal, é claro. (MILLER, 2006, P. 27)

O paradoxo de supor que a constância é o que não se repete deve guiar o analista. Entretanto, não se pode confundir a ausência de saber para cada caso com uma inexistência generalizada deste. *Lato sensu*, existe a dimensão da prática que produz algo possível de ser transmitido, princípios que sirvam para a direção do tratamento, ainda que a cada caso esses tenham que ser (re)descobertos. Como afirma Miller (2006, p. 28) “Claro, é preciso fazer a teoria desta hiância”.

## Capítulo 3: Sobre um ofício...

### 3.1 – Lugar e função.

Conforme foi visto até o momento, e também de acordo com a abordagem teórica que se escolheu seguir – a psicanálise de orientação lacaniana – , o adoecer acarreta efeitos de gozo que se colocam como uma certa barreira às intenções tecnicistas da ordem médica e seu discurso. Num espaço onde cada vez mais a medicina exclui a palavra, para se guiar quase que exclusivamente por exames de alta complexidade que ampliam o alcance do olhar, o psicanalista, então, surge como possibilidade de presença que se disponibilizará a recolher e trabalhar o que acaba sendo ou excluído ou ignorado na relação médico-paciente nesse espaço de primazia do olhar.

Os efeitos de gozo que o adoecimento e o trauma impõem são justamente aquilo que faz barreira aos propósitos técnico-instrumentais da racionalidade do dispositivo médico. Nada pior do que o advento de um sujeito para turvar a objetividade protocolar do exercício de medicina contemporânea. Eis o psicanalista, então convocado a mediar essa não-relação entre médico e paciente. (BATISTA, MOURA & CARVALHO, 2011, P.14)

Desse modo, é possível concluir que, diante de um dispositivo como o hospital que aliena cada vez mais a dimensão da fala e com isso exclui o que pode advir de sujeito, a psicanálise se coloca como um lugar singular de subversão e insurreição frente a uma certa ordem protocolar do

discurso médico. O inconsciente estruturado como uma linguagem, como vimos, abriu um campo de operação que supõem que onde quer que haja um ser falante, haverá a possibilidade de uma prática orientada pela psicanálise.

A clínica no hospital geral oferece elementos importantes à teoria psicanalítica e exige do psicanalista um manejo sempre atento e delicado de sua posição, pois como aponta Lacan (1964, p. 125) “A presença do analista é ela própria uma manifestação do inconsciente”. No entanto, esse lugar e essa posição não existem num *a priori*, mas são construídos a cada encontro. Irá importar ao analista, então, a resposta do sujeito a cada momento particular, a forma pela qual este trata o real que está em jogo ali e para si mesmo. Assim sendo, a práxis orientada pela psicanálise encerra uma função: a de viabilizar o acesso ao inconsciente e de recolher o que desse encontro emerge para re-situar o sujeito.

O inconsciente é a soma dos efeitos da fala, sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante. Isso marca bem que, com o termo sujeito (...) não designamos o substrato vivo de que precisa o fenômeno subjetivo, nem qualquer espécie de substância, nem qualquer ser do conhecimento em sua patia (...) nem mesmo o logos que se encarnaria em alguma parte, mas o sujeito cartesiano, que aparece no momento em que a dúvida surge como certeza. (LACAN, 1964, p. 126)

Um caso recente, de um paciente atendido na internação de um grande hospital local, serve para ilustrar esse momento, onde uma dúvida surge como certeza diante do analista que se propôs a sustentar um lugar vazio de discursos reguladores. Após organizar pela fala sua história de adoecimento e dos motivos que o levavam a estar novamente internado no hospital, o paciente diz à analista que permanece ao seu lado em silêncio após o fim de sua história com o claro intuito de ouvi-lo em algo a mais: “Eu não sei por que isso agora. Eu não sou de reclamar... Acredito em Deus e sou grato por tudo que tenho... Mas porquê isso agora? Porquê isso aconteceu comigo justo agora?”<sup>19</sup>

Quando a dúvida aparece como uma certeza, a certeza de não se saber nada da condição humana ou do sem sentido que opera no real das coisas que não são possíveis de simbolizar, eis o lugar de onde um analista pode instaurar sua presença como uma função. Presença esta que admite o sujeito em seu desamparo, que não poderá dar uma resposta pronta, mas, tampouco, deixará

---

19 *Caso próprio registrado documentalmente em arquivo laboral.*

passar sem um anteparo tal fala. É necessário que o sujeito encontre um Outro que saiba acusar recebimento do que se deposita no espaço aberto à demanda do sujeito, de forma que algo possa se produzir a partir disso.

Tem-se muitas vezes a impressão de que o que dirige muito profundamente a intenção do discurso não é talvez outra coisa senão ficar exatamente nos limites do que já foi dito. Parece que a última intenção desse discurso é fazer um sinal aos destinatários, e provar que o signatário é, se posso assim dizer, não nulo (LACAN, 1955/56, p.243)

Tomar o signatário por não nulo é, justamente, se colocar no lugar desse Outro da língua a quem o sujeito faz apelo. Acusar recebimento é aceitar o sinal que o discurso anuncia, pois, como já foi marcado, a internação é um lugar de desalojamento e de objetificação do ser na figura do doente. É comum sentir uma profunda perda de autonomia, ou despessoalização como nomeou Goffman (1974)<sup>20</sup>. Ou ainda, nas palavras de uma paciente: “eu não sou ninguém” (Silveri, 2009, p.46). Entretanto, como bem ressalta Vilanova (2001), não é a gravidade das questões clínicas que determina o que se configura ou não como uma tragédia para o sujeito, é sua posição diante do que lhe acomete. Proporcionar condições para que o sujeito se manifeste é proporcionar que ele possa tecer condições de sair de uma posição de puro objeto das intervenções médicas e de cuidado.

