



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE**

**MESTRADO**  
**CLÍNICA E PESQUISA EM PSICANÁLISE**

*MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES NETTO*

**Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação**

Dissertação de Mestrado

RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2014

**UM PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL: POSSIBILIDADES E LIMITES  
DE ATUAÇÃO**

*MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES NETTO*

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

*ORIENTADOR: MARCO ANTÔNIO COUTINHO JORGE*

RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2014

**UM PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL: POSSIBILIDADES E LIMITES  
DE ATUAÇÃO**

*MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES NETTO*

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

Aprovada em 09 de dezembro de 2014.

Banca Examinadora:

---

Prof Dr Marco Antônio Coutinho Jorge (Orientador)  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Prof Dr Vinícius Ancians Darriba  
Instituto de Psicologia da UERJ

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Denise Maurano  
Programa de Pós-Graduação em Memória Social da UNIRIO

RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO DE 2014

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a meu orientador Marco Antônio Coutinho Jorge, que apostou neste trabalho e me ensinou que, de fato, o pesquisador é um solitário, mas não é sem o Outro.

Agradeço também a toda Divisão de Psicologia do Hospital das Clínicas de SP, em especial a meus colegas de trabalho e amigos Niraldo de Oliveira Santos e Luciane de Rossi.

Além disso, essa pesquisa não teria sido possível sem o carinho, o apoio e disponibilidade de Alinne Nogueira, Renata Geoffroy, Waleska Borges, Ana Paula Britto, Cristiane Santana, Alessandro Ribeiro Correia, Lilian Susuki, Jovita Pessoa, Laura Merli, Victor Rosa, Daniela Bezerra, Juliana Gibello, Gisele Lins, Lara Souza, Polianna de Souza, Juliana Todaro, Ana Carolina, Sávia Machado, Matheus Machado e Ana Merzel.

Agradeço aos pacientes, médicos e membros da equipe multiprofissionais com quem trabalhei e que, em um ato de coragem, deixaram-se sensibilizar pelo saber inconsciente.

Finalmente, agradeço a meus pais José Carlos e Maria Izabel e a minha irmã querida, Débora, que me ensinaram o quanto o amor tem suas possibilidades, mas também seu limite.

## RESUMO

NETTO, MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES. *Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação*. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Desde a criação do instituto de Berlim, em 1919, primeiro serviço ambulatorial em que psicanalistas prestavam assistência aos neuróticos de guerra, a psicanálise não mais se limita às quatro paredes de um consultório particular. A aplicação da psicanálise se dá nas mais diversas instituições e o hospital geral é uma delas. Portanto, esse trabalho é resultado de um estudo realizado durante o estágio que fazia parte do programa da especialização em Psicologia Hospitalar do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo. Além disso, encontra-se aqui também experiências decorrentes de nossa experiência enquanto pesquisador auxiliar do mesmo instituto. Assim, atendimentos à beira dos leitos do pronto socorro, de unidades de tratamento intensivo, de enfermaria, além de atendimentos ambulatoriais, discussão de casos e o trabalho de consultoria e interconsultoria com equipes multiprofissionais, são relatados nesta dissertação, numa tentativa de seguir a indicação freudiana de que, em Psicanálise, clínica e pesquisa coincidem. O objetivo principal deste trabalho foi dissertar sobre as possibilidades e limites de atuação do analista em um hospital geral, partindo da indicação lacaniana de que todo discurso traz em sua estrutura a marca do real, ou seja, o impossível de coincidir seu produto com a verdade, que é sempre não toda. Para isso, coloca-se em relevo a necessidade do retorno de cada um psicanalista aos fundamentos da teoria freudiana e da técnica da psicanálise para que possa não só entrar, mas se inserir em uma equipe multiprofissional. Além disso, partimos da teoria dos quatro discursos de Jacques Lacan para diferenciar a ética da psicanálise da ética aristotélica e a ética dos bens. Isso se faz importante para evidenciar que os limites de atuação de um analista no contexto hospitalar são mais éticos do que burocráticos. Posteriormente, considerando a avaliação como um dos principais efeitos do discurso capitalista no hospital, discutimos o sentido do significante “eficácia” em psicanálise, ao se diferenciar eficácia simbólica de eficácia analítica. Finalmente, delimitamos que as especificidades de atuação do analista no hospital refere-se ao método e não à teoria e, com isso, propomos a localização subjetiva como o que geralmente se faz possível no hospital em termos de entrevistas preliminares.

Palavras-chave: Psicanálise. Hospital. Ética da psicanálise. Discurso capitalista. Método.

## ABSTRACT

NETTO, MARCUS VINÍCIUS REZENDE FAGUNDES. *A psychoanalyst in the general hospital: possibilities and limitations of work* . 2014. 97f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

Since the foundation of Berlin Institute, the first service in which psychoanalysts took care of the neurotics from the war, psychoanalysis is not something that happens only in a private practice. The application of psychoanalysis occurs in different institutions and the general hospital is one of them. Therefore, this study is the result of a research that took place during the probation work that was part of the curriculum of the post graduation in Health Psychology of Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo. Besides, there is here our experience as researcher of the same institute. Thus, assistance in the Emergency Room, in Intensive Care Units, ambulatory assistance, discussion of the clinical cases and the work with multiprofessional team are described in this dissertation, in an attempt to follow the Freudian suggestion that in Psychoanalysis assistance and research are the same. The main aim of this study was to talk about the possibilities and the limits of an analyst work in a general hospital, taking into account Lacan's idea that every discourse has in its structure the mark of Real, in other words, the impossible of coincide its production with the truth, which is always not total. So we emphasize the necessity of a return that every psychoanalyst to the foundations of Freudian theory and technic so as he can not only enter but be insert in the multiprofessional team. Futhermore, taking into consideration Jacques Lacan's four discourses theory, we differentiate the ethics of psychoanalysis from Aristotle's ethics and the ethics influenced by capitalism. This will be important to emphasize that the limits of the psychoanalyst's work in a general hospital are more ethical than [bureaucratic](#). Besides, taking into consideration evaluation as one of the main effects of the capitalist discourse in the hospital, we discuss the meaning of the significant "efficiency" for psychoanalysis, as we differentiate symbolic efficiency from the psychoanalytical one. Finally we emphasize that the specifications of the analyst's work in the hospital is more connected to the method rather than to the theory and, therefore, we propose the subjective localization as what is possible as far as the preliminary interviews are concerned.

Key-words: Psychoanalysis. Hospital. Ethics of Psychoanalysis. Capitalist Discourse. Method.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 UM RETORNO A FREUD PARA UMA ESCUTA ANALÍTICA POSSÍVEL NO HOSPITAL GERAL	15
1.1 A ENTRADA E A INSERÇÃO DO ANALISTA NO HOSPITAL GERAL	22
<b>1.1.1 O corpo como via de entrada</b>	22
<b>1.1.2 Da entrada à inserção</b>	31
1.2 DA TRANSFERÊNCIA À RESISTÊNCIA	34
2 ÉTICA E DISCURSO	42
2.1 TEORIA, AÇÃO E ÉTICA	42
2.2 A ÉTICA DO BEM SUPREMO E A ÉTICA DOS BENS NO HOSPITAL GERAL	44
2.3 A ÉTICA DA PSICANÁLISE	47
2.4 “A ÉTICA É RELATIVA AO DISCURSO”	52
<b>2.4.1 O matema, a impossibilidade e o laço social</b>	53
<b>2.4.2 O discurso do mestre moderno: o discurso capitalista</b>	62
2.5 A AVALIAÇÃO: UMA IMPOSSIBILIDADE REAL	64
3 O MÉTODO PSICANALÍTICO NO HOSPITAL GERAL	70
3.1 A EFICÁCIA SIMBÓLICA E A EFICÁCIA DA PSICANÁLISE	71
3.2 AS ENTREVISTAS PRELIMINARES	76
3.2.1 Os três níveis das entrevistas preliminares	78
3.2.2 A avaliação clínica	80
3.2.3 A localização subjetiva	83
3.2.4 A retificação subjetiva e a introdução ao inconsciente	87
3.3 OPERAÇÕES-REDUÇÃO	90
3.3.1 Ampliação e redução	90
3.3.2 A repetição	92
3.3.3 A convergência	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101

## INTRODUÇÃO

Este trabalho diz de percurso. Minha formação em psicanálise – estudo teórico aliado à análise pessoal – iniciou-se antes mesmo de meu ingresso no curso de psicologia. Foi durante a graduação em Letras, ao entrar em contato com o texto *O estranho* de Sigmund Freud, que meu caminho na psicanálise teve seu início. Entretanto, para a continuidade de uma formação que, naquela época primava pela ortodoxia, havia um pré-requisito: a graduação em medicina ou psicologia. Portanto, o diploma de Psicologia foi tributário do desejo de prosseguir em algo que já me atravessara – a psicanálise.

Atualmente, avisado de que essa exigência foi, na verdade, uma impostura, não deixo de perceber que algo importante se deu durante o curso de psicologia: o estágio em psicologia hospitalar. Essa experiência clínica trouxe um impasse e, ao mesmo tempo, um desafio. Como levar a psicanálise para o hospital?

Tal pergunta norteou não só meu trabalho de conclusão de curso na faculdade de psicologia, mas também um artigo monográfico na pós-graduação em *Psicanálise, Subjetividade e Cultura*, cursada na Universidade Federal de Juiz de Fora.

No primeiro tentei descolar rigidez de rigor e mostrar que não se pode valorizar o *setting analítico* - tão caro aos pós-freudianos - em detrimento da escuta - colocada novamente em primeiro plano a partir de Jacques Lacan, em seu retorno a Freud.

Para a confecção do segundo trabalho, no entanto, algo mais se fazia necessário: pensar no lugar do analista em um hospital. Seria esse o mesmo do médico? A psicanálise deve ser vista como uma terapêutica complementar à medicina? Eram esses os questionamentos que fizeram eco em minha experiência. Assim, durante a escrita deste texto, juntamente ao trabalho de análise pessoal e supervisão, foi percebido que o significante “nada”, tão presente em falas dirigidas ao analista, – *esse paciente não tem nada, não me olhe com essa cara de nada, não é nada, é emocional* – repetia-se em ato e isso não podia ser à toa.

Com isso, naquele momento de minha clínica, foi possível elaborar que, de fato, é o lugar de nada, de *semblant* de objeto *a* que o analista deve ocupar. Caso contrário, não será possível fazer valer sua ética, que, para Lacan (1959-60 [2008]), em seu *Seminário 7*, vai na contramão da ética do aristotélica, ética do Bem Supremo.

Entretanto, o tema sobre o lugar do analista continuou a produzir questões em minha prática, mas se tornou mais pontual. Agora me interrogo sobre o meu lugar



enquanto analista no hospital e, mais precisamente, sobre as possibilidades e limites de minha clínica que, nos primeiros momentos de escrita deste trabalho, dava-se em um hospital geral.

Em 2012 terminei a especialização em Psicologia Hospitalar, promovida pelo Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (CEPSIC), vinculado a Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo. Este curso incluía atividades teóricas e práticas e, com isso, o estágio supervisionado foi realizado durante o ano de 2011, no pronto-socorro do mesmo instituto. Neste mesmo ano, ingressei como pesquisador auxiliar da referida Divisão de Psicologia, função esta que exerci durante dois anos.

Ser estagiário e, posteriormente, pesquisador auxiliar da divisão de psicologia de um hospital me colocava em um lugar de diferença. Eu era e não era psicólogo da instituição. Ou seja, eu estava dentro, mas, ao mesmo tempo, fora. Esse enquadre borromeano, todavia, trouxe possibilidades e, logicamente, limites para minha atuação.

Dessa forma, essa dissertação deve ser lida levando em conta justamente o fato de que, se por um lado, eu não desfrutava de alguns amparos e seguranças institucionais decorrentes de um vínculo empregatício, por outro, o que me mantinha neste lugar *extimo* foi justamente o desejo do analista. Ou seja, o desejo de que houvesse análise!

Evidentemente, não defendo aqui que o desejo do analista seja ou não decorrente de um contrato de trabalho, mas afirmo que este seja sim tributário de um lugar, que não coincide com lugar físico, mas sim ético. É este lugar que possibilita ao analista fazer sua clínica. Não é a toa que, fazendo coincidir tratamento e pesquisa, como nos recomendou Freud (1912/1996), esse trabalho conta com vinhetas clínicas decorrentes de atendimentos feitos à beira de leitos do Pronto Socorro, das Unidades de Tratamento Intensivo e na enfermarias. Há aqui também relatos de atendimentos a familiares, que, muitas vezes, ocorriam nos corredores do hospital e de atendimentos ambulatoriais que se aproximavam mais da realidade do consultório particular, uma vez que o paciente ia ao hospital pelo menos uma vez por semana para ser atendido pelo psicólogo. Finalmente, não deixo de abordar as discussões de caso e as interconsultas com a equipe multiprofissional, que podiam ocorrer em lugares mais formais, como reuniões clínicas, mas também pelos corredores, lanchonetes e outras situações, nas quais uma aposta na psicanálise em sua transmissão extrapolava e não dependiam de um lugar físico.

Assim, foram essas experiências, permeadas por novos impasses, que motivaram a pesquisa que teve como produto final este trabalho. Todavia, é importante enfatizar

que tal produto não é sem resto. Não se tem aqui a pretensão de instituir um manual, um guia de como se fazer psicanálise em um hospital. Ao contrário! É dado neste trabalho o testemunho de uma experiência singular que, sem sombra de dúvidas toca o universal, mas não quer, em absoluto, promover generalizações.

### Um analista no hospital geral

Em setembro de 1918, pouco antes do fim da Primeira Grande Guerra, Sigmund Freud fez um pronunciamento intitulado “Linhas de Progresso da terapia analítica”, em Budapeste no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional. Sua fala, naquele momento, tinha como principal objetivo marcar o que ele, Freud, vislumbrava para o futuro da psicanálise: sua extensão. Ou seja, a psicanálise não deveria mais ficar restrita aos consultórios particulares e os psicanalistas deveriam começar a se dedicar a levar a psicanálise para as instituições (LAIA, 2003).

Nos anos que sucederam o fim da Grande Guerra, o pronunciamento quase profético de Freud se concretizou e psicanalistas foram solicitados por instituições militares para tratar não só de soldados traumatizados pelos campos de batalha, mas também de uma população, cujos recursos financeiros já não eram mais os mesmos depois da devastação econômica causada pela guerra. Com isso, durante os anos de 1918 e 1919, assistiu-se a criação de centros clínicos dedicados ao tratamento psicológico daqueles que sofriam com os efeitos da guerra. Foi nesse cenário que se deu a criação do Instituto de Berlim, o primeiro serviço ambulatorial de orientação psicanalítica (LAIA, 2003).

A criação do Instituto de Berlim, no entanto, representou mais que a extensão da psicanálise. Afinal, se a clínica psicanalítica construiu suas bases a partir da histeria, no pós guerra teve que se a ver com o que, naquele momento, poderiam ser considerados “novos sintomas”: a fobia e a neurose obsessiva com os contornos daquele movimento simbólico. Assim, como enfatiza Laia (2003, p. 71), “tratava-se de, sem dispensar os conceitos fundamentais, adaptar a técnica as novas condições que a psicanálise havia sido convocada a enfrentar com o final da guerra”.

No entanto, diante do real presente nessa nova demanda de trabalho precipitada pelo fim da guerra, era natural que uma defesa se erigisse. Com isso, foi criado no Instituto de Berlim um programa de estudos dedicado tanto aqueles que queriam se tornar analistas como aos interessados na psicanálise. Percebemos então uma

preocupação com a formação do analista. Todavia, de face com o real do pós guerra, foi no imaginário que se podia buscar alguma garantia. Portanto, através do programa do Instituto de Berlim muitos procedimentos clínicos foram objeto de um processo de padronização dando origem ao que, hoje, conhecemos como *standard*:

Estabelecimento de tempo fixo para cada sessão; exigência prévia de periodicidade semanal mínima para configurar o tratamento como análise; e a possibilidade, no caso da clínica destinada aos pobres, de realizar “análise fracionada”, ou seja, passível de ser suspensa quando objetivo terapêutico fosse alcançado.

Assim, em seus primórdios, a extensão da psicanálise se fez acompanhar de uma preocupação sobre a formação dos analistas, agarrando-se ao *standard* como uma tábua de salvação. Muitas décadas depois, e em uma orientação que critica severamente o *standard*, encontramos situação similar: a psicanálise continua fazendo o mesmo movimento e não mais se define como uma prática que se restringe às quatro paredes de um consultório particular, havendo psicanalistas atuando em escolas, penitenciárias, empresas e hospitais. Entretanto, se, por um lado, a difusão da psicanálise nos mostra a concretização do projeto freudiano, por outro “faz com que ela corra constantemente o risco de se diluir no campo das psicoterapias, de se perder na promoção de tratamentos que visariam simplesmente restabelecer o princípio do prazer, o equilíbrio” (LAIA, 2003).

Essa pequena digressão nos parece ser fundamental para começarmos a abordar o tema deste estudo: as possibilidades e limites de atuação de um analista no hospital geral<sup>1</sup>. Evidentemente, apostamos que a psicanálise tem muito a contribuir neste contexto. Ou seja, mesmo em um momento de uma medicina baseada em evidências, no qual se tenta estabelecer uma terapêutica ideal para todos e que, sem dúvidas, promove cada vez mais a popularidade das Terapias Cognitivo Comportamentais, o real não deixa de insistir e demarcar a singularidade daquele que toma a palavra.

A psicanálise então se faz possível onde há lugar para um analista e para um sujeito disposto a falar de seu mal-estar! Se no passado muito se interrogou sobre se seria possível ou não sustentar a psicanálise no hospital, o que, na verdade, motivou a escrita deste trabalho foi a necessidade de precisar aquilo que se faz possível sustentar

---

<sup>1</sup> Estamos avisados da diferença existente entre um hospital de especialidades e um hospital geral. Entretanto, com exceção do hospital psiquiátrico, acreditamos que aquilo que propomos neste trabalho toca a atuação do analista que se encontra tanto em um quanto em outro. Dessa forma, os termos *hospital* e *hospital geral* são usados aqui indistintamente.

dessa atuação. Assim, a questão do método, da técnica que tanto mobilizou os pós freudianos com a criação do Instituto de Berlim retorna.

Todavia, se na época de Freud aquilo que atravessava a atuação dos analistas eram os efeitos da primeira Grande Guerra, atualmente, não há como negar que a globalização e a sedimentação do capitalismo fez surgir o que Lacan (1971-72/ 2011) chamou de discurso capitalista, ao qual estamos submetidos e que, logicamente, tem consequências em nossa prática no hospital.

Tendo isso em vista, o objetivo do presente trabalho é, através de nossa clínica, dissertar sobre as possibilidades e limites de atuação de um analista no hospital, sem deixar de levar em conta nosso movimento simbólico atual, mas tomando, para isso, a obra de Sigmund Freud e o ensino de Jacques Lacan como referências principais, mas

Com esse intuito, revisitaremos os textos freudianos que versam sobre os conceitos fundamentais da psicanálise, bem como seus artigos sobre a técnica. Além disso, dedicar-nos-emos ao ensino de Lacan (1969-70/1992), principalmente naquilo que concerne à teoria dos quatro discursos sistematizada em seu *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* e seus seminários e escritos posteriores como *Radiofonia* (1970/2003), *Estou Falando com as Paredes* (1971-72/2011) e *Televisão* (1974/1993). Estes, além de exporem as consequências e efeitos daquilo que foi proposto por Lacan nos anos de 1969 e 1970, também apresentam suas articulações sobre o discurso capitalista.

Entretanto, antes de nos dedicarmos a esse tema, é necessário um retorno aos fundamentos. Isso será feito sem que tenhamos como objetivo preparar o leitor para um momento posterior. Retornar aos fundamentos não tem aqui um fim didático, mas sim lógico. Na verdade, muitos dos conceitos e articulações teóricas desenvolvidos no começo deste trabalho adquirem seu sentido apenas em um movimento de retro-ação. Evidentemente, essa construção não foi proposital. Este trabalho versa basicamente sobre a formalização de uma prática para que possamos pensar naquilo que se faz ou não possível com relação à clínica psicanalítica no hospital e, como sabemos, a prática comporta sempre um cálculo, mas a elaboração e formalização ocorrem *a posteriori*, no depois.

É preciso salientar ainda que não pretendemos fazer aqui um estudo e apresentação detalhada dos conceitos da psicanálise. Nosso objetivo, na verdade, é utilizar dos conceitos como instrumentos para nos ajudar a pensar a clínica psicanalítica no hospital. Além disso, mesmo esperando que esse texto possa ser lido por outros

profissionais da saúde, contribuindo para a transmissão da psicanálise, sabemos o papel fundamental do furo, da falta e do mal entendido, como aquilo que causa desejo, desejo de saber algo mais ...

Assim, o primeiro capítulo desta dissertação tem como norte um questionamento: o que nos autoriza a pensar a práxis da psicanálise em no hospital? Tentando circunscrever algo desta questão, referenciamo-nos à obra de Michel Foucault, *O que é um autor?*, e propomos então um retorno a Freud, considerado, pelo filósofo, um autor produtor de discursividade, uma vez que sua obra deixou coordenadas precisas para a criação de novos discursos. Assim, retornar a Freud não é apenas citá-lo, fazer analogias, a partir dos conceitos e ideias desenvolvidos por ele. Retornar é partir da lacuna inerente a qualquer coordenada, para que, com isso, a invenção da clínica se engendre. Dessa forma, problematizaremos o conceito fundamental de transferência, relacionando-o ao de resistência, bem como discorreremos sobre a articulação lacaniana entre corpo e gozo, propondo uma diferença entre a entrada e a inserção de um analista em uma equipe multiprofissional.

Portanto, se retornar a Freud significa obedecer a certas regras de formação discursiva, que tornam o discurso analítico diferente dos outros discursos que se fazem presentes no mundo, no hospital geral o analista faz parte de uma equipe composta por profissionais que têm suas ações determinadas por uma ética que não se equivale a ética da psicanálise. Atrelado a isso, em um hospital, o analista é, aos olhos da instituição, um psicólogo e o que se espera dele é que faça um trabalho condizente com essa área do saber, com o discurso que determina a ação desse profissional. Ora, enquanto analistas, sabemos que esse fato, por si só, pode ser um complicador, já que se o analista não tiver uma relação bastante rigorosa com a ética que norteia sua prática, pode acabar fazendo tudo alí, menos psicanálise. Com isso, o segundo capítulo deste estudo se delineou partindo do pressuposto de que toda ética é relativa a um discurso e de que os limites de atuação do analista são éticos e não somente decorrentes de dificuldades impostas pela instituição.

Dessa forma, nos remetemos ao *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise de Jacques Lacan que*, nos anos de 1968 e 1969, proporá que a linguagem é quase um parasita que, ao habitar o corpo do homem, opera a perda de um gozo, de um gozo natural. O significante, portanto, tira o sujeito da natureza para inseri-lo na cultura. Todavia, isso o divide, criando um vale entre o ser e o corpo e engendrando uma falha epistemo-somática. Ou seja, não há simbólico que dê conta do real do corpo e este se

coloca sempre à procura de um gozo a mais, de um mais-de-gozar (LACAN, 1966/2001).

Assim, a partir das três tarefas ditas impossíveis por Freud (1937/1996) – governar, educar e psicanalisar – Lacan acrescenta uma quarta – fazer desejar -, formalizando quatro modalidades de laço social. Ou seja, o homem, diante de seu desamparo, tem como possibilidade, ainda que precária, a troca com o Outro e discursos representam através de letras, as diferentes maneiras que isso pode se dar. Por conseguinte, mesmo demarcando possibilidades de laço, o discurso do mestre, o discurso do universitário, o discurso do analista e o discurso da histérica, carregam a falta em sua estrutura e estabelecem relações permeadas pelo saber e pelo gozo. As letras \$ (sujeito dividido), S1 (significante mestre), S2 (saber) e *a* (objeto mais de gozar) alternam-se, em movimentos de um quarto de giro e em lugares determinados – agente, verdade, Outro e produção. Além disso, apesar de algo ser produzido dessa relação, uma impossibilidade está posta: não há como se equivaler o produto à verdade.

Entretanto, em uma conferência proferida em Milão, em 12 de maio de 1972, Lacan nos apresenta um discurso resultante do capitalismo e da globalização e que, diferentemente dos outros, aparentemente, não faz laço. Este é o discurso do mestre moderno, o discurso capitalista. Partindo desse pressuposto, se o saber no hospital agia conforme o mandamento do mestre, hoje tem como esse mesmo lugar de mestria o capital, que recusa qualquer relação com a impotência.

Na perspectiva capitalista, portanto, sujeito e objeto não se distinguem. Deve-se sempre contabilizá-los! O que interessa é o saber que pode ser objetivado por meio de artefatos que servem ao mercado: escalas, testes psicológicos, instrumentos diagnósticos. Entramos aqui no terreno da avaliação.

Ora, os instrumentos diagnósticos, confeccionados com base nos manuais diagnóstico, como o DSM-V e a CID 10, e as metas de atendimento e de produtividade são apenas alguns exemplos de como no hospital as avaliações podem atravessar a atuação do analista. Além disso, percebemos que não só a saúde daqueles que escutamos ganha *status* de objeto, mas o próprio trabalho analista começa a ser alvo de mensuração e cálculo.

Entretanto, vale ressaltar que este trabalho não tem como propósito ser alarmista, colocando o dedo na ferida, simplesmente para enaltecer a psicanálise em detrimento, por exemplo, do discurso médico. Freud (1933) já se recusava a fazer da psicanálise uma visão de mundo (*Weltanschauung*) e isto, com certeza, não é o que almejamos.

Pretendemos aqui fazer falar nosso movimento simbólico atual para que a partir disso possamos fazer construir algo.

Assim, no terceiro capítulo, discutiremos aquilo que é ou não possível em relação ao fazer do psicanalista no hospital, já que acreditamos que a especificidade da psicanálise no âmbito hospitalar não se refere a teoria, mas, mais precisamente, ao método.

Entretanto, quando nos dispomos a falar de uma prática que extrapola as paredes de um consultório particular, é inevitável que tenhamos que nos haver com a avaliação desta prática, ainda mais quando estamos avisados dos atravessamentos decorrentes do discurso capitalista, ao qual todos estamos submetidos. Assim, faz-se necessário discutir um tema muitas vezes evitado pelos psicanalistas – a eficácia da psicanálise. Sim, ao levarmos a escuta analítica para as instituições temos que dar provas de nossa terapêutica. Evidentemente, dar provas não quer dizer responder às demandas. Por isso, neste capítulo discutiremos o que é, de fato, a eficácia analítica e perceberemos que essa é tributária de uma mudança de posição do sujeito diante de seus significantes mestres. No entanto, isso só poderá se configurar se, do lado do analista, houver uma precisão com relação ao método.

Com isso, partiremos da indicação clínica de Moretto (2005) de que no hospital, dificilmente, uma análise poderia ser levada a termo e que aquilo que se faz possível é o primeiro momento de uma análise – as entrevistas preliminares. Esse primeiro passo será fundamental para podermos então definir o que seriam as entrevistas preliminares e, posteriormente, formalizarmos o que delas, geralmente, é possível em um hospital.

Para isso, usaremos como fio condutor para nossas articulações o artigo de Freud (1913/1996) “Sobre o início do tratamento”, além de dois seminários de Jacques-Alain Miller intitulados “O método psicanalítico” e *O osso de uma análise*. Neles o autor aborda além dos três níveis das entrevistas preliminares – a avaliação clínica, a localização subjetiva e a introdução ao inconsciente – as operações-redução presentes em uma análise. Essas formalizações de Miller (1997-98) serão de grande importância para tentarmos delimitar as possibilidades, os limites e os prováveis efeitos da atuação de um analista no hospital.

Pensamos que ao abordarmos essas questões podemos, através da experiência de um analista, mostrar que o frescor e a potência criativa inerentes à psicanálise podem também se fazer presentes no hospital geral, trazendo grandes benefícios não só para aqueles que escutamos mas também para os profissionais com quem trabalhamos.

## CAPÍTULO I

### UM RETORNO A FREUD PARA UMA ESCUTA ANALÍTICA POSSÍVEL NO HOSPITAL GERAL

Michel Foucault, em uma conferência proferida em 1969 na Sociedade Francesa de Filosofia, em Paris, dedica-se à seguinte questão: *O que é um autor?* O filósofo então nos mostra, dentre outras características do que ele chama de “função autor”, que há dois tipos distintos de autores: os primeiros seriam os grandes autores clássicos da literatura, juntamente aos autores dos textos canônicos e científicos; e os outros, destacando-se Freud e Marx, seriam aqueles considerados como “fundadores de discursividade” (FOUCAULT, 1969/1992, p.58).

Para Foucault, Freud e Marx parecem ter produzido mais que suas obras. Esses autores “criaram a possibilidade e a regra de formação de outros textos” e “estabeleceram uma possibilidade infinita de discursos” (FOUCAULT, 1969/1992, p.58). No entanto, dizer que esses autores foram fundadores de discursividade, relaciona-se a algo que está para além do âmbito das analogias:

(...) quando falo de Freud e Marx como instauradores de discursividade<sup>2</sup>, quero dizer que eles não só tornaram possível um certo número de analogias, mas também tornaram possível (e de que maneira) um certo número de diferenças. Eles abriram o espaço para outra coisa diferente deles e que, no entanto, pertence ao que fundaram (FOUCAULT, 1969/1992, p.59-60).

Dessa maneira, ligar a fundação da psicanálise à Freud não diz apenas do fato de encontrarmos o conceito freudiano de libido ou a técnica de interpretação dos sonhos inventada por ele em Abraham e em Melaine Klein. Freud possibilitou, além das analogias, das “reatualizações” e das “redescobertas” produzidas frequentemente nas ciências, um certo número de diferenças relativas aos seus textos, aos seus conceitos e as suas hipóteses, que revelam o próprio discurso psicanalítico. Assim, “(...) a obra destes instauradores não se situa em relação à ciência e no espaço que ela desenha, mas é a ciência ou a discursividade que se relaciona com a obra deles e a toma como uma primeira coordenada” (FOUCAULT, 1969/1992, p. 63).

---

<sup>2</sup> Na tradução utilizada por nós, Foucault utiliza as expressões “fundadores de discursividade” e “instauradores de discursividade” como tendo o mesmo sentido e não é feita pelo autor nenhuma tentativa de diferenciá-las.



Lacan, interessado em tratar das questões freudianas pela via discursiva desde *O seminário, livro 16: de um Outro a outro*, foi convidado a assistir a conferência de Foucault sobre esse tema e, dentre as perguntas que o filósofo respondeu, destaca-se a do psicanalista: “O que pode significar o retorno como momento decisivo na transformação de um campo discursivo?” (ALBERTI, 2002, p. 43). A resposta de Foucault, por sua vez, é precisa. A idéia de um

[retorno] se endereça ao que está presente no texto, mais precisamente, retornar-se ao próprio texto, ao texto em sua nudez e, ao mesmo tempo, retorna-se ao que está marcado como furo, em ausência, em lacuna do texto. Retorna-se a um certo vazio que o esquecimento esquivou-se ou mascarou, que recobriu com uma falsa ou errada plenitude e o retorno deve redescobrir essa lacuna e essa falta (FOUCAULT apud ALBERTI, 2002, p.44).<sup>3</sup>

Ou seja, quando dizemos que Lacan fez Um retorno a Freud, quer dizer que o fez indo além de Freud, mas em Freud, seguindo suas coordenadas. Foi isso que deu a seu ensino a tonalidade do novo, da invenção. Não é coincidência, por exemplo, que Lacan (1964/2008) tenha precisado de forma inovadora o conceito de *objeto a* – para ele, sua única invenção, juntamente com o registro do real – em *O Seminário, livro 11*, no qual se ocupava justamente dos fundamentos da psicanálise.