O impossível revelado pela dimensão trágica da vida humana, por outro lado, não deve paralisar o sujeito. Diante de algo que não tem solução, há muito a fazer. Suportar a falta radical que o trágico exacerba não significa buscar freneticamente uma solução, mas suportar o impasse. (VILANOVA, 2001, P. 48)

Ansermet situa uma recomendação freudiana sobre a posição do analista que é uma direção importante para localizar esse lugar *vacante*, que aqui se descreveu, onde os impasses podem ser suportados. Ele diz “como enuncia Freud em sua discussão clínica sobre o pequeno Hans: *'o único conselho que posso dar é não tentar compreender de imediato, dedicando uma espécie de atenção imparcial a tudo o que se apresenta e aguardando o que se seguirá'*” (2003, p. 11-12). De fato,

---

20 Cf. p.11

Lacan também instrui sobre esse manejo delicado que um psicanalista deve assumir quando escreve sobre o que denominou de *douta ignorância*: um modo formal de encontrar a medida de marcar uma posição de não-saber que, longe de ser um simples desconhecimento pueril, é uma posição que instiga ao sujeito produzir “seu verdadeiro sentido à sua própria palavra” ou, ainda, “em outros termos, a posição do analista deve ser a de uma *ignorantia docta*, o que não quer dizer sábia, mas formal, e que pode ser, para o sujeito, formadora” (LACAN, 2009, p. 362).

Isso remete ao que foi elaborado no segundo capítulo dessa dissertação, e que Lambert coloca de forma clara e concisa: “No trabalho no hospital, constato, cotidianamente, que para obter algum tipo de efeito analítico numa instituição é necessário poder operar a partir do limite do saber e não de ignorá-lo” (2003, p. 51). Reconhecer o limite no saber e conseguir instigar uma outra possibilidade de produção e manejo do conhecimento serão operações que se complementarão a partir de uma posição que o psicanalista irá sustentar na instituição.

Moura nos fornece um exemplo clínico que permite, através de sua experiência, uma aproximação com esse tal lugar, cujo os contornos aqui se está perseguindo. Com relação a um paciente internado que, segundo a visão geral da equipe do hospital, criava problemas, a autora nos relata que a psicanalista teria sido chamada a intervir para que “ajudasse” (2011, p. 102). De fato, é necessário estar advertido de que, com frequência, o psicanalista em uma internação hospitalar é chamado no lugar de especialista, ou seja, de detentor de um saber a mais, complementar. Porém, ele cuida para que possa responder de um lugar outro, desse lugar de limite do saber, de descompletude que Laurent (2008) define da seguinte forma,

O psicanalista de hoje tem que se haver com as demandas institucionais e faz com isso tal como faz com o supereu, o supereu da civilização. Trata-se de descompletá-lo, inconsisti-lo, indecidi-lo, indemonstrá-lo (...). O psicanalista tenta estar ali tanto sob as figuras do mais-um, quanto sob aquelas do menos-um ou do êxtimo. (LAURENT, 2008, p.4)

Após uma breve escuta da demanda da equipe, o analista do caso apresentado por Moura (2011) sugere uma reunião com os profissionais que atendem o determinado paciente. Nesta reunião comparecem o médico assistente, a chefe da enfermagem, alguns enfermeiros e o psicanalista. Neste momento tem-se o seguinte relato:

“Em um primeiro momento, surgem muitas queixas, revelando a impotência dos profissionais na condução do tratamento. Esta impotência se corporifica durante a reunião quando o analista não sabe o que fazer e sustenta com dificuldade o espaço para a contingência, para que algo novo possa surgir” (MOURA, 2011, p.103)

Sustentar o espaço “para que algo novo possa surgir” é, de certo modo, fazer valer a ignorância doutra da posição do analista. Por mais que esteja confesso que ele também não soubesse o que fazer diante da enxurrada de queixas que o espaço criado por ele trouxe à baila, estava ciente de que, sustentar o espaço aberto ou, ainda, suportar o impasse, possibilitaria o surgimento do novo sobre o qual algo pudesse ser produzido. Alguma coisa que viesse a fazer furo no bloco das queixas e que permitisse uma mobilidade da equipe com relação ao sujeito subjacente ali.

No caso citado, isso ocorreu no momento em que notaram que nenhum integrante daquela equipe sabia o nome do paciente (Moura, 2011, p. 104). Esse furo, também da ordem da *certeza de uma dúvida*, que surgiu como surpresa na reunião, permitiu uma mudança de percepção. O desdobramento que se deu, então, foi a elaboração de pequenas estratégias distintas das que tinham sido feitas até o momento com o paciente, que, a partir daquele momento, passou a possuir um nome próprio para aquela equipe. Outras reuniões foram marcadas e novas questões foram trazidas e trabalhadas junto ao analista, de forma a sustentar em aberto esse espaço de questionamento onde antes se tinham tantas certezas imobilizantes, representadas pelas queixas iniciais.

A partir dessas novas reuniões, os profissionais refletem sobre a diferença entre uma 'alta' para um paciente, que todos conheciam melhor, e uma 'alta' somente técnica. As reuniões da equipe permitiram lidar com o tratamento e a alta do paciente com um nome, e incluí-lo como sujeito nos protocolos” (MOURA, 2011, p. 105).

Nesse caso, pode-se perceber que a presença do analista e suas intervenções provocaram um efeito que não é produzido pela decifração ou explicação que advém de um saber previamente instaurado e sedimentado. Ao contrário, o que foi posto a operar nessa situação foi uma lógica de contingência que só é possível porque o saber com o qual a psicanálise lida é aquele que não supõe que o significante, seja ele qual for, pode dar conta do gozo. Na situação descrita, o sujeito apareceu

ao lado da equipe que, inicialmente, se dirigiu ao analista com uma demanda de saber.

Laurent sinaliza não ser possível pensar o sujeito sem instituição, posto que não existe “sujeito que não seja tomado nas formações de discurso” (2008, p. 3). Assim, o lugar do psicanalista se torna um lugar volátil e também um lugar fundado pela sua presença. Como bem o coloca Lacan, quando afirma “levamos, de preferência, nossa psicanálise conosco e, imediatamente, ela nos dirige para pontos bem localizados, denomináveis, da praxis” (1964, p.14). Pensar o analista como uma função é possível, então, quando reconhecemos, a partir de Lacan, que sua presença instaura, viabiliza e é, ela mesma, uma manifestação do inconsciente.