Portanto, Um retorno a Freud vai muito além de citá-lo ou de voltar a pontos de insuficiência da teoria tentando dar-lhe unidade. Pelo contrário, “o artigo indefinido (Um) sublinha a incidência do retorno a Freud no âmbito da entrada que cada Um psicanalista deverá fazer neste campo, apoiando o saber textual na experiência analítica” (LEITE, 2008, p.23). Freud (1912/1996, p.125), em um artigo sobre a técnica da psicanálise intitulado “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, já parecia ter clareza quanto à singularidade da experiência analítica:

As regras técnicas que estou apresentando aqui alcanceia-as por minha própria experiência. Verse-a facilmente que elas (ou pelo menos, muitas delas) podem ser resumidas num preceito único. Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa se ver levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que lhes apresenta.

---

<sup>3</sup>Fazemos referência ao texto de Sônia Alberti intitulado *Psicanálise, universidade e instauração de discursividade*. Neste artigo, a autora, além de fazer interessantes apontamentos sobre o retorno feito por Lacan à obra freudiana, utiliza a tradução francesa de O que é um autor?, na qual se faz presente a intervenção feita por Lacan com relação à expressão “retorno a”. Essa intervenção não se encontra na tradução portuguesa do texto da qual fazemos uso.

Além disso, o artigo indefinido Um deve ser pensado partindo dos três registros propostos por Lacan: Real, Simbólico e Imaginário. No registro do Imaginário teríamos o Um como inteiro, como uma totalidade. Essa compreensão não nos é suficiente. Afinal, se fosse esse o caso, Lacan já teria feito Um retorno a Freud e novos discursos não precisariam mais ser configurados. Partindo então para o Simbólico, o Um estaria relacionado ao que Lacan chamou de traço unário, o significante primeiro, aquele que inicia uma série. No que tange ao Real, o Um refere-se ao *Uniano*, aquilo que “enuncia que há Um sem o Outro. Nessa formulação é o Um a menos [...]” (LEITE, 2008, p.24). Ou seja, no Outro não há consistência e o desamparo diante do furo não é uma possibilidade, mas uma condição.

Assim, podemos tomar a obra de Freud como um Outro que não nos traz garantias, já que Um retorno a Freud não nos torna analistas completos, preparados, prontos para o que der e vier. Não há como recobrir o real da experiência humana através de Um retorno ou até mesmo através de um discurso. O que se faz possível é instaurar uma série de retornos que possibilitarão, por sua vez, o engendramento de discursos outros, sempre *a posteriori*. Como afirma Foucault,

(...) o reexame dos textos de Freud modifica a própria psicanálise (...). Não há qualquer hipótese de a descoberta de um texto desconhecido de Newton ou de Cantor vir a modificar a cosmologia clássica ou a teoria dos conjuntos tal como foram desenvolvidas. Pelo contrário, trazer a luz do dia um texto como os Três ensaios de Freud (...) pode sempre modificar não o conhecimento histórico da psicanálise, mas o seu campo teórico – ao deslocar-lhe a ênfase ou o centro de gravidade (FOUCAULT, 1969/1992, p. 66-67)

Aliás, Freud (1918/1996) inicia sua conferência intitulada *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*, dizendo nunca ter se vangloriado de qualquer inteireza ou acabamento do conhecimento e da técnica psicanalítica e de ter sempre estado pronto a rever e, até mesmo, alterar seus conceitos e métodos caso fosse necessário.

Dentre essas possíveis alterações conceituais e técnicas, Freud nos alerta para o restrito alcance da psicanálise no que dizia respeito às camadas mais populares da sociedade de sua época e, a partir disso, prevê que, em um futuro próximo, instituições ou clínicas poderiam ser fundadas com o intuito de oferecer tratamento psicanalítico a essas pessoas.

Entretanto, Freud (1918/ 1996, p. 181) enfatiza que “qualquer que seja a forma que essa psicoterapia possa assumir, (...) os seus ingredientes mais efetivos e mais

importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa [tratamento pela sugestão]”. Aqui encontramos em Freud, portanto, a possibilidade de instauração do discurso analítico em uma instituição pública de saúde, como pode ser o caso do de um hospital geral, desde que se mantenha “os ingredientes mais efetivos e importantes” da psicanálise.

Poderíamos, então, nos questionar de quais preceitos um psicanalista não deve abrir mão, caso não queira se enveredar para um outro tipo de escuta, que não seja a analítica. Darriba e Silva (2012), em um trabalho revelador que objetiva percorrer a obra de Freud em uma tentativa de mapear quais seriam os fundamentos, ou seja, aquilo que funda a psicanálise e a autentica como uma terapêutica como não há outra, mostram que a teoria do inconsciente, a sexualidade infantil, a teoria da transferência, bem como a interpretação das formações do inconsciente são os elementos dos quais não se pode abrir mão caso se pretenda fazer psicanálise. Além disso, os autores nos chamam atenção para alguns aspectos técnicos dos quais aquele que diz fazer psicanálise não pode abrir mão: a associação livre por parte do analisando e a atenção flutuante por parte do analista.

Assim, podemos concluir que, “ao mesmo tempo em que ratifica ter a psicanálise seus fundamentos, Freud especula acerca das possibilidades de ampliação do campo” (DARRIBA e SILVA, 2012). Não é a toa que, em *Sobre a Psicoterapia*, uma conferência proferida exclusivamente para médicos, Freud (1904/1996) nos alerta para a diferença entre o método analítico e a sugestão e compara tal diferença à antítese que também existe entre a pintura e a escultura, sabiamente descrita por Leonardo da Vinci. Assim, para Freud, a sugestão estaria para a pintura assim como o método psicanalítico estaria para a escultura, uma vez que o primeiro ocorre *per via de porre* e o segundo *per via de levare*. Entendamos essa analogia com as artes plásticas através das próprias palavras do autor:

A terapia analítica [...] não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da idéia patogênica [...]. Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, foi porque não havia a esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente. [...] censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico (FREUD, 1904/1996, p. 247).

Além disso, para Freud (1912/1996), nas instituições, com muita frequência o psicoterapeuta pode confundir a psicanálise com a psicologia da consciência e fazer uso

da sugestão até para que possa alcançar um resultado perceptível em um tempo mais curto. Entretanto, o autor nos alerta que “é lícito insistir em que ele próprio [o psicanalista] não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que seu método não é o da verdadeira psicanálise” (1912/1996, p.131).

Com isso, Moretto (2005) afirma que Freud não nos deixou regras claras de como proceder, não há receitas prontas e os ditames atuais que perpassam o fazer psicanalítico parecem ter surgido justamente desse furo e, vez por outra, servem como base ou justificativa para preciosismos sem sentido ou práticas equivocadas que nada têm a ver com a psicanálise<sup>4</sup>. Portanto, as únicas regras com relação à técnica, que realmente foram deixadas por Freud e as quais devemos seguir são: a associação livre - por parte do analisando - e a atenção flutuante - por parte do analista. O resto, segundo a autora, é resto, e diz da invenção inerente a clínica do caso a caso.

Essas indicações freudianas e dos autores a ele atentos, remetem-nos a aplicação da psicanálise e quanto a isso Darriba e Silva (2012), sempre partindo de Freud, têm um interessante *insight*: a própria terapêutica é uma aplicação da psicanálise.

Ora, sabemos que a psicanálise, em um primeiro momento surgiu como uma terapêutica e só, posteriormente, expandiu seus domínios e tem grandes contribuições a dar a outros campos do saber, além daqueles que se ocupam do sofrimento psíquico. Isso, como observam Darriba e Silva (2012), está em Freud (1933/1996, p. 145) quando se dedica a “*Explicações. Aplicações e Orientações*” relativas à psicanálise:

Nosso primeiro objetivo, naturalmente foi o de compreender os distúrbios da mente humana (...). depois, no entanto, percebemos as estreitas relações, a própria identidade interna entre processos patológicos e aquilo que se conhece como processos normais. A psicanálise tornou-se psicologia profunda; e uma vez que nada daquilo que o homem cria ou faz é compreensível sem a cooperação da psicologia, as aplicações da psicanálise a numerosas áreas do conhecimento entram em cena e requerem debate.

Dessa forma, uma vez que a psicanálise expande seus limites para além da terapêutica, essa passa a ser uma possibilidade de aplicação da psicanálise. Assim,

---

<sup>4</sup> Edward Glover, analista inglês, elaborou um questionário a fim de prestar contas sobre as normas que norteavam o fazer dos psicanalistas da Grã-Bretanha assim como objetivava fazer um levantamento das técnicas utilizadas pelos mesmos. Glover obteve a resposta de vinte e nove analistas e os resultados foram os seguintes: havia concordância de apenas 6 dos 63 pontos levantados e apenas um deles tinha realmente relevância: a necessidade de se analisar a transferência. Os demais relacionavam-se a questões insignificantes, pelo menos em um primeiro momento, tais como: a inoportunidade de aceitar presentes, a rejeição do uso de termos técnicos na análise, a evitação de contatos sociais, a abstenção de responder a perguntas e, por fim, o pagamento de todas as sessões as quais se deixa de comparecer. [sic] (LACAN, 1966a/1998 )

quando decidimos a discorrer sobre os limites e possibilidades de atuação do analista no hospital, falamos de uma aplicação da psicanálise. Entretanto, a atuação do analista no hospital restringe-se a uma terapêutica? Essa é uma questão importante, a qual só podemos responder nos reportando a Lacan através de seus pares conceituais psicanálise pura/psicanálise aplicada e psicanálise em intenção/ psicanálise em extensão.

No “*Ato de fundação*”, Lacan (1964b/2003) propõe a formação de três seções que seriam responsáveis pela orientação dos trabalhos da Escola Freudiana de Paris. Uma seção estaria atenta à práxis da teoria, ou seja, levando em conta a ética da psicanálise, faria um levantamento crítico das produções em psicanálise, realizando articulações com áreas afins. As outras seções nomeadas de psicanálise pura e psicanálise aplicada, visariam à práxis. A primeira estaria ligada ao tripé de formação do analista (análise pessoal, supervisão dos casos atendidos e estudo teórico) e a segunda à aplicação da psicanálise a outras áreas como, por exemplo, a psiquiatria.

Em “*Proposição de 9 de outubro de 1967 – Sobre o psicanalista da Escola*”, Lacan (1968/2003) procura deixar mais claro o que é feito da psicanálise nas instituições e faz a distinção entre psicanálise em intensão e psicanálise em extensão. Para o psicanalista, a psicanálise em extensão seria a possibilidade de presentificar a psicanálise no mundo, levando sempre em conta seus referenciais teóricos e éticos, enquanto a psicanálise em intensão é o que diz daquilo que prepara os operadores da psicanálise, ou seja, forma os analistas. Assim, a psicanálise em extensão, ou psicanálise aplicada à terapêutica, possibilita a experiência do inconsciente e do sujeito do desejo. Entretanto, aquele que se submete ao dispositivo analítico não necessariamente chegará ao atravessamento da fantasia e não terá como efeito tornar-se um analista. Com isso, as diferenças entre psicanálise em intensão e extensão referem-se ao objetivo final do processo analítico, mas a condução do tratamento se mantém tanto na psicanálise que visa formar um analista, quanto na aplicação da psicanálise em uma instituição, como é o caso do hospital.

Portanto, ao falarmos de psicanálise no hospital, não estamos falando apenas de psicanálise aplicada. A psicanálise aplicada não existe sem a psicanálise pura. E aqui não há novidade! Como sublinha Darriba e Silva (2012), Freud já o havia dito:

(...) nenhum psicanalista avança além do quanto permitem seus próprios complexos e resistências internas; e, em consequência, requeremos que ele deva iniciar sua atividade por uma autoanálise e levá-la, de modo contínuo, cada vez mais profundamente, enquanto esteja realizando suas observações sobre seus pacientes (FREUD, 1996/19910, p.150).

Ponto de vista semelhante possui Brousse (2008, p.80), ao se debruçar sobre o tema da psicanálise aplicada:

Dentro da psicanálise verdadeira, teríamos a psicanálise pura e a psicanálise aplicada. Dentro da psicanálise pura, a psicanálise didática e o divã. E dentro da psicanálise aplicada, o divã e a instituição. Desse modo, a psicanálise do divã pertence tanto à psicanálise pura, quanto à psicanálise aplicada.

Portanto, para a autora, tendo o ensino de Lacan como referência, não há como se separar a análise didática, a que se destina a formar um analista, da análise terapêutica. Ao contrário, toda análise é terapêutica. Não é sem razão então que Maurano (2003) enfatiza que se vai ao analista porque algo não vai bem e Quinet (2007), por sua vez, lembra-nos de que caso alguém procurasse Lacan com o objetivo de “se conhecer melhor” esse era despachado pelo psicanalista francês. Ou seja, a análise didática não prescinde da terapêutica. Assim, um analista como produto de uma análise não existe sem que sua análise tenha sido levada o mais longe possível (JORGE, 2006).

Assim, além de se esperar que o analista que atua no hospital mantenha uma relação bastante estreita com a psicanálise pura e em intensão, este deve estar também ciente de que os tratamentos que conduz têm um limite, já que ali o que se faz é psicanálise em extensão. Sobre esse limite da atuação do analista discorreremos mais detalhadamente no terceiro capítulo deste trabalho. Por ora, o que nos interessa marcar é, como dissemos no início deste trabalho, a necessidade de um contínuo retorno que um analista deve fazer a Freud, para que seja possível sustentar sua escuta no hospital.

Pensemos agora naquilo que proporciona a extensão e aplicação da psicanálise ao âmbito hospitalar. Entretanto, algumas questões se impõem aqui: O que possibilita a entrada de um analista em uma equipe multiprofissional? Será que entrar na equipe significa estar imediatamente inserido na mesma? Resumindo, entrar equivale a se inserir?

## 1.1 A ENTRADA E A INSERÇÃO DO ANALISTA NO HOSPITAL GERAL

### 1.1.1 O corpo como via de entrada

Nos ano acadêmico de 1885-56 o então neurólogo Sigmund Freud recebe uma bolsa de estudos para estudar em Paris Na Viena do século XIX algo não andava bem. Sigmund Freud, neurologista judeu, começou a perceber que, em sua clínica e na de seus colegas médicos, algumas pacientes apresentavam um quadro estranho e ao mesmo tempo enigmático. Paralisia de membros superiores e inferiores, gagueira, cegueira, mutismo, vômitos e recusa de se alimentar configuravam uma sintomatologia para a qual não se achava nenhuma causa orgânica, por mais que a psiquiatria alemã da época insistisse em atribuir a esse quadro uma etiologia ligada a um dano no sistema nervoso, sendo este constitucional ou devido a uma lesão ou inflamação. Assim, as histéricas, que já haviam desafiado o saber religioso, na Idade Média e foram mandadas para as fogueiras da Inquisição, agora pareciam querer governar sobre outros mestres – os médicos tributários do saber mecanicista do século XIX (FERREIRA & JORGE, 2002).

Freud, por sua vez, após dois anos de trabalho com os então nomeados doentes dos nervos no Hospital Geral de Viena percebe que seu aprendizado em uma universidade alemã concernente à histeria não o satisfazia mais. Com isso, decide pedir uma bolsa de estudos no ano acadêmico de 1885-56 para estudar em Paris com Jean Martin Charcot. De seu contato com o psiquiatra francês, Freud pode depreender já de início que 1) a gênese da histeria não se devia, exclusivamente, a um fator orgânico, mas sim psíquico 2) por meio da sugestão hipnótica, percebe que as ideias que são a causa dos distúrbios psicopatológicos não são conscientes, mas inconscientes 3) havia um conflito psíquico na origem dos distúrbios que se manifestavam em determinadas zonas do corpo denominadas por ele de histerógenas 4) esse conflito psíquico parecia ser decorrente de algo ligado à sexualidade (FERREIRA & JORGE, 2002).

Percebemos então que, de seu contato com Charcot em Paris, Freud, mesmo de maneira rudimentar, já localizava aquilo que fundamentaria a psicanálise: o inconsciente, a etiologia sexual das neuroses e o corpo erógeno.

Com isso, já de volta à Viena e ao contrário de seus contemporâneos, Freud resolveu ouvir as histéricas e “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). A escuta de Freud, portanto, mesmo influenciada pelo paradigma

moderno, mostrou que o corpo tinha uma cartografia particular, que não se reduzia à delimitação orgânica.