Dois outros casos ilustram bem essa condição que a presença de um analista pode fundar, de ser ela mesma a possibilidade de manifestação inconsciente que um paciente poderá encontrar. Vilanova (1997) apresenta um caso onde um adolescente, internado para investigação diagnóstica, começa a falar com o analista, após a latência de um tempo em que este o visitava diariamente e suportava seu silêncio, sustentando a aposta de que ali havia sujeito.

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

Ao fundar esse Outro que se dispôs a reconhecer o sujeito, a presença do analista fundou, concomitantemente, a dimensão inconsciente. Onde a possibilidade de transformação do sofrimento em queixa e dessa em algo passível de simbolização foi viabilizado: “Transformar o sofrimento em queixa, pois a queixa supõe um Outro a quem o sujeito endereça sua demanda de cura, de cessação da dor, de bem-estar” (Vilanova, 1997, p. 282).

Em outra apresentação de caso com adolescente em internação, Pisetta (2008) nos apresenta a esse paciente acometido por uma doença orgânica aguda que o impedia de se movimentar e lhe causava muita dor. A escuta analítica fora oferecida pouco antes do acometimento da dor aguda e pôde ser retomada depois, em um momento onde a incidência dos pesados analgésicos havia diminuído um pouco e o paciente pode retomar a fala. Neste caso, de forma semelhante ao anterior, um longo período de sustentação do espaço aberto à fala, à inquietação, e ao suporte do sem-sentido

que a doença orgânica evoca, foi necessário para que algo do sofrimento se transformasse em uma queixa e daí pudesse seguir em direção a um outro lugar no discurso.

Um lugar de laço ou de questão, que é diferente, em estrutura, ao que vem relacionado ao real da dor, ou à queixa. A autora descreve da seguinte forma:

“Acontece coisas comigo das quais não sei nada. Eu simplesmente não sei porque elas acontecem”. É a uma convocação do inconsciente e das determinações que escapavam ao *eu* que o discurso de Pedro fazia apelo. O não-saber nos indica a castração, que o determina como neurótico. Ele não dava conta de todos os seus atos, muitas vezes, contra sua própria vontade. Eis aí uma queixa, transformando-se em demanda de análise: “quero saber”. (PISETTA, 2008, p. 180)

Como pontuado anteriormente por Soler (1993), a psicanálise vai se ocupar desse impossível de suportar que o adoecer e a hospitalização evocam, a partir das formas que ele ocupa no dizer. A psicanálise sabe que dizer tudo é da ordem do impossível, como já foi mencionado, afinal há sempre algo dito que extrapola o que se fala. Algo que não cessa de não se inscrever, de acordo com a teoria que aqui exploramos. Dessa forma, a eficácia da psicanálise está em viabilizar algo de uma regulação que possibilite um bem-dizer do sujeito diante desse impossível de suportar.

Sabemos que o ser falante é afetado pelo que diz, mas também pelo que deixa de dizer, por um modo particular e específico que faz o estilo de cada um e a maneira particular de habitar a língua. O sujeito do qual se ocupa a psicanálise é efeito de linguagem, aparelho de gozo. Por sermos falantes, habitamos o mal-estar na cultura, somos afetados por um *pathos* que nada tem a ver com a bioquímica, mas sim com o discurso e com a ética do bem dizer. Falar, portanto, é adentrar na incerteza (...) porém falar é também - 'como sabia Sherazade, que falava para não morrer – afastar por um tempo a morte' (INEM, 2004, p. 91).

Esses dois fragmentos de casos indicam que “convocar o inconsciente” só foi possível diante do Outro da aposta. Da presença que supõe o sujeito, e supõe que este tem algo a dizer sobre o que lhe acomete, sobre sua posição. E mais, que aposta na possibilidade de produção de um bem-dizer que gere efeitos de rearticulação entre saber e gozo. Nas palavras de Alberti (1994):

É assim que podemos pensar hoje a função do psicanalista no hospital (...) aquele que, juntamente com cada sujeito que vem procurá-lo, seja pelo motivo que for, recolocará a demanda de tratamento, de forma a que o sujeito possa vir a se engajar nele. Se este trabalho for feito, grande passo terá sido dado para a definição da função do psicanalista no hospital (ALBERTI, 1994, p. 25).

Quando se admite, a partir da ótica psicanalista, que a proposta é direcionar a clínica para a irrupção do sujeito, como indicou Alberti, precisa-se ter ciência que nem sempre esse acesso é possível diretamente. Há pacientes cuja condição de seu adoecimento não permite sequer uma organização mínima de discurso centrado em um *eu*. Mesmo assim, há trabalho a ser feito quando o analisa se propõe a não recuar diante de um impasse. “Não recuar é a direção da clínica lacaniana” (Moura, 2011, p.101).

Lambert, nesse sentido, nos apresenta outro caso onde o paciente era uma criança autista. Ao situar a demanda neste caso, a autora nos adverte que o pedido da equipe se estruturava em torno da suposição de que o analista teria um “saber a mais” para acrescentar sobre o caso, um “pedido explícito de 'saber como se trata o autismo’” (2003, p.50). Sua escolha como analista foi a de não atender diretamente a criança, mas de acompanhar os atendimentos da equipe numa tentativa de fazer barreira à ideia de que haveria um saber de especialista que pudesse responder à falta sentida pela equipe diante do caso: “O desafio passou a ser para todos nós e a mãe, como incluir e considerar o 'mental', o 'emocional' - nomes que a equipe dava para isso que escapava ao saber com que contavam” (p. 50).

Essa estratégia permitiu a inclusão de um espaço no modo operacional daquela equipe e na angústia da mãe. Diante de uma intervenção bem sucedida da analista junto a esses atores no momento da alimentação da criança, algo de um assujeitamento, no sentido lógico que aqui tentou-se discriminar, foi possível de ser imputado à menina e, a partir de então, ela pôde começar a se posicionar diante do discurso do Outro deslocada da suposição de incapacidade que o autismo lhe destinava.