Assim, cada vez mais dedicado à invenção da psicanálise, Freud comprova primeiro através do método hipnótico-catártico e, depois, pela associação livre, que os sintomas histéricos são, de fato, fruto de uma relação de compromisso entre forças conflitantes no aparelho psíquico. Em outro momento, pelos sonhos e pela psicopatologia da vida cotidiana, provou que o psiquismo era eminentemente inconsciente, sendo a consciência apenas uma qualidade do psíquico (FREUD, 1924/1996). Aliás, é justamente em sua obra *Interpretações dos sonhos* que Freud (1900/1996) nos diz que o aparelho psíquico não tem uma localização anatômica, mas que, nem por isso, deixa de influenciar o corpo, que, mais tarde na obra freudiana, será elevado ao estatuto de corpo erógeno (FREUD, 1905/1996). Ou seja, tudo aquilo que de alguma forma já havia sido apreendido de seu estágio com Charcot, é reafirmado: o corpo é o palco onde se coloca em ato uma Outra Cena, na qual conflitos psíquicos devem ser decifrados e interpretados.

É necessário enfatizar que tudo o que Freud construiu desde que se deparou com a histeria pela primeira vez ainda ocorre. Não somos adeptos de uma nova psicanálise. Todavia, o movimento simbólico ao qual Freud, e até mesmo Lacan, pertenciam não é o nosso. Além do mais, Lacan (1953 [1998], p. 322), em “Função e campo da fala e da linguagem”, aponta para a necessidade de o analista levar em consideração a subjetividade de sua época e, caso não o faça, deve renunciar à prática da psicanálise. Afinal, “como poderia fazer de seu saber o eixo de tantas vidas quem nada sabe da dialética que o compromete com essas vidas num movimento simbólico?”

Com isso, pensando em nossa clínica, percebemos um uso bastante específico do corpo. Há em nossos dias, sem sombra de dúvidas, um empuxo à exposição de um corpo que é, paradoxalmente, exaltado e idealizado, mas, ao mesmo tempo, mortificado, através dos cuidados excessivos e da manipulação cirúrgica e medicamentosa. Vivemos em um momento governado pela incorporação da técnica e não pela significantização ou pela imaginarização que permitiam, até agora, fazer de um organismo um corpo (CUÑAT, 2011, p. 80).

Expliquemo-nos. Freud (1914/1996), ao dissertar sobre o narcisismo, alerta-nos para o fato de que o eu - acima de tudo corpóreo - forma-se a partir de uma nova ação psíquica. Lacan (1949/1998), em seu escrito “O estádio do espelho como formador da função do eu”, segue a trilha deixada por Freud e nos ensina sobre o poder constitutivo



da imagem do corpo do semelhante e, ao mesmo tempo, sobre o valor do reconhecimento dessa identificação imaginária pelo Outro simbólico. Dessa forma, “no início se tem um organismo, não se tem um corpo. A pregnância da imagem no ser falante produz a crença de que se é um corpo; tê-lo, exige um enodamento entre o imaginário, o simbólico e o real do corpo” (CUÑAT, 2011, p.81).

Todavia, atualmente, tomar o corpo para si parece estar, em certa medida, relacionado a um processo, que envolve técnicas complexas e sofisticadas que não só modelam os corpos, mas têm como objetivo torná-los imunes à velhice, às imperfeições, às doenças. Portanto, a castração, a divisão que nos tempos de Freud era colocada em ato no corpo, encontra-se hoje encoberta por um corpo-máscara impessoal, desvitalizado e normatizado (CUÑAT, 2011).

As cirurgias plásticas em busca de um corpo perfeito, os exames que vasculham o organismo e chegam a prever a possibilidade de se desenvolver ou não uma doença grave, e os protocolos que ensinam um cuidado ideal com o corpo e até mesmo como gozar dele, apoiam-se em um discurso científico ao qual estamos submetidos e que, cada vez mais, pretende recobrir o real do corpo sem que haja resto.

Por outro lado, uma queixa persiste: os médicos são potentes, mas não onipotentes. Enquanto a medicina baseada<sup>5</sup> em evidência é atravessada pelo discurso capitalista e, com isso, produz o ideal todo poderoso de um corpo imune ao tempo e do qual deveria se gozar sem limites, essa operação leva inevitavelmente ao fracasso. O real do corpo escapa à completa simbolização que muitas vezes o diagnóstico médico almeja produzir. Deste modo, passagem do olhar clínico para o enunciável sobre o sofrimento implica uma perda e algo resta (ANSERMET, 2003).

Afinal, como já nos alertava Freud (1929/1996), o corpo sempre será uma das fontes de mal estar no homem. Mal-estar este que não existe sem uma satisfação a ele associada e que Lacan nomeou de gozo: “Ninguém parece ter percebido que a questão está no nível da dimensão inteira do gozo, ou seja, da relação do ser falante com seu corpo, pois não há outra definição possível de gozo” (LACAN, 1971-72/2011, p. 59).

Com isso, para Lacan (1975-76/2007), só se goza porque se tem um corpo, pois, além de uma substância orgânica, o corpo tem também uma substância gozante. Como exemplo, podemos nos lembrar de Ernst Lanzer, paciente de Freud, mais popularmente conhecido como Homem dos Ratos, que causou surpresa ao pai da psicanálise ao relatar,

---

<sup>5</sup>No capítulo 3 deste trabalho, discorreremos sobre a medicina baseada em evidências e seu efeito naquilo que se entende por eficácia da psicanálise.

com um semblante que misturava horror e prazer, uma tortura asiática que consistia em colocar um pote quente de ratos no ânus das vítimas. Essa cena permeava as fantasias obsessivas do paciente, que tinha medo que o suplício dos ratos fosse inflingido em seu pai já falecido e em uma mulher, alvo de seu amor.

Assim, o gozo, modo paradoxal de satisfação pulsional que também envolve sofrimento, foi muito bem reconhecido por Freud (1920/1996) no fenômeno clínico da compulsão à repetição, que denuncia o caráter conservacionista da pulsão morte, ou seja, o empuxo de se preservar o mesmo. Desta forma, através das inibições, dos sintomas e da angústia, o gozo nos mostra que, de forma radical, o destino do ser falante é, de fato, o inorgânico<sup>6</sup>:

Onde é que isso habita, o gozo? Do que ele precisa? De um corpo. Para gozar é preciso um corpo. (...) Por quê? Porque a dimensão do gozo, para o corpo, é a dimensão da descida para a morte (LACAN, 1971-72/2011, p. 28).

Em outro momento de seu ensino – e isso nos interessa especialmente –, Lacan ressalta a capacidade reguladora do gozo pelo significante e nos indica a função do real na clínica:

É o real que permite efetivamente desatar aquilo em que consiste o sintoma, ou seja, um nó de significantes. Atar e desatar não sendo aqui metáfora, e sim devendo ser apreendidos como esses nós que se constroem realmente ao fazer cadeia da matéria significante. Pois essas cadeias não são de sentido, mas de gozo, não são de *sens* mas de *jouis-sens* (...) (LACAN, 1974/1993, p.25)

Dessa forma, pode-se dizer que, no contexto hospitalar, o analista é chamado a intervir, ou seja, a ele é feito um encaminhamento, quando ocorre um desencontro, um descompasso entre o saber médico e um corpo que se pensava dominar.

Logicamente, essa ilusão de um saber total sobre o corpo, se não podemos atrelá-la a um fato isolado, tem, por outro lado, antecedentes. Michel Foucault (1963/2008), em *O nascimento da clínica*, relaciona o surgimento da clínica médica à possibilidade de observação do cadáver. Assim, além do rompimento com o ar de obscurantismo que pairava sobre o fazer médico do século XVII e início do século XVIII, a observação do cadáver permitiu que o corpo fosse tomado como um objeto de estudo.

---

<sup>6</sup>Fazemos referência aqui também ao postulado freudiano de que toda pulsão comporta uma vertente conservacionista e que o destino do ser humano seria a volta a homeostase fundamental – o inorgânico (FREUD, 1920/1996).

Cabe aqui, por outro lado, uma ressalva. Segundo Kickhofel (2003) já no século XVI o médico Andreas Vesalius conduzia de forma inovadora a investigação da anatomia através da dissecação de cadáveres. Todavia, seu método causava escândalo em uma época em que o ensino da anatomia se dava através da pura descrição de um professor, enquanto o cadáver era dissecado na frente dos alunos por um não médico. Abaixo compartilhamos a palavras indignadas de Vesalius sobre o ensino da anatomia em sua época.

[O ensino da anatomia é] detestável procedimento hoje em voga, em que um homem faz a dissecação do corpo humano e outro lê a descrição das partes, este último empoleirado sozinho em um púlpito como uma gralha, e com um evidente ar de desprezo ambos despejam informações sobre fatos que nem eles mesmos conhecem em primeira mão, mas meramente buscam de memória de livros de outros, sendo o primeiro tão ignorante em línguas que é incapaz de explicar suas dissecções aos que o observam e remenda o que deveria exibir em acordo com a descrição do médico, que nunca coloca sua mão sobre a dissecação. Assim tudo é ensinado erroneamente, dias são perdidos em questões absurdas e, na confusão, menos é oferecido a um observador do que um açougueiro em seu lugar poderia ensinar um médico (VESALIUS, apud KICKHOFEL, 2003, p. 2)

Além disso, há que se considerar que o traço distintivo da ciência moderna é a matematização da física associada à experimentação. A matematização da física, por exemplo, foi somente alcançada no início do século XVII por Galileu, em suas análises do movimento dos corpos. Com relação a experimentação essa designa um conjunto de procedimentos de investigação controlados e repetíveis, nos quais se pode isolar variáveis de um sistema qualquer, cujo objetivo é algum tipo de análise quantitativa. Com isso a ciência baseada em qualidades de Aristóteles começa a ser substituída por uma ciência baseada em quantidades. Assim, mesmo reconhecendo o pioneirismo de Vesalius de se debruçar sobre o cadáver para estudá-lo, tal qual muitos de seus contemporâneos, apenas observou e descreveu o corpo humano. Não havia, naquele momento, como quantificá-la (KICKHOFEL, 2003)

Entretanto, ainda assim o apontamento de Foucault (1963/2008) parece-nos revelador. Ou seja, mesmo considerando o pioneirismo de Vesalius com relação a seu método de ensino, não há como negar que o nascimento da anatomia patológica e do método anátomo-clínico – alicerce da medicina científica – deu-se a partir de um corpo mudo e transparente – o cadáver. Mudo pelo fato do cadáver obviamente não falar, mas também porque quem falava não era o sujeito, mas a lesão. A lesão explicava e justificava os sintomas: “Essa condição de mudez e transparência, no entanto, não se restringe a contingências do estudo sobre o cadáver, mas define um dos eixos do ato

médico” (KUPFER & VOLTOLINI, 2005, p. 362). A clínica médica, portanto, não pode guiar-se senão pelo o que o médico observa objetivamente. Não é possível que o médico se norteie pela leitura que o próprio doente faz de sua doença. O bom doente é o que facilita o acesso ao visível e que não importuna o médico com questões subjetivas (CLAVREUL, 1983).

Não é a toa que, a partir do século XIX e até mesmo nos dias de hoje, diante da opacidade do sofrimento histérico, por exemplo, a medicina escolhe rechaçar seu discurso. Cabe ressaltar, no entanto, que tal posicionamento diante de algo que fura o seu saber, não é tomado aqui como imperícia ou, até mesmo, falta de empatia, mas por necessidade de proteger uma determinada economia discursiva. Com isso, a equivalência, por exemplo, entre a histeria e “um nada ter” é feita para afastar uma ameaça da economia discursiva da medicina<sup>7</sup> (KUPFER & VOLTOLINI, 2005). Afinal, se aquilo que caracteriza a ciência moderna é a análise quantitativa dos experimentos observados, a produção sintomática na histeria insiste em não ser passível de quantificação, pois não obedece a lógica do corpo anatômico.

Entretanto, para além de um debate sobre um método clínico próprio da medicina em termos de ciência moderna, é a posição do clínico em relação ao paciente que, de fato, localiza a diferença entre psicanálise e medicina. Se o médico opera do lugar do mestre<sup>8</sup> é porque se não o fizesse não poderia trabalhar e o paciente não poderia se tratar. A posição do analista, por outro lado, não é a de mestria, pois ninguém poderia conhecer o bem do sujeito antes dele próprio (ANSERMET, 2003).

Deste modo, a passagem que Freud efetuou foi da auscultação para a escuta, do visível para o audível, da constatação para a construção, instaurando um outro discurso e, conseqüentemente, uma outra clínica (KUPFER & VOLTOLINI, 2005).

A preeminência da clínica do olhar na medicina tem como contraponto na psicanálise o estabelecimento de uma clínica da escuta. Da medicina à psicanálise, o clínico passa do olho para o ouvido. Muda-se de sistema sensorial. (...) Enquanto a medicina se baseia na imagem, a psicanálise aposta na fala. Onde a medicina é uma clínica do corpo, na condição de objeto capturado pelo olhar, a psicanálise almeja ser uma clínica do sujeito apreendido pela escuta (ANSERMET, 2003, p. 9).

---

<sup>7</sup>Esse apontamento talvez fique mais claro quando discutirmos o discurso do mestre apresentado por Lacan em seu seminário dos anos de 1969 e 1970, intitulado *O avesso da psicanálise*, e a maneira pela qual o discurso analítico pode operar diante do mesmo.

<sup>8</sup> As formulações de Lacan sobre sua teoria dos quatro discursos serão devidamente abordadas no segundo capítulo deste trabalho.

A psicanálise então propõe-se a ir além do visível, através de uma escuta que daria acesso ao que é inapreensível pelo olhar e pela imagem, indo do imaginário para o simbólico. Assim, quando o médico se depara com um corpo que está para além do orgânico, pois, como adverte Lacan (1964/2008), é marcado pelo significante e, por isso, continente de gozo, há um desencontro. No entanto, a partir desse desencontro ocorre um efêmero encontro entre médico e psicanalista e é nesse momento que o analista poderá construir um lugar de escuta e inserir-se na equipe da qual faz parte.

Portanto, é diante desse corpo que se apresenta como enigma, que o saber médico encontra um limite. Afinal, há gozo e, por isso, o corpo é muitas vezes rebelde às terapêuticas padronizadas. Por isso, a entrada de um analista no hospital é tributária de um não saber, de uma impossibilidade de se recobrir pelo saber médico inteiramente o real do corpo.

Evidentemente não estamos dizendo que a psicanálise é melhor do que a medicina para tratar certos tipos de sofrimento. Se o fizéssemos estaríamos colocando a psicanálise na lógica da melhor terapêutica para determinados casos e estaríamos, na verdade, submetendo-a ao discurso médico. A psicanálise não entra na série que diz que para se tratar do coração vai-se ao cardiologista, para cuidar do pulmão vai-se ao pneumologista e que para tratar das emoções vai-se ao psicanalista. A psicanálise não é uma terapêutica auxiliar! (CLAVREUL, 1980)

Não é a toa que ao ser convidado para um debate em 1966, no *Collège de Médecine*, na *Salpêtrière*, em Paris, Lacan parece reticente quanto ao lugar que a psicanálise parecia ter na medicina para seus contemporâneos:

Este lugar atualmente é marginal e, como já escrevi em várias ocasiões, extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extra-territorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extra-territorialidade. Não são as minhas estas razões, mas não creio que minha vontade baste para modificar as coisas (LACAN, 1966b/2001, p. 32).

Ou seja, para Lacan, parece que o lugar da psicanálise na medicina não se resume nem ao de uma terapêutica auxiliar nem a um lugar extra-territorial, mas sim ao de se ocupar dos pontos cegos à prática médica. E quais seriam esses pontos? Neste debate, intitulado de forma precisa “O lugar da psicanálise na medicina”, Lacan (1966b/2011, p.12) surpreende ao considerar o “gozo do corpo” e a “estrutura da falha

que existe entre demanda e desejo” as duas maiores contribuições que a psicanálise poderia dar à medicina.