Em algumas semanas, esta menina de 3 anos, que ficava no chão conforme a deixassem e que quase não se mexia, não falava e não olhava diretamente para ninguém, começou a engatinhar e a dizer “não” e “ma” (...) ela pôde passar a fazer não com a cabeça (quando não queria o alimento), em vez do

recurso anteriormente utilizado de engolir e, em seguida vomitar. (...) Do lado da mãe e da equipe foi possível passar a suportar esperar para ver se a menina estendia seus braços quando lhe oferecessem colo... (LAMBERT, 2003, p. 51)

O discurso analítico, encontra-se, desse modo, situado sobre essa suposição de que há algo a ser dito mesmo quando tudo ao redor indica que não há “nada a dizer”. O Outro da língua está sempre presente e guarda em si as ressonâncias particulares da língua de cada um. O psicanalista se faz lugar de escuta para esse particular, do fora-de-sentido ao gozo. No entanto, como coloca Vilanova (2001, p. 43) “A psicanálise constitui uma zona de interseção entre o saber já sabido e o saber de cada caso”. Esse é o desafio.

### 3.2 – Multiuso.

Diante dos casos apresentados e das diferentes posições que um analista pode e deve se permitir em um trabalho institucional como no hospital, é possível pensar em um uso múltiplo dessa função que um analista coloca em cena.

Vieira trabalha com a definição, trazida por Miller, do analista multiuso. Esta o colocaria como função de contingência. *O* analista nesse lugar, colocado assim com o artigo definido em maiúsculo para determinar essa operação aos moldes de uma matemática, é aquele que lida com objetos ilimitados. Objetos da cultura. Em outras palavras, o analista é aquele que se posiciona frente ao paradoxo da existência de forma a recolher um certo resto que escapa ou não cabe na via principal das ações e expectativas de cada um com relação a si mesmo. “O objeto da psicanálise faz parte das coisas que não cabem na vida, mas não está nem é infinito e sim ilimitado” (Vieira, 2009, p. 3).

E, de certa forma, por encarnar o inconsciente quando se oferece enquanto um lugar, o

analista pode, do mesmo modo ao se situar como função, se apresentar como um “objeto ilimitado ou como aquele que se ocupa de coisas ilimitadas ou, ainda, como aquele que não tem um só sentido para as coisas, mas vários” (Vieira, 2009, p. 8).

A partir daí podemos retornar ao hospital, à internação e ao trabalho possível a um psicanalista neste espaço institucional. Partindo-se do princípio de que a instituição é um Outro que desaloja, mobiliza, desarranja o sujeito e o faz confrontar-se com os restos de sua operação subjetiva, ou melhor, com os restos que sua existência produz. O analista será, então, aquele que não recuará diante desse desalojamento, que se interessará pelos restos, podendo inclusive encarnar a dimensão de objeto causa de desejo: objeto *a*, para que alguma coisa do sujeito possa operar diante do real insuportável da doença ou da dor.

Sustentar um Outro com uma oferta vazia, um oferta cuja única suposição é a de que um sujeito pode advir quando a um corpo é dado falar, essa é a aposta possível ao analista dentro da instituição, que ele se deixe usar como lugar vazio onde o gozo possa encontrar um espaço por onde tramitar. O analista é, desse modo, aquele que aposta nas “fontes inventivas da contingência, do equívoco e dos encontros” (França, 2014, p. 7).

Um caso<sup>21</sup> que pode servir para ilustrar essa proposição, é o de uma paciente acometida por uma grave pancreatite que não suportava mais as intervenções em seu corpo prescritas pela terapêutica médica. Diante da inconformidade da paciente, a seção de psicologia foi acionada para que pudesse intervir no que foi nomeado, pelo médico que escrevera o pedido de parecer, como “encontra-se deprimida”.

No primeiro contato com a paciente, a analista coloca que está ali devido a um pedido da equipe médica e pergunta à paciente o que ela acha disso. Esta então responde em um modo que mescla questionamento com conclusão: “Eles acham que eu estou deprimida? É isso? Mas não é, o problema é que eu não aguento mais ser furada, olha aqui...”

Após essa primeira abordagem, a paciente pode endereçar à analista um pedido de retorno que foi acolhido. Ao retornar em um outro momento para atendê-la, a analista intercepta fortuitamente um procedimento de troca de acesso venoso. Ao entrar no quarto e ver que a equipe de enfermagem estava em meio ao procedimento a analista faz menção de sair, porém ouve a paciente dizer: “chegou na hora certa, doutora!”. Ao ouvir esse apelo, a analista fica, se posiciona ao lado do leito e permanece em silêncio até o procedimento acabar. Ao final daquela intervenção em seu corpo, ela diz à analista: “Isso é o que está mais difícil pra mim, eles virem aqui e me

---

21 Caso próprio registrado documentalmente em arquivo laboral.

furarem toda hora. Já estou com medo das enfermeiras, coitadas, elas não podem nem entrar aqui no quarto... Ainda bem que você ficou, não vejo a hora de voltar pra casa...” E seguiu recolocando seus planos deixados em suspensos devido à internação hospitalar súbita.

Ficar ao lado em silêncio, foi recolocar o equívoco do encontro de modo a possibilitar àquela paciente suportar o que naquele momento era o impossível de suportar. No entanto, isso só foi viável devido à forma que esse pôde tomar no dizer da paciente e devido ao fato de que ali apareceu esse Outro a quem o apelo pôde se dirigido.

O analista, então, não é apenas aquele que nos faz encontrar objetos ilimitados. Ele próprio, no dizer de Lacan, “banca” o objeto a. Ele é também, um objeto ilimitado. (...) Portanto, o analista e a psicanálise lidam com objetos ilimitados e são em si, para a cultura, igualmente objetos ilimitados. O analista é multiuso justamente por sua lida específica com um objeto que é tudo e nada ao mesmo tempo. (VIEIRA, 2009, p.7)

Não recuar diante do desalojamento promovido pelas intervenções institucionais e permitir-se ser usado como um objeto transicional – aquele que permite suportar o desamparo - foram modos possíveis ao analista de transformar em algo fecundo o que se apresentou como um resto do sujeito (Lacan, 1964, p. 134): o corpo furado, manipulado, sobre o qual ele já não podia ter nenhum controle ou nenhum dizer que fizesse efeito diante da inexorabilidade da terapêutica médica.