Fazemos nossas as considerações de Lacan e defendemos que a entrada do analista no hospital é tributária justamente desses pontos que marcam a impossibilidade de tudo simbolizar, seja através da queixa com relação ao sintoma, seja por um pedido do paciente feito pelo médico. Gozo, demanda e desejo estão articulados e isso gera entrave na clínica médica e, conseqüentemente, há possibilidade de entrada do analista em uma equipe multiprofissional. Vejamos como essa articulação se dá.

Ora, não é incomum no cotidiano hospitalar o paciente pedir ao médico a cura, mas o que oferece em troca de toda atenção oferecida, de todo o medicamento administrado e de todos os exames feitos é um *agarrar-se à doença com unhas e dentes*. E isso por que? Porque “um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo” (LACAN, 1966b/2001, p.11).

As palavras simples, porém precisas de Pierre Benoit, médico e psicanalista francês, que escreveu sua obra *Psicanálise e Medicina: teoria e casos clínicos* depois de ter assistido à conferência de Lacan à qual nos referimos, mostram-nos com clareza a impossibilidade de se equivaler o organismo e um corpo que goza:

Um pouco mais tarde, quando me vi confrontado com os clientes, soube de imediato (...) que na prática médica, salvo pelos raríssimos casos que podem ser efetivamente reduzidos a um simples problema técnico, há sempre algo como um encontro malogrado, porque uma construção de saber não pode nem entrar em contato, nem explicar o que está no cerne do sofrimento de um corpo (...) (BENOIT, 1989, p. 78).

E continua:

Numa palavra, creio que muitas doenças dentre as que há de mais orgânicas, são como que uma espécie de protesto biológico contra o estatuto do objeto, fruto da humanização. Um estatuto que destina o ser humano a oscilar sempre entre a perda original do objeto e uma necessidade dupla: a de seu investimento pelo corpo, necessário à vida e ao prazer, e a de seu desvanecimento pontual no gozo e final no risível ou no sagrado da morte. (BENOIT, 1989, p.86)

Aliás, além de nos dar uma indicação da articulação entre demanda e gozo, Benoit (1989, p.87) também nos diz que ao afastar-se do objeto da demanda – diagnóstico, medicamento, soluções – o analista pode “produzir e levar ao desvelamento de outro objeto, e depois de mais outro. Até a evidência final de que a busca infinita do objeto não leva a outra coisa senão a seu eclipse, pois dessa busca o objeto é a causa não

o fim”. Esta, como veremos no próximo capítulo, é uma questão ética, já que responder à demanda é calar o desejo, que, para Lacan, é uma barreira ao gozo!

O desejo é de alguma forma o ponto de compromisso, a escala da dimensão do gozo na medida em que de certo modo este desejo permite levar mais longe o nível da barreira do prazer (...) O prazer é a excitação mínima, aquilo que faz desaparecer a tensão, tempere-a ao máximo: é aquilo que nos pára necessariamente a um ponto de distância do gozo. É uma barreira ao gozo” (LACAN, 1966b/2001, p.13).

Dito de outro modo, enquanto a demanda é articulável na cadeia significante, o desejo é apenas articulado, e dele só se tem notícias, pelo campo do Outro da linguagem, pelas formações do inconsciente, como os chistes, os atos falhos, os sonhos e os sintomas. Por isso, um elemento aparentemente secundário para o médico, pode ser um indício fundamental para o analista, pois a hipótese do inconsciente articula-se a uma lógica negativa: “é nas discontinuidades do discurso consciente que a evidência do inconsciente se manifesta” (ANSERMET, 2003, p. 11).

Assim, “ (...) existe desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito (LACAN, 1966b/2001, p.12). Mas há um além! O campo do Outro “é o campo em que se localizam os excessos de linguagem dos quais o sujeito porta uma marca que escapa a seu próprio domínio. É neste campo que se faz a junção com aquilo que chamei pólo do gozo” (p.12). Dessa forma, apenas quando o sujeito muda sua relação com o inconsciente, com esse Outro que lhe habita, passando a escutar o que diz e responsabilizando-se por seu desejo, que faz-se possível o pagamento de uma certa cifra de gozo, mesmo em uma instituição pública.

*Estou vindo aqui há quase seis meses. Mas é muito difícil! Não sei por que continuo com isso! Tenho a impressão de que não ganhei! Quanto mais falo, mais me perco! É isso mesmo? – questiona-se uma paciente que foi encaminhada para o ambulatório da psicologia por estar obesa.*

Dessa forma, justamente pelo fato da dimensão do gozo ser completamente excluída de um saber da medicina ou da psicologia sobre o corpo ou, como define Lacan (1966b/2001, p.11) de uma “epistemo-somática”, é que o analista pode ter aí sua via de entrada no âmbito hospitalar.

Entretanto, quando falamos da entrada do psicanalista no hospital temos que entender que essa não garante sua inserção. É dessa distinção que nos ocuparemos a partir de agora.

### 1.1.2 Da entrada à inserção

Em sua experiência com outros profissionais da psicologia do Hospital das Clínicas de São Paulo, Moretto (2006) nos diz que o que mais seus colegas se queixam é de não terem um lugar na equipe de saúde. Entretanto, como vimos, desde os tempos de Freud, os médicos - diante de um corpo que para ele é estranho - fazem uma demanda de saber ao analista. Ora, se existe essa demanda, porque os analistas reclamam de não terem um lugar na equipe e de não terem suas opiniões levadas em consideração? De início, podemos adiantar que, realmente, esses profissionais não são escutados por não terem um lugar, mas isso se deve ao fato de que, apesar de terem entrado na equipe, não conseguiram se inserir na mesma.

Assim, entrar não quer dizer, necessariamente, inserir-se. A entrada de um psicanalista em uma equipe de saúde tem a ver com um contrato. Falando de outro modo, a entrada se dá em uma determinada data, ao trabalho que se desenvolve é atribuído um valor e suas funções, como psicólogo, são previstas por esse contrato. A inserção, por outro lado, estaria relacionada ao ato, à criação de um lugar psíquico junto à equipe. Ou seja, estar dentro fisicamente, não quer dizer estar inserido psiquicamente. Portanto, a inserção do analista na equipe ultrapassa a abertura de vagas no quadro de funcionários de um hospital (MORETTO, 2006).

Aliás, partindo dessa definição de Moretto (2006), podemos arriscar a dizer que, caso o analista se deixe capturar pelas amarras imaginárias do contrato, pode fazer de sua atuação um contra-ato, transformando o grafo do desejo<sup>9</sup> em grafo do poder, como nos alerta Miller (1992). Ou seja, operando dessa maneira, o analista não sai das disputas imaginárias - sempre altamente sedutoras - e, com isso, não ascende ao eixo simbólico, em que há lugar para a metáfora e para os equívocos da linguagem, possibilitando a emergência do sujeito do inconsciente na cadeia significante. Portanto,

---

<sup>9</sup>O grafo do desejo é proposto por Lacan (1957-58/1999) em seu *O Seminário, livro 5: formações do inconsciente* e, por meio dele, falará do processo de constituição do sujeito. Entretanto, em um escrito contemporâneo chamado *A direção do tratamento e princípios de seu poder*, Lacan (1958/1998) articulará esse mesmo grafo aos limites da atuação do analista com relação à transferência e à interpretação.



será no plano simbólico que o analista poderá fazer valer seu ato e com ele inserir-se na equipe.

Mas como o analista pode se inserir em uma equipe? Do que se trata esse lugar psíquico que depende de um ato? Para falarmos de uma vez, depende da demanda. Dessa forma, segundo Moretto (2006), o processo de inserção do analista está relacionado ao tipo de demanda que a equipe lhe dirige e como a mesma é escutada e acolhida pelo analista.

Todavia, quando falamos em demanda, temos que ter clara a distinção entre uma demanda de saber e uma demanda de presença. A seguir, em um esquema proposto por Moretto (2006), poderemos perceber como duas equipes hipotéticas se posicionariam diante da emergência da subjetividade e, a partir daí, com que propósito fariam um pedido de encaminhamento ao psicanalista.

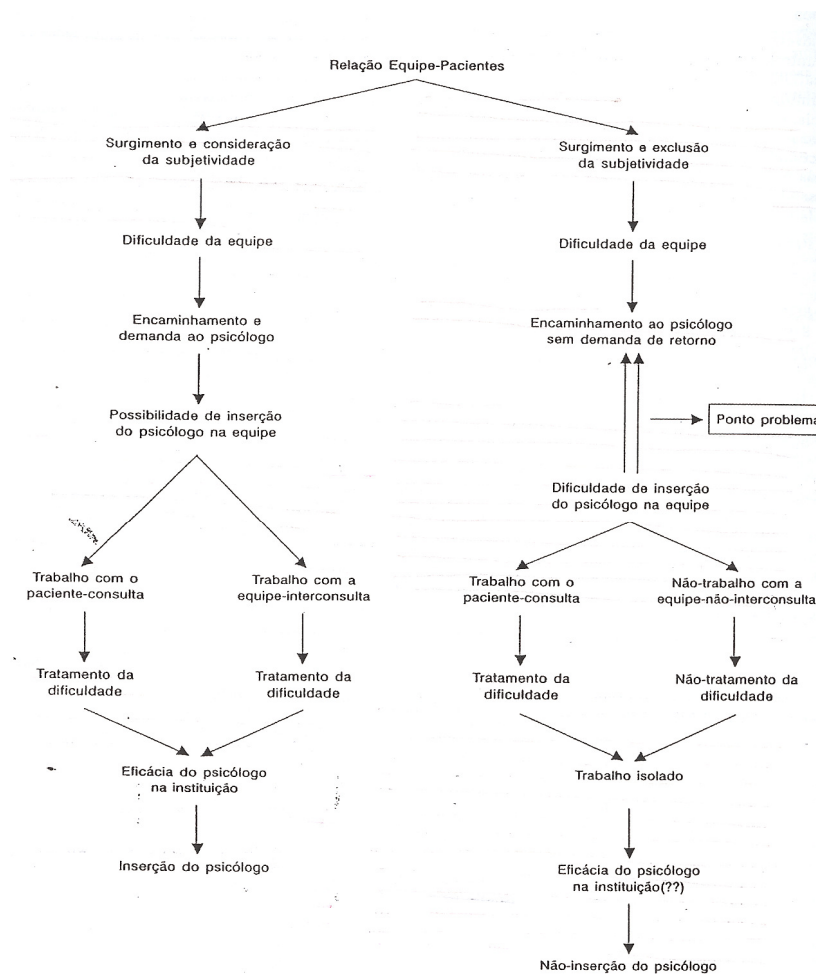


ILUSTRAÇÃO 1 – Relação Equipe-Paciente  
 Fonte: MORETTO, 2006.

Como podemos observar, a primeira equipe da esquerda para a direita, demanda trabalho do analista, pois é aquela que, diante da subjetividade com a qual não sabe lidar, faz um encaminhamento. No entanto, as coisas não param por aí. Há ainda um trabalho posterior – a interconsulta ou, como também é conhecida, a devolutiva. Assim, neste tipo de equipe, existe a consideração da subjetividade, já que a equipe faz um encaminhamento quando se depara com a mesma, mas demanda também um saber sobre ela.

Por outro lado, no esquema, há ainda a equipe que, frente ao surgimento da subjetividade, a exclui. Ou seja, faz o encaminhamento ao analista sem uma demanda de saber. O que se quer é apenas a presença do analista para lidar com aquilo que é estranho à equipe, não existindo o trabalho de interconsulta e, portanto, não havendo demanda de saber acerca da subjetividade dos pacientes.

Dessa forma, enquanto no primeiro tipo de equipe há efetivamente um trabalho em equipe, no segundo o que existe é um trabalho individual por parte do analista. Dizendo de outro modo, na primeira equipe o analista está inserido, na segunda ele apenas entrou.

Percebemos então que o fato de uma equipe fazer um encaminhamento ao analista, não significa que ele esteja inserido nesta equipe. Isso porque devemos diferenciar encaminhamento de demanda, no sentido de desejar saber. Assim, um alto número de encaminhamentos não corresponde, necessariamente, a demandas efetivas de intervenção do analista no campo institucional. O alto número de encaminhamentos é, sem dúvidas, um indicador importante de que a equipe tem dificuldades em lidar com a subjetividade que surge na cena médica. No entanto, isso não quer dizer que a equipe queira tratar dessa dificuldade (MORETTO, 2006).

Por conseguinte, como encaminhamentos não equivalem diretamente à demanda de saber, o analista não pode se valer da estatística de encaminhamentos a ele dirigidos para mensurar o valor institucional de seu trabalho. Por isso, podemos dizer que a inserção do analista na cena médica é da ordem do ato, pois esse diz de uma mudança de lugar e dele só se sabe *a posteriori*. O ato analítico e a produção de um querer saber, tanto do lado do analista quanto do lado do sujeito, estão entrelaçados (ANSERMET, 2003).

Benoit (1989, p.87), em suas articulações sobre aquilo que chama de medicinal, ou seja, objetos transferenciais (o diagnóstico e o medicamento) que permeiam a relação médico e paciente, nos diz sobre o ato originário que deu lugar à psicanálise:

É que Freud propõe a seus pacientes renunciarem ao objeto imediato de sua demanda, de modo que não estou longe de pensar que o ato analítico originário tenha consistido, frente ao sofrimento humano, em haver pela primeira vez, no consultório de um médico, suspenso qualquer recurso ao objeto terapêutico (o remédio). É esse ato que, sob diversas formas, renovamos no começo e ao longo do tratamento analítico.

Paradoxalmente, é justamente quando há a criação deste lugar psíquico na equipe, que as coisas podem ficar um pouco confusas. É muito comum que escutemos de alguns profissionais *psi* – psicanalistas ou não – de que existe resistência e, seja por parte do paciente ou por parte da equipe, essa vira sinônimo de impossibilidade de trabalho.

Ora, aqui verificamos uma imprecisão teórica. A resistência é uma condição clínica! E se empregamos aqui a palavra condição não é à toa. Entendemos que a resistência possibilita a clínica e é precipitada por ela. Ou seja, a resistência é um indicativo de que há condições de trabalho e não o contrário.

## 1.2 DA TRANSFERÊNCIA À RESISTÊNCIA<sup>10</sup>

No tratamento das neuroses denominadas, no início de sua obra, de neuroses de transferência, Freud percebeu que, após um período de tempo, os pacientes começavam a se comportar de maneira muito peculiar em relação ao analista. Assim, o paciente "que deveria não desejar outra coisa senão encontrar uma saída para seus penosos conflitos, desenvolvia especial interesse pela pessoa do médico" (FREUD, 1916 /1996, p. 441).

Freud (1916/1996) ainda nos assegura de que, nessas condições, a análise apresenta significativos progressos e, com isso, as associações e o material mnêmico, apresentado durante as sessões, aumentam em quantidade e assertividade. As

---

<sup>10</sup>Parte do que é exposto nesta parte do presente trabalho pode também ser encontrado em NETTO, M.V.R.F. O médico o analista e o monstro. In: *Psicanálise e Barroco Revista*. V.9. n.1: 94-114, 2011. No entanto, este artigo de nossa autoria não contém alguns importantes desenvolvimentos acerca do papel da resistência na psicanálise. a partir do ensino de Lacan (2011), os quais apresentamos aqui.

interpretações são uma surpresa para o analista que observa com deleite o paciente aceitando todas as inovações psicológicas que o tratamento pode-lhe oferecer.

Entretanto, como afirma Freud (1916/1996, p. 442), "[...] um dia, nuvens aparecem, [...] surgem dificuldades no tratamento; o paciente declara que nada mais lhe acode à mente" e não obedece mais às instruções que lhe foram dadas e a associação livre parece cessar. O paciente passa a comporta-se como se estivesse fora do tratamento e, apesar de estar visivelmente ocupado com algo, não compartilha com o analista o que lhe incomoda. Freud (1916 1996), diante de tal fenômeno, assegura-nos que esta é uma situação perigosa para o tratamento e que estamos diante de uma formidável resistência.

Tal relação estabelecida por Freud (1912b/1996) entre a resistência e o fenômeno da transferência foi alvo de suas investigações no texto "A dinâmica da transferência". Neste artigo, Freud nos informa que cada indivíduo desenvolve um método específico próprio para se colocar na vida erótica o que envolve as condições que o sujeito estabelece para enamorar-se, as pulsões que o satisfazem e os objetos que deseja.

Isso, por sua vez, produz o que Freud (1912b/1996, p.111) descreve como "um clichê estereotípico constantemente repetido [...] no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos [...] permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente às experiências recentes. (FREUD, 1912b/1996, p. 111).

No entanto, como enfatiza Freud (1915 [1996]), apenas uma parte dos impulsos que determinam a vida erótica passou pelo processo de desenvolvimento psíquico. Esta parte está dirigida para a realidade e encontra-se à disposição da personalidade consciente fazendo parte dela. A outra parte dos impulsos libidinais, por sua vez, foi retida no curso do desenvolvimento e mantida afastada da personalidade consciente e da realidade sendo, com isso, impedida de expansão ulterior - exceto na fantasia - e permanecendo totalmente inconsciente.

Sendo assim, é perfeitamente normal e inteligível que uma catexia, ou o quantum de investimento libidinal em um objeto, que se acha pronta por antecipação, dirija-se também para a figura do analista. Dessa forma, de acordo com Freud (1912b/1996, p. 112) "essa catexia recorrerá a protótipos, ligar-se-á a um dos clichês estereotípicos [...] ou, para colocar a situação de outra maneira, a catexia incluirá o médico numa das séries psíquicas que o paciente já formou". Falando de outro modo,

devemos ter em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas idéias conscientes, mas também por aquelas que são inconscientes.

Em resumo, Freud (1916/1996) nos diz que a transferência de intensos sentimentos para o analista é a causa para o entrave que se coloca após um tremendo momento de júbilo no tratamento. Além disso, sempre atento aos fenômenos da vida cotidiana, ressalta que a transferência também ocorre fora de uma psicanálise, pois deve ser atribuída à própria neurose. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar que, apesar de se fazer notar em outros lugares, a transferência só é escutada e tratada no dispositivo analítico.

Assim, podemos inferir que, no hospital, a transferência não é exclusiva da relação paciente e analista, mas também se faz presente nas outras relações que se estabelecem neste local.

*Paulo foi internado com diagnóstico de Infecção do trato urinário e insuficiência respiratória aguda. Além disso, havia feito uma prostatectomia total há alguns anos.*

*Durante o atendimento, paciente e filho relatam receio de uma nova transferência para o prédio anexo, já que da última vez que esteve no hospital e isso foi feito Paulo contraiu uma séria infecção hospitalar. Com isso, perguntam-me se seria possível que ele permanecesse no Pronto Socorro (PS) até melhorar. Explico da particularidade do pronto socorro, mas digo que isso não queria dizer que eles não pudessem conversar com a médica responsável.*

*O filho de Paulo conversa com a médica que depois me diz que iria manter Ernesto no PS. Indago a médica se realmente se tratava, naquele caso, de responder a demanda da família. A médica diz que, na verdade, a possibilidade de contaminação no anexo era bem menor que no PS. Diante disso, pergunto do porque de manter o paciente no PS. “A relação médico paciente é única. Você não entende. Mas acho que sou eu que quero que ele fique aqui. “ – diz com os olhos cheios de lágrima. Pontuo a importância de sua fala e então questiono se a melhor opção para o paciente seria continuar no PS ou se ela poderia explicar tanto para o paciente quanto para o filho o que havia me dito a respeito da maior possibilidade de contaminação no PS. A médica decide conversar com o paciente e o familiar.*

Este relato que ilustra o que pode estar atravessando a relação médico paciente parece ir ao encontro do que Freud (1916/1996) diz sobre o amor de transferência. Segundo o autor, algumas de suas pacientes afirmavam que a melhora de seu quadro justificava-se por terem encontrado algo que já procuravam há algum tempo - o amor. Portanto, seria o investimento amoroso feitos por essas mulheres no analista, que possibilitava a essas mulheres comunicarem seus pensamentos mais profundos ao médico que as escutava. Dessa forma podemos hipotetizar se não era o amor de transferência estabelecido entre médico e paciente, e não o medo de contaminação, que inconscientemente fazia com que Paulo quisesse ficar em um ambiente tão caótico quanto a enfermaria de um PS.

A partir disso percebemos que a transferência não é apenas uma forma de expressão da resistência, mas também o motor do tratamento analítico.

Todavia, nesta mesma conferência, Freud (1916/1996) afirma que não só sentimentos afetuosos permeiam a relação analista/paciente. Sentimentos hostis também entram em jogo, e não é devido a sua tonalidade agressiva que os mesmos deixam de se configurar como uma forma de manifestação da transferência.

Os sentimentos hostis indicam, tal qual os afetuosos, haver um vínculo afetivo, da mesma forma como o desafio, tanto quanto a obediência, significa dependência. [...] os sentimentos hostis para com o médico merecem ser chamados de transferência, pois a situação, no tratamento, com muita razão não proporciona qualquer fundamento para sua origem; essa inevitável visão da transferência negativa nos assegura, portanto, que não estivemos equivocados em nosso julgamento acerca da transferência positiva ou afetiva (FREUD, 1916 [1996], p. 444).

Com isso, percebemos que resistência à psicanálise no âmbito hospitalar tem a mesma importância e função que Freud detectou no início de sua teoria para o tratamento das neuroses. Afinal, não podemos nos esquecer que a transferência, no tratamento analítico, aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência. Assim, "podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência" (FREUD, 1912b/1996, p. 116).

Evidentemente, não negligenciamos o fato de que Freud, em um determinado momento de sua obra, mais precisamente nos textos "Uma dificuldade no caminho da psicanálise" (1917/1996) e "As resistências à psicanálise" (1925/1996) tenha relacionado a resistência ao que a psicanálise, juntamente com as descobertas de Darwin

e Copérnico, representou para ele – uma revolução. Com relação a isso, concordamos com Lacan:

(...) Freud incorreu numa falha. Achou que, contra a resistência, só havia uma coisa a fazer: revolução. E, assim, mascarou-se completamente aquilo de que se trata, ou seja, a dificuldade muito específica que existe em fazer entrar em jogo uma certa função do saber. Função que ele confundiu com que se evidencia de revolução no saber (LACAN, 1971-72/ 2011, p. 21).

Ou seja, na resistência o que está em jogo é a resistência a um saber e não a um conhecimento. Isso Freud (1917/1996) localizou muito bem ao dizer que a resistência à psicanálise é de cunho emocional e não intelectual. Falando de outra forma:

Se o inconsciente é algo de surpreendente, é porque esse saber é outra coisa. Esse saber temos uma ideia dele desde sempre, aliás, bem infundada, uma vez que evocamos a inspiração, o entusiasmo. O saber não-sabido de que se trata na psicanálise é um saber que efetivamente se articula, que é estruturado como uma linguagem (LACAN, 1971-72/2011, p. 23).

Ora, se o inconsciente é estruturado enquanto uma linguagem e aqui Lacan diz que o saber se articula e é estruturado como uma linguagem, percebemos uma equivalência entre inconsciente e saber. Com isso, há uma relação estabelecida por Lacan entre a produção de saber e a fala. O saber para a psicanálise, portanto, não é o saber do enunciado, mas da enunciação e dele só se sabe *a posteriori*, ao se tomar a palavra.

Evidencia-se, assim, que a revolução promovida por Freud tende a mascarar aquilo de que se trata. O que não se aceita, com ou sem revolução é uma subversão que se produz na função, na estrutura do saber (LACAN, 1971-72/ 2011, p. 15).

Atrelado a isso, a descoberta freudiana do inconsciente como um saber, faz com que não haja a possibilidade de se equivaler saber e conhecimento. Por isso, ao falar sobre o discurso analítico, o qual abordaremos no momento oportuno, Lacan é muito claro:

(...) quando falo do discurso analítico, não estou falando de algo da ordem do conhecimento. Há muito tempo se poderia ter percebido que o discurso do conhecimento é uma metáfora sexual e ter-lhe dado sua conseqüência, qual seja, que, visto que não existe relação sexual, também não existe conhecimento (LACAN, 1971-72/2011, p. 61-62).

Pode-se depreender então que Freud não se deu conta daquilo que mais tarde seria apontado por Lacan: a revolução nada mais é de que voltar ao mesmo ponto e, com isso, “tanto num caso quanto no outro, cosmológico ou biológico, todas essas

revoluções nem por isso deixam de situar o Homem no lugar da fina flor da criação” (LACAN, 1971-72/2011, p. 24).

Entretanto, como vimos, essa imprecisão de Freud não o impediu de perceber a fina e imprescindível relação existente entre a resistência e a transferência. Aliás, foi a partir de Freud que Lacan também pôde dar suas contribuições acerca desses fenômenos.

Foi durante *O Seminário, livro 11*, momento de retomada dos conceitos fundamentais da psicanálise, que Lacan (1964/2008) nos diz, assim como Freud, que também compreende a transferência como uma forma de manifestação da resistência, pois essa ocorre quando há um fechamento do inconsciente. Ou seja, para o autor, o inconsciente abre e fecha em uma pulsação temporal e, por vezes, interrompe sua comunicação.

A partir disso, Lacan (1964 /2008) condena um equivocado manejo da transferência, comumente adotado por muitos psicanalistas, que tendem a achar que em determinado momento a transferência está atravancando o processo analítico e que, com isso, o paciente estaria resistindo ao tratamento.

Assim, Jorge e Ferreira (2005) dizem que, quando Lacan afirma que a resistência é sempre do analista, não está negando a resistência por parte do paciente. O *eu* resiste e isto é um fato clínico (LACAN, 1954-55/1985). Assim, ao fazer tal afirmação, Lacan está apenas sublinhando que dar ouvidos exclusivamente à resistência, significa não levar em conta que o inconsciente insiste e, portanto, é não apostar no retorno do recalçado.

Ou seja, agindo desta forma, o analista não se atém à cadeia significante e ao sujeito que dela é efeito, e isso sim seria resistência - resistência por parte do analista ao inconsciente. Dessa forma, enquanto a resistência por parte do paciente ou da equipe faz parte do dispositivo analítico e é, inclusive, pré-requisito para a instalação da transferência - motor do tratamento e pré-requisito para inserção do analista na equipe -, a resistência por parte do analista, por sua vez, é prejudicial e gera efeitos devastadores.

Além disso, é importante enfatizarmos que Lacan (1964/2008) problematizará conceitos trabalhados por Freud como transferência positiva, transferência negativa e ambivalência. Para o autor, a transferência - manifestando-se de forma positiva, negativa ou ambivalente – estará sempre vinculada a uma suposição de saber. Expliquemo-nos.



Quando alguém procura um analista e, como vimos, no caso do hospital isso se dá, na maioria das vezes, por meio do encaminhamento, é porque subteme que este detém um saber sobre o que intriga, causa sofrimento e escapa à compreensão. Ou seja, ao analista é creditado um saber, ele é colocado em uma determinada posição. A essa operação Lacan chamou de sujeito suposto saber e vinculou a ela o estabelecimento da transferência.

Foi isso que acentuei do sujeito suposto saber como fundador dos fenômenos da transferência. Sempre sublinhei que isso não acarreta nenhuma certeza, no sujeito analisando, de que seu analista saiba muita coisa, bem longe disso. (...) O que não altera absolutamente nada o fato de que o saber é pressuposto na função do analista e de que é nisso que repousam os fenômenos da transferência (LACAN, 1971-72/2011, p.46-47).

*Manoel decidiu ir para o hospital porque passou muito mal quando foi trabalhar naquela manhã. Diz que começou a suar frio, ter tremores e a ficar com a visão embaçada. O analista pergunta se ele relacionava isso à alguma coisa, já que acabara de ser atendido pela médica, mas nenhum diagnóstico conclusivo ainda tinha sido feito.*

*Manoel então diz que não estava se alimentando direito. “Quando a gente fica sozinho acaba não se cuidando, né?” O tom de questão na fala de Manoel, faz com que eu volte a pergunta. “É?” – indago. O paciente então diz que tinha mais uma coisa para contar – estava bebendo. “Bebendo muito e, às vezes, não consigo sair de casa para ir ao trabalho sem antes beber. Esse é meu problema, doutor. Mas é por causa das perdas. Você sabe. “ - fala José de seu sintoma. “Não sei. Quer me contar?” – pergunta o analista. “Eu me separei, perdi uma filha. Aí eu tô bebendo. Mas tenho que parar. Não dá mais. Sei disso. O senhor me ajuda?” O analista pontua que Manoel parecia já ter percebido parte de seu problema – bebia muito. Mas havia uma coisa curiosa: porque ele bebia. Afinal, diante das perdas ele poderia ter reagido de diversas formas, mas reagiu bebendo. “Isso não te deixa curioso, Manoel?” – provoca o analista. “É uma boa pergunta, doutor. Será porque eu bebo? Tem como eu saber?” O analista diz que sim e fala da necessidade de que o paciente fizesse um acompanhamento psicológico, dizendo da possibilidade de um encaminhamento. Manoel aceita.*

Podemos perceber então que é a transferência de saber que possibilita o trabalho analítico, a produção de um saber singular, seja dentre as quatro paredes de um consultório particular, seja em uma instituição como é o caso de um hospital.

Para despertar meu pessoal, articulei essa transferência a partir do sujeito suposto saber. Há aqui uma explicação, desdobramento do que o nome apenas obscuramente indica. Isto é: o sujeito, por meio da transferência, é suposto ao saber pelo qual ele consiste como sujeito do inconsciente e é isso que é transferido ao analista, ou seja, esse saber dado que não pensa, nem calcula, nem julga, não deixando por isso de produzir efeito de trabalho (LACAN, 1974/1993, p.53-54).

No entanto, o analista deve estar avisado que o estabelecimento da transferência não se dá sem resistência, o que faz desta um fato clínico e não uma desculpa para se negar a escuta. Somente levando isso em conta o analista que atua em um hospital poderá ocupar o lugar de sujeito suposto saber, possibilitando a produção do saber inconsciente. Portanto, se há resistência, é porque, “esse novo estatuto do saber deve acarretar um tipo inteiramente novo de discurso, que não é fácil de sustentar (LACAN, 1971-72/2011, p.24).

Ora, se a psicanálise veicula um discurso difícil de sustentar é porque, de alguma forma, esse se difere de outros. Lacan (1974/1993, p. 73) nos diz que “a ética é relativa ao discurso”, apontando para uma relação entre ética e discurso. Talvez então seja pela ética que possamos diferenciar o discurso da psicanálise dos outros que se apresentam no hospital. Além disso, se nos propomos a estudar as possibilidades e limites de atuação de um psicanalista no hospital, podemos adiantar que dita a ação o fazer do analista é sua ética – a ética da psicanálise. Portanto, os limites para a atuação do analista são éticos e não se referem apenas as dificuldades impostas pela instituição. Passemos para o próximo capítulo.

## CAPÍTULO II

### ÉTICA E DISCURSO

Pelos corredores de um hospital geral vemos transitar profissionais de diversos campos do saber. Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentre outros compõem a cena hospitalar e suas ações, nesse contexto, são guiadas pelo arcabouço teórico próprio de cada uma dessas áreas. Não podemos nos esquecer, todavia, que o psicanalista, muitas vezes, também se coloca como um outro ator nesta cena e tem sua prática guiada pela teoria que a fundamenta - a teoria psicanalítica.

Entretanto, a questão que se coloca é: a relação estabelecida entre o psicanalista e a teoria que orienta a sua prática é a mesma que se dá entre os outros profissionais e os respectivos arcabouços teóricos que embasam suas ações?

Portanto, dedicar-nos-emos a discutir sobre essa vital relação estabelecida entre a teoria e prática em qualquer disciplina e como isso se relaciona à ética. Posteriormente, tendo como base a especificidade da ética da psicanálise, analisaremos como a teoria dos quatro discursos propostas por Lacan, bem como suas articulações sobre o discurso capitalista podem ser percebidas no hospital geral.

#### 2.1 TEORIA, AÇÃO E ÉTICA

Quando falamos de uma prática, de uma ação no campo intelectual, não podemos nos abster do fato de que a mesma deve estar sempre fundamentada em um sistema teórico. Afinal, será essa fundamentação que, além de orientar a prática, irá avaliá-la como correta ou não, como válida ou não. Assim, teoria e prática dialogam e se fundam, para se separarem em momentos específicos sem, no entanto, perderem-se uma da outra. Com isso, segundo Martins (2008), como a teoria deve ser utilizada para calcular, orientar e validar uma ação, talvez possamos dizer que a prática encarna a teoria, reificando-a no terreno da ação.