Sustentando aquilo que surge da fala do doente, o psicanalista pode recolocar uma dimensão que está, cada vez mais, *fora*cluída da clínica médica. Tomar como vetor a orientação psicanalítica reconduz à clínica que Freud inaugurou, aquela que é definida pelas dimensões do inconsciente. E que, cada vez mais, a realidade a qual a medicina está submetida impossibilita ao médico de “responder” da “originalidade de sua posição”. Que, secundo Lacan, seria exatamente, “a posição que pode ocupar o psicanalista” (1966b, p. 13).

### 3.3 - Incurável no existir...

Ieri notte ho credutto di impazzire. Irrequietezza. Non riuscivo a stare ferma, avevo freddo, paura, dolore, desiderio di scappare, di scendere dal letto. È così che si muore? Invece stanotte niente. (...) Rivoglio il mio corpo, voglio sentirmi di nuovo padrona di me stessa<sup>22</sup> (SILVESTRI, 2009, p. 139)

Esse trecho tirado do livro-diário de Emilia Silvestre, sobre o tempo em que passou internada em um hospital italiano aguardando um transplante de coração, remete àquela dimensão de gozo que exploramos no final do capítulo anterior. Quando Lacan (1966b) afirma que o corpo goza, que é feito de gozo, ele está indicando que algo nesse corpo quer morrer, no sentido de querer obter um gozo absoluto, que é, em certo sentido, impossível.

Como este gozo é impossível, pois implicaria na destruição do corpo unidade, Lacan indica que as zonas erógenas, olho, ouvido, boca, ânus, por serem furos – e nada impede que as possamos encontrar ainda numa covinha, numa pinta, desde que esses lugares figurem um ponto cego – operam este milagre de encerrar um gozo disruptivo e, ao mesmo tempo, torná-lo em suas bordas e vizinhanças, prazer. (VIEIRA, 2002, p.4)

Ao mesmo tempo, a vivência relatada nos remete àquela dimensão denominada por Lacan (1966b) de “falha epistemo-somática”. Segundo Vieira esta indicaria “o lugar do gozo como conceito” e, ao mesmo tempo, se colocaria como um instrumento com o qual o analista pode operar (Vieira, 2002, p. 6). É importante perceber, com base nesse conceito, que existe algo no ser humano que é sempre doença, que resta como incurável e que designa o sintoma de cada um.

Sintoma, que em psicanálise faz parte do jogo de significantes e, desse modo, representa de alguma forma uma irrupção da verdade do sujeito que se registra no plano do simbólico. Assim, o sintoma retém uma espécie de saber que o sujeito se recusa a reconhecer. Porém, o constitui. “Para

---

22 “Noite passada acreditei que estava enlouquecendo. Inquietação. Não conseguia ficar parada, sentia frio, medo, desejo de fugir, de descer da cama. É assim que se morre? Essa noite ao contrário nada. (...) Quero meu corpo de volta, quero sentir-me de novo dona de mim mesma” (tradução nossa).

o que nos concerne, *o sintoma é a verdade do homem*” (Miller, 2011, *posição 1065*).

Retoma-se, desse modo, a clínica psicanalítica em sua imbricação com o campo do Real que envolve saber, verdade e gozo como elementos fundamentais da falta-a-ser que nos constitui. O sintoma em Lacan, longe de ser uma designação da forma de uma doença, ganha estatuto de modo de gozo, e ganha a função de sustentar o modo de gozar particular ao sujeito.

Esse conceito interessa à circunscrição que este trabalho faz, pois, para além do fato do sintoma assim definido fazer parte do que caracteriza o Real, ele sinaliza da mesma forma que, para além da singularidade característica do sujeito, existe uma dimensão de incurável com a qual este tem que se haver na vida.

Assim, o que Lacan chamou de *sinthoma*, conforme a ortografia antiga restituída por ele, é, em termos próprios, o nome do incurável. Em psicanálise, quando falamos de sintoma, entendemos com isso um elemento passível de dissolver-se ou, supostamente, desaparecer, suspender-se, ao passo que *sinthoma* designa o elemento que não pode desaparecer que é constante. Em outras palavras, a chamada nova clínica psicanalítica é uma teoria do incurável. (MILLER, 2011, *posição 120*)

Não faz parte da atuação de um psicanalista no hospital empreender uma análise que chegue às vias de designar o *sinthoma* de cada um. Não é disso que se trata. Porém, saber que em cada sujeito opera uma dimensão sintomática que é incurável norteará sua atuação no sentido de uma ética que enfrente o sujeito com essa falta radical que o constitui. Ou seja, não será a busca da cura ou do “bem do paciente” que balizarão sua ação. Mas uma prática original que possa servir a “abrir aquilo que está além de uma cifra (...)” (Lacan 1966b, p. 13).

## Conclusão

O lugar do analista, conforme o estudo empreendido, se configurou como sendo um lugar que sustenta a pretensão de que a incerteza pode ser produtiva, quando se toma o inconsciente como ponto de ancoragem de um sujeito que opera pela regra inversa a do universal.

Mattos (2008) correlaciona psicanálise e *Principio de Incerteza*, para defender que a proposta psicanalítica, dentre outras coisas, visa “agregar valor à incerteza” (p. 68) e, dessa forma, promover formas de enfrentamento disso que, na existência, surge como paralisante, dolorífico, assolador, como é possível vivenciar nas situações mais graves de adoecimento orgânico. No entanto, o autor marca, ainda, que a própria vida em sua dimensão existencial, gera uma exigência constante de trabalho. Essa exigência, em Freud, encontra-se situada ao lado da dimensão pulsional, definida por ele como sendo “exigência de trabalho feita à vida anímica” (Freud, 1905, *online*). Em outras palavras, a experiência freudiana nos indica que o sujeito está sempre às voltas com o imperativo de inventar seu modo de relação com o que é da ordem do sexual, sem poder contar com qualquer tipo de “programação” natural ou *standard*.