Lacan (1959-60/2008, p.364), por sua vez, em seu *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*, afirma que o que faz um juízo sobre a nossa ação é essencialmente a ética. No entanto, ressalta que a ética "só tem importância na medida em que a ação nela implicada comporta também, ou é reputado comportar, um juízo, mesmo que implícito. A presença do juízo é essencial à estrutura".

Além disso, ao adentrarmos no terreno da ética, não podemos deixar de notar que, freqüentemente, a mesma é aproximada do conceito de moral. Entretanto, como sugere Martins (2008), moral não coincide com ética. A moral prescreve um código que é estabelecido em torno de um ideal enquanto a ética suspende o ideal a favor de um questionamento e visa um código válido para todo ser humano. A ética, com isso, tem o peso da universalidade.

No hospital, muitas vezes, essa distinção toma corpo e tudo deve ser feito para se evitar o sofrimento, mesmo que este diga do insuportável que é estar ali internado. O ideal é *o não sofrimento* e o código é *não faça sofrer*. O sofrimento é, portanto, imoral.

*Antônio deu entrada na emergência do hospital devido a uma insuficiência respiratória e, de lá, foi levado para a UTI com um quadro de pneumonia. Devido a várias complicações atreladas a avançada idade do paciente, Antônio estava completando seis meses de internação. "Aqui a pessoa já sofre demais. Se for para você conversar com ela e a deixar chorando depois do atendimento, é melhor não atendê-la" - diz uma técnica de enfermagem em tom jocoso após um atendimento psicológico.*

A partir disso, podemos compreender a opção feita por Lacan, logo no início de seu seminário sobre a ética da psicanálise, de falar de ética e não de moral: "falando de ética da psicanálise escolhi uma palavra que não me parece por acaso. Moral, poderia ter dito. Se digo ética, verã porquê, não é pelo prazer de utilizar um termo mais raro" (LACAN, 1959-60/2008).

Com isso, ao longo deste seminário, tomamos conhecimento de que, para Lacan (1959-60/2008), a experiência moral diz de um ideal de conduta, de um sentimento de obrigação sancionado a uma lei e está estreitamente relacionado à gênese e funcionamento do Supereu. O campo da ética, por outro lado, está para além de um ideal, de um sentimento de obrigação e, dessa forma, não se restringe ao funcionamento paradoxal do Supereu. A ética só se configura quando encontra em seu domínio a função "fecunda do desejo como tal" (LACAN, 1959-60/2008, p. 11).

Falaremos da relação estabelecida por Lacan entre ética e desejo no momento oportuno. Por agora, passemos a analisar a crítica do autor à ética proposta por Aristóteles – ética do Bem Supremo -, em sua obra *Ética a Nicômono*, bem como a ética dos "bens", proposta por Lacan como efeito do capitalismo.

## 2.2 A ÉTICA DO BEM SUPREMO E A ÉTICA DOS BENS NO HOSPITAL GERAL

A filosofia de Aristóteles nos apresenta um mundo hierarquicamente organizado, completo e onde cada coisa encontra-se em seu devido lugar. Somente com essa ordenação, que as coisas poderiam atingir sua realização e se tornarem verdadeiras. Assim, como sugere Koyré (1973/1991), para o filósofo, as coisas e seus movimentos têm como principal objetivo o equilíbrio e o encaixe na ordem cósmica que, por sua vez, tem como centro o Bem Supremo.

Com isso, no campo da ética aristotélica, o Bem a ser alcançado realizar-se-ia através do que Aristóteles denominou de ação virtuosa que estaria sempre ligada ao bem estar, à sensação de prazer que, tautologicamente, é o indicativo da verdadeira ação. Ou seja, a ação virtuosa deve fazer o Bem. Se não o fizer, não é verdadeira.

É com essa concepção de ação virtuosa e de sua relação com o Bem Supremo, que podemos dizer que a ética proposta por Aristóteles engendra um discurso educador e ordenador. Por conseguinte, Lacan levou essa ética para o campo da moral e a chamou de moral do mestre.

A moral de Aristóteles se funda inteiramente numa ordem certamente arrumada, ideal, mas que responde contudo à política de seu tempo, à estrutura da Cidade. Sua moral é uma moral do mestre, feita para as virtudes do mestre, e vinculada a uma ordem dos poderes. A ordem dos poderes não deve absolutamente ser desprezada - não se trata aqui, de modo algum, de afirmações anarquistas - é preciso simplesmente conhecer o limite disso no que se refere ao campo aberto à nossa investigação (LACAN, 1959-60/2008, p. 368).

Avisados da ética ou, como preferiu Lacan, da moral aristotélica que, como vimos, baseia-se no Bem Supremo e em um discurso quase que pedagógico para viabilizar o engendramento de tal Bem, podemos, neste momento de nossas articulações, adentrar os corredores do hospital geral, juntamente com os outros sabres que lá se encontram, e, com isso, perceber que a ética que ali predomina é a ética do Bem Supremo. Sim, é essa a ética que parece nortear a ação da maioria dos profissionais no contexto hospitalar onde, como disse um médico aos familiares de um paciente: "(..) aqui todos têm que ficar bem, é proibido sofrer".

*Rafael estava internado há alguns dias na UTI e, após um período de completa adesão ao tratamento, começou a apresentar um quadro de confusão mental, que*

*deixava a equipe receosa com relação a seu prognóstico. Diante disso, é feito um encaminhamento à psicologia e, durante o atendimento, fica nítido que Rafael realmente não compartilhava da realidade material a qual os médicos se baseavam para dizer que o paciente estava confuso. Entretanto, também fica evidente que a confusão mental do paciente tinha uma função bastante específica. “Aqui é muito ruim! Não aguento mais! Então à noite volto para casa e fico lá com a minha mulher e quando está amanhecendo volto.” A partir dessa fala o analista questiona o porquê de Rafael voltar para o hospital quando amanhece. O paciente então responde que em sua casa não tem os medicamentos que precisa para melhorar e, por isso, voltava para o hospital. “Quero melhorar logo!” – diz o paciente.*

Uma particularidade do trabalho em uma instituição é que o analista deve ficar atento aos significantes mestres que lá se fazem presentes. Logicamente, o uso de termos técnicos exclusivos da medicina muitas vezes ocupam esse lugar e o analista não deve ignorá-los, até para que os mesmos possam ser dialetizados. Assim, após o atendimento, o analista conversa com o médico e diz que, provavelmente, o paciente apresentava um quadro já descrito na literatura conhecido como “Síndrome da UTI”. Ou seja, após muito tempo de internação, é comum que pacientes apresentem uma fuga da realidade que, para eles, apresenta-se como insuportável. Todavia, enfatiza também que era justamente isso que estava possibilitando o tratamento do paciente. A confusão mental, portanto, tinha uma função e, por isso, não deveria ser vista como algo negativo.

Assim, podemos perceber que a ética médica é aquela que objetiva alcançar uma felicidade sem sombras, um ser sem dor, um ser sadio e, por isso, silencioso. Entretanto, Lacan nos adverte que essa ordenação silenciosa que, equivocadamente, confunde-se com a concepção de saúde, é da ordem do engodo, da falácia.

Qualquer regularização que trouxermos à situação daqueles que concretamente recorrem a nós em nossa sociedade, é por demais evidente que sua aspiração à felicidade implicará sempre um lugar aberto para um milagre, uma promessa, uma miragem de gênio original ou de excursão para a liberdade, caricaturemos, de possessão de todas as mulheres para um homem, do homem ideal para uma mulher (LACAN, 1959-60/2008,p.355).

Não se trata, porém, de fazermos apologia ao obscurantismo, a não ciência e a relativização extremada dos fenômenos dos quais trata a medicina. O hospital é a casa do médico e isso não é à toa. É para lá que se vai quando se está doente e é a promessa

de cura que se tenciona encontrar nas palavras do médico. O médico que, em cirurgia, deve retirar um tumor de um paciente, não pode enxergá-lo como um sujeito. Naquele momento, o que é possível para o médico é ver apenas um "campo"<sup>11</sup>. O sujeito lhe seria insuportável.

Entretanto, segundo Rinaldi (1996), com a universalização do trabalho livre, a generalização da propriedade privada e a implantação da economia de mercado podem ser estabelecidas como algumas das causas da passagem de uma ética eminentemente aristotélica, ética do Bem, para uma ética dos "bens". Com isso, "(...) o indivíduo é pensado como um ser de carências e necessidades, e o sistema político passa a ser regido pela racionalidade instrumental do fazer e a da produção de bens" (RINALDI, 1996, p. 99).

Ou seja, a visada da felicidade ainda tem lugar. No entanto, essa não é advinda no agir virtuoso de Aristóteles, mas também almejada através do acesso aos bens de consumo, que podem ser quaisquer objetos que adquiram ares agalmáticos. No hospital percebemos que o estado de saúde completa do corpo pode tornar-se um desses objetos a serem adquiridos.

*Eu já fui no urologista, no gastrologista e na imunologia. Está tudo bem! Tentei ir à psiquiatria, mas lá não passei na entrevista. Não sou um caso grave. Então pedi à médica daqui para me encaminhar para o senhor. Quero ver se minha cabeça tá tão boa quanto o resto. Tenho a intenção de ficar 100%. – diz um paciente sobre a maneira como entende a saúde de seu corpo.*

Aqui retomamos Lacan (1959-1960/2008, p.262) que questiona o posicionamento do analista frente à ética dos bens: "Todas as espécies de bens tentadores se oferecem ao sujeito, e vocês sabem que imprudência haveria se deixássemos colocarmo-nos na postura de ser para ele a promessa de todos os bens como acessíveis, a via americana".

Essa advertência de Lacan se mostra fundamental para o analista que se encontra no hospital, em um momento bastante particular. Momento este em que, conforme explicita Vieira (2011), a saúde é pré-fixada em índices e escalas numéricas. Ou seja, a

---

<sup>11</sup> Termo utilizado para denotar a área do corpo em que se dará uma cirurgia. Todavia, no dia-a-dia do hospital não é incomum que alguns cirurgiões tomem a parte pelo todo e se refiram ao paciente como um "campo".

saúde do bem estar físico, psíquico e social passa a ser obrigatória, objeto de consumo de primeira necessidade. E ai de quem não obtiver um bom *score*! Ai de quem não atingir ponto mínimo de corte nos instrumentos que pretendem dizer quem é ou não saudável! Ai de quem se recuse ao imperativo superegóico goze ... da melhor saúde o tempo todo, sem cessar!

Diante deste panorama, uma pergunta se impõe: o que fazer? Qual posicionamento tomar? Ou melhor, haveria na cena hospitalar um lugar para um ator cuja práxis não seja norteadada pela ética que Lacan (1959-60/2008) denominou de ética dos bens? Estaria o analista correndo risco de entrar nas engrenagens dos outros discursos que ali convivem, abrindo mão de sua ética? É sobre isso que nos debruçaremos a seguir.

### 2.3 A ÉTICA DA PSICANÁLISE

Quando falamos sobre a ética da psicanálise, podemos fazê-lo de duas formas: há a ética, no que se refere à proteção do paciente em função do amor de transferência, ou, ainda, as implicações éticas do advento da psicanálise no ocidente como uma práxis (teoria e prática) que questiona o pensamento moderno (KEHL, 2002).

Entretanto, não podemos encarar essas duas vertentes como algo estanque, distinto. Na verdade, elas articulam-se em um movimento dialético. Afinal, como afirma Kehl (2002), a psicanálise abalou radicalmente as certezas concernentes à relação do homem com o Bem, a partir da descoberta freudiana do determinismo psíquico inconsciente e da realidade psíquica. E é isso que deve nortear a práxis da psicanálise.

Voltando novamente nossas atenções para a atuação do psicanalista em um hospital geral, perceberemos que o analista, com muito mais frequência do que no *setting* analítico tido como tradicional, angustia-se e pergunta-se: atuo de acordo com a ética que deveria guiar minha prática?

Ora, não são raros os momentos em que o analista se vê em um atendimento que é interrompido por um técnico de enfermagem para administrar no paciente um medicamento que “tem hora marcada”. Há, também, a possibilidade de um paciente que entrara em trabalho analítico, repentinamente, ter alta ou ser transferido para outra instituição. Diante disso, o analista pode se perguntar: e agora? Com isso, a urgência, a hora marcada, e a alta de um paciente até então em atendimento, coloca-nos as voltas



com a questão do tempo que pode ser vista como algo que inviabilizaria a escuta analítica no hospital.

Nestes instantes de impasse, o analista deve se questionar se há garantia de algo, por exemplo, em nossos consultórios. Quem nos garante que o paciente comparecerá à próxima sessão? Ou, quem garante que nós estaremos lá na próxima sessão? Deste modo, o tempo, seja nos consultórios, seja no hospital, nada deve ter a ver com o tempo cronológico, do um depois do outro. O tempo, para nós analistas, deve ser aquele que obedece a uma outra lógica, a lógica do inconsciente.

Assim, de acordo com Moretto (2005), é possível que, na urgência subjetiva, um processo analítico se inicie. É claro que este não poderia se configurar nos três tempos de uma análise conduzida a seu termo. Geralmente, no hospital, “o trabalho analítico não se avança além do primeiro tempo, pois o período de internação não coincide com o tempo de o paciente entrar em análise em direção à travessia do fantasma - o que caracterizaria o seu final” (MORETTO, 2005, p.102).

No entanto, não podemos nos esquecer que Freud (1913/1996) nos diz que esse momento preliminar não deve prescindir da regra fundamental da psicanálise – associação livre e atenção flutuante – e que as mesmas não deixam de ter um efeito analítico, uma vez que podem promover o que Lacan chamou de retificação subjetiva<sup>12</sup> e que Moretto (2005) define como o processo que modifica a posição do sujeito com relação ao real, e que o implica nas desordens das quais ele se queixa. Isso quer dizer que uma análise iniciada e interrompida em um curto espaço de tempo, não deixa de ter um efeito analítico para o paciente.

Ou seja, percebemos com nossa prática que a escuta analítica no hospital e, provavelmente em outras instituições, tem por principal objetivo sensibilizar o paciente para o inconsciente que, como nos alerta Jorge (2011), é um saber. Entretanto, este saber não se equivale à informação dada pelo médico ao paciente e seus familiares sobre o diagnóstico, a função do tratamento, e possibilidades prognósticas do caso. Falamos aqui de um saber inconsciente, um saber que não se sabe saber. Com isso, não raro muitos pacientes, após deixarem o hospital, procuram um analista para que, dessa forma, possam continuar a saber um pouco mais sobre o que há de mais singular em seu sofrimento.

---

<sup>12</sup> No terceiro capítulo dessa dissertação nos debruçaremos sobre o que seria possível das entrevistas preliminares em um hospital, bem como suas principais funções e possíveis efeitos.

Outro aparente impasse ético que ocorre no hospital e que, em um primeiro momento, pode nos paralisar é a questão da demanda. A demanda de cura, de felicidade total, de arrumação psicológica, não é apenas do paciente. No âmbito hospitalar, essa demanda é institucional! Portanto, dentro deste contexto, alguns pedidos são frequentes:

*“A familiar do leito 10 está chorando. Você vai lá?” ou “O paciente do leito 8 está muito agitado. Converse um pouco com ele. Quem sabe ele não se acalma.” e, finalmente, “Já fiz de tudo para aquela paciente tomar a medicação, mas ela diz que não tem nada. Será que você consegue convencê-la?”.*

Diante desse panorama, a pergunta que nos resta é: como pode o analista atuar no hospital sendo que sua ética se difere e vai de encontro à ética do Bem Supremo e a ética dos bens? Ora, o analista, incluindo aquele que atua no hospital, deve saber que, como nos indica Lacan (1959-60/2008), o que nos demandam, em qualquer contexto, é, pura e simplesmente, a felicidade. Entretanto, Freud (1929/1996) nos alerta, em *Mal-estar na civilização*, que é necessária uma renúncia pulsional como condição para a formação da sociedade. Ou seja, o laço social é tributário de uma perda, de uma impossibilidade de satisfação plena. Dessa forma, enquanto analistas, estamos à milhas de distância da formulação de uma disciplina da felicidade.