Dessa forma, a psicanálise possibilita o encontro com essa superfície da incerteza, dentro de um contexto que é o de, cada vez mais, protocolar a existência e categorizar tudo o que é relativo ao humano, numa tentativa de padronização da contingência. Miller (2006), esclarece da seguinte forma essa posição particular:

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

Assim, acompanhando ainda o raciocínio trazido por Mattos (2008), temos que a dimensão trágica aparece para o humano justamente pelo fato de se ter acesso à possibilidade de se saber algo sobre si e sobre o mundo, mas, concomitantemente, se ter vedada a possibilidade de tudo saber, ou ainda mais especificamente como vimos nesse percurso, de tudo dizer. Há uma dor, uma crueldade que é consequência direta do fato de existirmos e de o fazermos de forma significativa. O que quer dizer que, o ser falante, ou ser de linguagem, somente consegue vislumbrar a si como uma espécie análoga à animal quando se depara com sua mortalidade: sermos todos mortais é uma característica da espécie num sentido imaginário. Fora isso, o universal para a espécie humana é a ausência de regras nos dirá Miller (2006).

O que tentou-se desenvolver ao longo dessa composição e que se relaciona intimamente com a prática analítica é que há um real relativo ao sujeito e ao seu modo sintomático de se colocar no mundo, que não pode ser apreendido, e que, por conseguinte, não tem cura. Porém, há uma forma de se relacionar com a produção de saber, um modo de se posicionar frente a isso, que não exime o sujeito de sua responsabilidade quanto a posição existencial assumida. Aí, nesse campo do Outro que não existe, há sempre trabalho possível para o sujeito. Há muito a se fazer, como bem o colocou Vilanova (2001)<sup>23</sup>.

Em outras palavras, a aposta de um analista será a de que é possível reestabelecer o sujeito como vivo ante a mortificação que uma internação, como dispositivo oco de repercussão dos infintos protocolos e categorizações, produz. Do exílio ao qual a medicina relegou a clínica médica, retorna a psicanálise como uma ética do desejo da pura diferença, como pontua Lacan (1964, p.267). Desejo que não é neutro, mas é articulado à causa analítica, ou seja, o desejo do analista é aquele de fazer a psicanálise operar. Ele se define como um lugar vazio de saber e poder.

Pensar a atuação de um psicanalista no hospital, frente às angústias que o sem sentido do adoecer promove em muitos indivíduos que por ali passam, sejam eles pacientes adoecidos ou não, requer a apropriação, por parte do analista, dessa dimensão despojada de ser e de sujeito. Ou seja, “o psicanalista, na psicanálise, não é sujeito, e que, por situar seu ato pela topologia ideal do objeto *a*, deduz-se que é ao não pensar que ele opera” (Lacan, 1967/68, p. 373). Por isso, tentou-se situar as concepções de lugar, função e objeto ao lado da atuação do analista, no contexto explorado aqui.

---

23 Cf. p. 53

O funcionamento institucional põe a operar uma lógica onde as respostas são padronizadas para toda e qualquer demanda, o que cria um fosso entre seu funcionamento e o que é esperado dele pelo usuário, que no caso do hospital é o paciente. Geralmente, diante dessa tentativa de homogenização é que o sujeito irrompe como corte ou resistência. Não será possível ter resposta pronta sempre, especialmente diante de um sujeito que resiste à universalização, que funciona no sentido oposto a esta, sempre.

Na ausência de protocolo, de resposta ou de regra, geralmente se instaura um impasse que desemboca no acionamento do setor de psicologia.

se uma norma é usada para buscar uma totalidade qualquer, quando ela é aplicada, pode ser revelado aí uma fissura. Sempre encontraremos um diferencial entre a norma e o particular de cada caso. Este é um dos momentos em que geralmente o analista é chamado (LAMBERT, 2003, p. 49)

Assim, uma outra característica da atuação do psicanalista em contexto institucional é a de ousar que uma prática orientada pela psicanálise possa ser breve sem que seja inconsequente. Pois um atendimento em internação comporta toda uma imprevisibilidade, posto que a dinâmica dos encontros está sujeita às vicissitudes de um hospital: intercorrências médicas ou terapêuticas, exames, alta, transferência, óbito. Desse modo, a cada sessão ou encontro, não fica disponível ao analista a continuidade. Cada encontro deve sempre ser pensado como único e encarado em suas possibilidades como nos mostram os exemplos trazidos pelos casos apresentados. “Isso diz da manifestação da urgência, excluída a pressa, do lado do analista, vindo a lhe instigar o trabalho em ato instantâneo, nascido de doura ignorância, assim dita por outros, em resposta aos momentos régios de abertura do inconsciente” (Mattos, 2008, p. 141).

Consequentemente, resta ao analista manobrar num espaço estreito. Entre a suposição de um saber complementar que virá “engrossar o caldo” das especialidades que se colocam à disposição da ordem médica, e a resistência. Cabe somente a ele a decisão de não recuar de uma posição que só poderá vir a produzir efeitos, “Justamente porque parte do real do furo no saber como possibilidade do aparecimento do sujeito do inconsciente” (Lambert, 2003, p. 48).

# Bibliografia

- ANGABEN, G. “O que é o contemporâneo?” In **O que é o contemporâneo e outros ensaios**. Santa Catarina: Argos, 2012.
- ALBERTI, S. “O Discurso Universitário” In **Trivium**. Edição 1. Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicao1/artigos/11-o-discurso-universitario.pdf> Acessado em: 15/05/2016.
- ALBERTI, S. et al. “A demanda do Sujeito no Hospital”. In **Cadernos de Psicologia - Série Clínica n° 1**. pp 22-25. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia – UERJ, 1994.
- ALBERTI, S. & ALMEIDA, C. P. de. “Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral” In LIMA, M. M. de. & ALTOÉ, S. (orgs) **Psicanálise clínica e instituição**. pp. 55 – 71. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- ANSERMET, F. **Clinica da Origem – a criança entre a medicina e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2003.
- ANSERMET, F. “Medicina e psicanálise: o elogio do mal-entendido” In **Opção Lacaniana Online**. Ano 5, n° 13, Março 2014. Disponível em: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_13/Medicina\\_e\\_psicanalise.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf) Acessado em: 28/06/2016.
- ARENAS, A. “La salud para todos *sin* la segregacion de cada uno” In GLAZE, A et all (Org.) **Saúde para todos não sem a loucura de cada um – perspectivas da psicanálise**. pp. 25 – 31. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2011.
- BATISTA, G. MOURA, M. D. & CARVALHO, S. B. (Orgs.) **Psicanálise e Hospital 5: A responsabilidade da Psicanálise diante da Ciência médica**. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2011.
- BIRMAN, Joel; FORTES, Isabel e PERESON, Simone (Orgs.) **Um novo Lance de dados – psicanálise e medicina na contemporaneidade**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010.
- CABAS, A. G. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.
- CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CASTEL, R. **A Gestão dos Riscos – Da psiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Ed. 1987.
- CASTEL, R. “Da Indigência à Exclusão, a Desfiliação - Precariedade do Trabalho e Vulnerabilidade Relacional”. In **Saúde e Loucura n. 4**. pp. 21 – 48. São Paulo: Hucitec, 2012.
- CLAVREL, J. **A Ordem Médica – Poder e Impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Editora

Brasiliense. 1983.

COELHO, M. T. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. “Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem.” **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 13-36, June 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S010373311999000100002&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S010373311999000100002&lng=en&nrn=iso)> Acessado em 23/Mai/2015.

ELIA, L. “Psicanálise: clínica e pesquisa” In ALBERTI, S & ELIA, L. (org) **Clinica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: A clinica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, A.C. et al. “Pesquisa clínica em psicanálise: a elaboração de um método” In \_\_\_\_\_ (org) **Psicanálise, Pesquisa e Clínica**. pp. 11-23. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

FOUCAULT, M. **A Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro, Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **A História da Sexualidade I – vontade de saber**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **A ordem do Discurso**. São Paulo, Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **As Palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, M. (1975-1976). “Aula de 17 de março de 1976”. In **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

FOUCAULT, M. **Os Anormais – Curso no Collège de France: 1974-1975**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. “Polemica, Política e problematizações”. In **Ditos e Escritos V – Ética, sexualidade, política**. Rio De Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FOUCAULT, M. “O nascimento do hospital” In **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011a.

FOUCAULT, M. “História da medicina social” In **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011a.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011b.

FRANÇA, W. “Ato Analítico e Instituição: uma interlocução possível?” In **Opção Lacaniana Online nova série**. Ano 5, nº13 março de 2014. Disponível em [http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero\\_13/Ato\\_analitico\\_e\\_instituicao.pdf](http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Ato_analitico_e_instituicao.pdf) Acessado em 09/08/2016.

- FREUD, S. (1905) “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” In \_\_\_\_\_. **Obras completas vol. 7. Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos (1901-1905)**. Disponível em <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-07/vol-vii-2-tres-ensaios-sobre-a-teoria-da-sexualidade-1905/> Acessado em 18/08/2016.
- FREUD, S. (1912) “A dinâmica da Transferência” In \_\_\_\_\_. **Obras completas vol. 10. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia ... (1911-1913)**. pp. 133 – 146. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S. (1913) “Sobre a Psicanálise”. In \_\_\_\_\_. **Volume 12 – O caso Shereber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos (1911-1913)**. Disponível em: <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-12/vol-xii-10-sobre-a-psicanalise-1913-1911/> Acessado em:12/02/2016.
- FREUD, S. (1915) “Os instintos e seus destinos” In \_\_\_\_\_. **Obras completas Volume 12 – Introdução ao narcisismo (...) e outros textos (1914-1916)**. pp. 51 – 81. São Paulo: Companhia Das Letras, 2010.
- FREUD, S. (1919) “Caminhos da terapia psicanalítica” In \_\_\_\_\_. **Obras completas vol. 14. História de uma neurose infantil ... (1917-1920)**. pp. 291-292. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, S. (1920) “Além do Princípio do Prazer” . In \_\_\_\_\_. **Volume 18 – Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1925-1926)**. Disponível em: <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-12/vol-xii-10-sobre-a-psicanalise-1913-1911/> Acessado em:12/02/2016.
- FREUD, S.(1930) “O mal estar na civilização” In \_\_\_\_\_. **Obras completas Volume 18 – O mal estar na civilização (...) e outros textos (1930-1936)**. pp. 13 – 123. São Paulo: Companhia Das Letras, 2010.
- FREUD, S. (1933) “Novas conferências introdutórias à psicanálise” In \_\_\_\_\_. **Obras completas Volume 18 – O mal estar na civilização (...) e outros textos (1930-1936)**. pp. 124 – 320. São Paulo: Companhia Das Letras, 2010(b).
- GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.
- INEM, C.L. “Corpo em evidência, corpo de gozo” In ALBERTI, S. & RIBEIRO, M. A. C. (orgs.) **Retorno do Exílio – o corpo entre a psicanálise e a ciência**. pp. 89 – 94. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- LACAN, J. (1955/56). **O Seminário – livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- LACAN, J. (1945) “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada”, In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp. 197-214. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1951) “Intervenção sobre a transferência” In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp.214 -229 Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

- LACAN, J. (1955) “O Seminário sobre 'A carta roubada'”, In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp. 13-66. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1958). “A direção do tratamento e os princípios do seu poder” In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp.591-652 Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1960). “Subversão do Sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano” In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp. 807-843 Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1966a) “A ciência e a verdade”. In \_\_\_\_\_. **Escritos**. pp.869-893. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1966b). “O lugar da Psicanálise na Medicina” . In **Opção Lacaniana**. n° 32, pp. 8 – 14. Dez 2001. São Paulo: Edições Eolia.
- LACAN, J. (1964). “Ato de fundação”, In \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. pp. 235 - 247. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LACAN, J. (1967/68). “O ato psicanalítico”, In \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. pp. 371- 379. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LACAN, J. (1970). “Radiofonia”, In \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. pp. 400 - 447. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- LACAN, J. (1967/68) **Meu Ensino**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.
- LACAN, J. (1952) **O Mito Individual do Neurótico**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- LACAN, J. (1964) **O Seminário, Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- LACAN, J. (1953/54) **O Seminário, Livro 1: os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- LACAN, J. (1980) “O mal-entendido”. In: **Opção Lacaniana**. n° 72, pp 9-13. São Paulo: Edições Eolia, Março/2016.
- LAFONT, J.G. **Les “Pratiques Sociales”... En dette de la psychanalyse?** França, Point Hors Ligne, 1994.
- LAURENT, E. “Loucuras da previsão e real psicanalítico” In GLAZE, A et all (Org.) **Saúde para todos não sem a loucura de cada um – perspectivas da psicanálise**. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2011.
- LAURENT, E. “O analista cidadão” In **Revista Curinga**. Belo Horizonte: Escola brasileira de Psicanálise n° 31, pp 7-23. Dezembro de 2010.
- LAURENT, E “Ato e Instituição” In **Almanaque online n° 8**. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Jun/Jul 2008. Disponível em <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/08/textos/Laurent.pdf>. Acessado em 04/08/2016.

- LUZ, M.T. e BARROS, N.F de. “Racionalidade médicas e práticas integrativas em saúde: uma análise sócio-histórica e suas relações com a cultura atual”. In CAMPOS, G. W. de S. [et al.] **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MATTOS, P. R. **Os confins da Psicanálise e a crueldade das incertezas**. São Paulo: Escuta/Niterói: EdUFF, 2008.
- MACHADO, Maíla Do Val. **O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais**. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10196?mode=full>> Acessado em 07/Jun/2015.
- MELLO FILHO, Julio; BURD, Miriam & Col. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- MILLER, J-A. **Lacan Elucidado**:Palestras no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.
- MILLER, J-A. “O Rouxinol de Lacan” In **Curinga** n° 23. pp.15 – 33. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas. Nov/2006.
- MILLER, J-A. Do amor à morte” In **Opção Lacaniana online**. Ano1, n°2, Jul/2010 Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero2/texto5.html> Acessado em 19/Jun/2016.
- MILLER, J-A. **Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan – entre gozo e desejo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed - Edição digital: ePub produzido por Simplissimo Livros. Nov/2011. ISBN: 978-85-378-0719-4. (Kindle para Samsung).
- MOURA, M. D. (org.) **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2000.
- MOURA, M. D. (org.) **Psicanálise e Hospital - 3 Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 2003.
- PAES HENRIQUES, R. “A medicalização da existência e o descentramento do Sujeito na Atualidade”. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol XII, num. 3-4, set-dez 2012, pp. 793-816. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012.
- PISETTA, M. A. A de M. “Angústia e Demanda de Análise: Reflexões sobre a psicanálise no hospital”. In **Boletim de Psicologia**, 2008, Vol. LVIII, n° 129, pp. 171-183. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v58n129/v58n129a05.pdf> Acessado em 09/08/2016.
- QUINET, A. “O corpo e seus fenômenos” In **Papéis do Simpósio do Campo Freudiano**. Belo Horizonte: Biblioteca do campo Freudiano, 1988.
- QUINET, A. “ Incorporação, Extrusão e Somação: Comentário sobre o texto “ Radiofonia” In ALBERTI, S. & RIBEIRO, M. A. C. (orgs.) **Retorno do Exílio – o corpo entre a psicanálise e a ciência**. pp. 59 – 70. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.
- SALDANHA, A. & GOUVEIA, L. **SUS: Sistema Único de Saúde [Esquematizado]**. Rio de Janeiro: Ed. Ferreira, 2012.

- SILVESTRI, E. **Presente infinito**. Padova: CLEUP, 2009.
- SOLER, C. (1993) “Impossible à supporter” In **Les Feuilletts du Courtil**. Belgique: Publication du Champ freudien, n.6, fev/1993
- SZPIRKO, J. “Ser doente, ter uma doença” In ALBERTI, S & ELIA, L. (org) **Clinica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História. Ciências. Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro , v. 9,n. 1,p. 25-59 Abril. 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 05/Feb/2016.
- VILANOVA, A. “A dor na própria carne: psicanálise e doença terminal, um caso” In ALMEIDA, C. P de. e MOURA, J. M. (orgs) **Kalimeros**. pp. 277-283. Rio de Janeiro: Cotra Capa, 1997.
- VILANOVA, A. “Clínica e transmissão: o que a morte pode nos ensinar disso?” In FIGUEIREDO, A.C. (org) **Psicanálise, Pesquisa e Clínica**. pp. 25-55. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.
- VIERA, M.A. “Dor de Existir, Tristeza e Gozo” In ALMEIDA, C. P de. e MOURA, J. M. (orgs) **Kalimeros**. pp 335-342. Rio de Janeiro: Cotra Capa, 1997.
- VIEIRA, M. A. “Não sem” In GLAZE, A et all (Org.) **Saúde para todos não sem a loucura de cada um – perspectivas da psicanálise**. Rio de Janeiro: Wak Ed, 2011.
- VIEIRA, M. A. “O lugar da psicanálise na medicina - introdução à uma conferência de Jacques Lacan” In **Cadernos do IPUB**, vol. VIII, n. 21 (Ciência e saber no campo da saúde mental), pp. 115 – 114. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2002.
- VIEIRA, M. A. “O catálogo e a chave: sujeito da ciência e sujeito do inconsciente”. In **Opção Lacaniana**, v. 21, p. 84-87, São Paulo: Edições Eolia, 1997.
- VIEIRA, M. A. “O analista multiuso (ou o santo e o objeto)”. In **Latusa n° 14**. pp. 23 – 38. Rio de Janeiro: EBP-Rio, n. 14, 2009.
- VEYNE, P. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. Brasília: UNB, 1998.