Eis o que convém relembrar no momento em que o analista se encontra em posição de responder a quem lhe demanda a felicidade. A questão do Bem Supremo se coloca ancestralmente para o homem, mas ele, o analista, sabe que essa questão é uma questão fechada. Não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele não o tem, como sabe que não existe (LACAN, 1959-60/2008, p. 351).

Mas se o analista não pode oferecer o bem, a felicidade como um bem, a cura *prêt-à-porter*, o que pode ele fazer diante daquele que lhe demanda a felicidade? Lacan (1959-60/2008, p. 352) tem uma resposta muito precisa para tal questão. “O que o analista tem a dar [...] é o que tem. E o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o do analisando, com a diferença de que é um desejo prevenido.”

Mas de que desejo prevenido fala Lacan? Do desejo do analista, o desejo que não pode desejar o impossível. Ou seja, o analista não pode - pelo simples fato de não ser possível - responder à demanda do paciente, uma vez que ela aponta para além e para alguém do que é formulado na cadeia significante.

E na medida em que a demanda está para além e para aquém de si mesma, que, ao se articular com o significante, ela demanda sempre outra coisa, que, em toda a satisfação da necessidade, ela exige outra coisa, que a satisfação formulada se entende e se enquadra nessa hiância, que o desejo se forma como o que suporta essa metonímia, ou seja o que quer dizer a demanda para além do que ela formula (LACAN, 1959-60/2008, p. 344-345).

Diante disso, algo que pode ser transmitido à equipe é: será que aquele que nos procura sempre deseja o que aparenta querer?

*Um técnico de enfermagem incomodado com uma paciente que repetidamente lhe pedia água, reclama:*

*\_ De novo água! Não é possível! Ela vai estourar de tanto beber água!*

*\_ Estranho ela querer água se, como você disse, provavelmente não está com sede – o analista pontua.*

*\_ Talvez esteja com sede de outra coisa, né?! – É a conclusão que chega o técnico.*

Assim, não há nada mais distante da ética da psicanálise do que a oferta de garantias. Afinal, a clínica inventada por Freud é a todo tempo permeada por um permanente arriscar-se sustentado pelo desejo do analista e, caso propusermos tais garantias, estamos sem dúvida resistindo. “Trata-se aqui da resistência do analista manifesta por certo recuo diante do real da clínica” (RINALDI, 2002, p. 67).

Além disso, Kehl (2002) esclarece que, somente diante do analista, que se dispõe a pagar com sua pessoa na transferência, é que o sujeito, frente ao Outro sem face e sem afeto, poderá usar sua palavra através da escuta do analista para construir um outro destino. Com isso, mesmo que o sintoma insista - já que não o é sem um modo singular de gozo - diante dele, o sujeito pode se colocar de outra forma. Ou seja, a escuta analítica no hospital pode possibilitar, como afirma Quinet (2007), que o sintoma saia da categoria de resposta e possa ser elevado ao estatuto de significante, sendo, portanto, endereçado ao Outro da linguagem como enigma a ser decifrado.

*Maria era uma jovem de 25 anos que contava sua centésima entrada no pronto-socorro do hospital, em um período de menos de oito meses. Assim, o residente responsável pelo caso faz o encaminhamento ao serviço de psicologia, pois desconfiava que a paciente sofria de uma síndrome conhecida na literatura médica como Síndrome de Münchhausen. Ou seja, o médico desconfiava que a paciente provocava ou fingia*

*sintomas de doenças com o objetivo de obter tratamento médico. Assim, o residente pede a avaliação psicológica da paciente e, com base nela, iria decidir se encaminharia ou não o caso para a psiquiatria.*

*Chegando ao leito, o analista se apresenta e pergunta a Maria o motivo pelo qual ela estava no hospital. A paciente então conta que não aguenta mais vir para o hospital e receber alta, sem saber o motivo pelo qual sente tantas dores abdominais. Maria faz então uma lista de hipóteses diagnósticas que a ela foram dadas em suas inúmeras internações. “Os médicos nunca acham nada. Você entende?” – complementa.*

*O analista diz a Maria que entendia perfeitamente: ela sentia dores, estava sofrendo e os médicos não sabiam o que estava acontecendo com ela. “A única coisa que sabemos é que você está sofrendo. Não é isso?” – questiona o analista. Maria concorda um pouco confusa. Parecia não saber muito bem aonde aquilo tudo ia dar. Bom, fato é que o analista também não sabia. Não sabia de nada. No entanto, apostava que a paciente pudesse dizer mais de seu sofrimento, para o qual ninguém havia achado a causa ou dado um nome. “Quando é que isso tudo começou?” – pergunta o analista. Maria diz que começara a sentir essas dores há mais ou menos 6 anos. “Aconteceu alguma coisa nessa época que tenha feito você sofrer, alguma coisa que doeu muito?” - aposta o analista no saber inconsciente. “A morte de minha mãe? Será que tem a ver?” O analista diz a Maria que aquela era uma ótima pergunta e pede para que ela contasse mais sobre o que havia acontecido.*

*Maria relata que sempre cuidara da mãe que era hipertensa, mas muito resistente a receber cuidados médicos. Um dia não se sentiu bem durante o dia todo, mas ainda assim recusou ser levada para o hospital. Durante a noite passou mal e a irmã de Maria tentou acordá-la em vão. “Eu vivia cansada” – diz. A mãe de Maria faleceu naquela madrugada.*

*O analista pontua a importância da relação que Maria havia feito entre suas dores abdominais e a dor sentida pela morte da mãe. Assim, é dito a Maria que seria muito importante que ela continuasse a falar daquela dor de outra forma e para alguém que pudesse escutá-la de uma outra maneira. Maria concorda e é feito um encaminhamento para o ambulatório do PS. Até o momento, Maria não deu mais entrada no pronto socorro.*

O caso acima nos mostra, primeiramente, que a escuta analítica em um hospital não tem como objetivo levar uma análise a termo. Isso não é possível, ainda mais em um pronto-socorro onde a urgência orgânica e psíquica são potencializadas. No entanto, a oferta feita a Maria de se escutar de um outro lugar proporcionou a implicação do sujeito com seu sintoma<sup>13</sup>. Afinal, é nele que se desvela a relação de compromisso entre o desejo - com o qual o sujeito muitas vezes não consegue se a ver-, e o gozo – satisfação paradoxal que envolve uma cota de sofrimento - que o sintoma lhe permite (KEHL, 2002).

Assim, pode-se concluir que, é somente a partir da ética que norteia sua prática – a ética da psicanálise – que o analista poderá sustentar seu ato, possibilitando que o sujeito possa se responsabilizar por seu desejo e seu modo de gozo. Além disso, será a ética da psicanálise que possibilitará que algo da dimensão do sujeito, da castração possa ser transmitido para a equipe, fazendo com que a mesma também se posicione de forma diferente diante daquele que sofre.

Entretanto, podemos tirar outras conseqüências deste caso. Para tanto, retomemos *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-70/1992) de Jacques Lacan.

## 2.4 “A ÉTICA É RELATIVA AO DISCURSO”

Ao se ter acesso ao ensino de Lacan algo fica muito marcado: sua preocupação com o que era feito em nome da psicanálise. Assim, além de ter proferido um seminário inteiro dedicado à ética da psicanálise, seu ensino é atravessado a todo momento por esse tema. Há, no entanto, duas observações de Lacan sobre a ética da psicanálise que não se encontram em seu seminário dos anos de 1959 e 1960, mas que nos interessam.

A primeira se encontra em “O lugar da psicanálise na medicina” no qual Lacan (1966/2001, p.12) nos diz que “a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo” e, a segunda, , em “Televisão”, quando afirma que “a ética é relativa ao discurso” (LACAN, 1974/1993, p. 73). Percebemos então uma articulação feita por Lacan entre ética, gozo e discurso.

Ora, será em *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* que Lacan (1969-70/1992) nos apresentará sua teoria dos quatro discursos como modalidades de laço

---

<sup>13</sup> No capítulo 3 discorreremos mais longamente sobre as possibilidades e limites do método psicanalítico no hospital.

social, reguladoras das relações entre saber e gozo. Além disso, é neste mesmo seminário em que irá formalizar o discurso analítico, como o único que coloca o sujeito no lugar do Outro o que, indiscutivelmente, vai ao encontro de suas formulações anteriores sobre a ética da psicanálise (JORGE, 2002). Portanto, neste momento de nossas discussões, dedicar-nos-emos a tecer algumas considerações sobre essa relação entre ética, gozo e discurso, partindo da entrada de Lacan na matemática, que propiciou, por sua vez, a formalização de sua teoria dos quatro discursos e suas discussões posteriores acerca do discurso capitalista. Pensamos que essa seja uma via frutífera para abordarmos o tema que aqui propomos.

#### **2.4.1 O matema, a impossibilidade e o laço social**

Como vimos, o período de 1968 a 1970 pode ser considerado um marco no ensino de Jacques Lacan. Afinal, é neste momento, época que compreende seus seminários intitulados *De um Outro ao outro (1968-69)* e *O avesso da psicanálise (1969-70)*, que o psicanalista francês começa a dar uma nova tonalidade a seu retorno a Freud. Lacan, influenciado por Michel Foucault e sua conferência “O que é um autor?”, começa a tratar as questões freudianas pela via discursiva, propondo o que chamou de um discurso sem palavras. Além disso, segue a risca o apontamento feito por Foucault no final de sua conferência de que o estatuto do sujeito deve ser analisado como uma função complexa e variada do discurso (ALBERTI, 2002).

Ora, a proposta de Lacan de se ter um discurso sem palavras é no mínimo curiosa. A ligação que fazemos entre discurso e palavra é imediata e se a psicanálise desde de suas origens foi tida como uma *talking cure* (cura pela palavra), como pensar o estatuto do sujeito em um discurso sem palavras? Para Lacan (1969-70/1992, p.11), no entanto, um discurso sem palavras “pode muito bem subsistir. Subsiste em certas relações fundamentais”.

Evidentemente, dizendo isso, Lacan não está deixando de levar em consideração a linguagem. Disso ele nunca abriu mão! Aliás, desde sua afirmação de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, sabemos que a psicanálise não se limita a ser uma hermenêutica, mas se atenta para as formações do inconsciente como os chistes, os atos, falhos e o sonhos, que fazem do sujeito do inconsciente efeito de linguagem. Assim, para Lacan (1969-70/1992, p.11), mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais

certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas.

Ou seja, “o que define um discurso, o que o opõe a fala, digo que, para a abordagem falante, é o que determina o real” (LACAN, 1971-72/2011, p.64). Dessa forma, percebemos que o discurso para Lacan traz consigo uma impossibilidade de tudo simbolizar, já que comporta também o real.

Com isso, para formalizar sua concepção de discurso, Lacan fará uso da linguagem matemática, das letras, pois “o real de que falo é absolutamente inabordável, a não ser por uma via matemática” (LACAN, 1971-72/2011, p.64). Para tanto, Lacan proporá a utilização do que nomeou de matemas, já clarificando que, não é pelo fato de construí-los utilizando letras, ou seja, o simbólico, que o mesmo não trate do real (LACAN, 1971-72/2011, p. 56).

Mas o que seria o matema? Em seu *O seminário, livro 20: mais ainda* (1972-73/1985) e em “Televisão” (1993 [1974]), Lacan apresenta o matema de duas formas: como sendo uma articulação combinatória de uma escrita formal de letras e como uma fórmula que condensaria dois outros termos – o mitema e o mathema. O mitema, retomando Lévi-Strauss, antropólogo estruturalista, seria um elemento da gramática dos mitos que coloca-se como um fonema, unidade mínima de sentido para as comunicações míticas (LÉVI-STRAUSS, 1996). O mathema, por sua vez, é uma palavra de origem grega que se encontra traduzida em nossa língua como conhecimento.

Todavia, Lacan queria afastar a idéia de que seu mathema poderia trazer alguma consistência para aquilo que articula, levando em conta sua relação com o real. Assim, em “Estou falando com as paredes”, uma série de três palestras proferidas em *Sainte-Anne* entre os anos de 1971 e 1972, em resposta a uma suposta bandeira ao não saber levantada pelos residentes de psiquiatria da época, Lacan (1971-72/2011, p.51) dirá que o matema também guarda relações com a questão da incompreensão matemática pensada a partir das obras do lógico e matemático Bertrand Russell:

(...) a matemática se ocupa de enunciados dos quais é impossível dizer se têm uma verdade, ou mesmo se significam seja o que for. Esse é um modo meio forçado de dizer que todo o cuidado que ele (Bertrand Russell) prodigalizou ao rigor da formalização da dedução matemática se dirige, certamente a algo totalmente diverso da verdade, mas a uma face que nem por isso deixa de ter relação com ela, sem o que não haveria necessidade de separá-las de maneira tão firme.

Entretanto, cabe ressaltar que Lacan não objetivava, em absoluto, matematizar a psicanálise, mas possibilitar que algo dela pudesse ser matematizável, conferindo a essa rigor, principalmente, naquilo que toca os conceitos fundamentais. Fazemos nossas as palavras de Jorge (2002, p.21):

(...) a introdução dos matemas tem como objetivo uma escrita que funcione como ponto para o qual converge uma grande pluralidade de achados da experiência analítica. O matema está relacionado com a grave questão da transmissibilidade da psicanálise e possui função decisiva quanto ao futuro desta disciplina.

Por uma questão de precisão teórica, é necessário lembrarmos ainda que, durante *O Seminário livro 17: o avesso da psicanálise*, Lacan (1969-70/1992) não fala de matemas, mas de “fórmulas”, de “aparelho com quatro posições”. Será somente em seu *O Seminário, livro 20: mais ainda* que Lacan esclarecerá, em um movimento de retroação, que essas fórmulas presentes no seminário do final dos anos 60 também poderiam ser consideradas matemas.

É sabido de que a linguística, a matemática e a lógica desempenharam um importante papel para que Lacan desenvolvesse sua teoria dos quatro discursos. Entretanto, será em Freud e nos conceitos fundamentais de transferência e repetição, que Lacan encontrará o germe de sua criação.

Ao fundar a psicanálise, Freud reconhece a existência de um laço social até então inédito naquilo que tocava a relação médico/paciente - a transferência. Esse fenômeno que, como nos adverte Freud (1912b /1996), não se encontra apenas na situação analítica é, todavia, o motor da análise. Já Lacan (1969-70/1992) apresenta-nos em termos discursivos o que, para ele, seriam as quatro grandes modalidades de laço social.

Ora, ao tomar a palavra, o ser falante se depara com um impossível de se simbolizar. A linguagem não dá conta de tudo. Há sempre uma perda articulada à cadeia significante que, com isso, faz do sujeito, sujeito dividido, efeito de linguagem. A essa perda, Lacan chamará de *objeto a*, mais-de-gozar, que, por sua vez, relaciona-se ao conceito de repetição para Freud.

Não deixamos de designar o ponto de onde extraímos essa função do objeto perdido. É do discurso de Freud sobre o sentido específico da repetição no ser falante. De fato, não se trata, na repetição, de qualquer efeito de memória no sentido biológico. A repetição tem uma certa



relação com aquilo que, desse saber, é o limite – e que chamo de gozo (LACAN, 1969-70/1992, p. 13).

Assim, como indica Coutinho (2008), diferentemente dos seres naturais, orientados por um saber herdado, instintivo, os seres falantes necessitam de defesas frente à precariedade de suas existências. Tais defesas, Lacan (1969-70/1992) nos adverte, são justamente os laços sociais que, por sua vez, dependem da ambiguidade e insuficiência da linguagem. Afinal, como nos adverte Lacan (1969-70/1992), apreender a verdade é impossível e sempre deixa um resto a desejar. A perda implicada nessa operação é designada pelo objeto *a* que, paradoxalmente, coloca-se como uma promessa de mais de gozar, de se atingir o que Lacan (1969-70/1992) designa de gozo natural.

Entretanto, para compreendermos um pouco melhor o objeto *a*, considerado por Lacan sua única invenção, é importante retrocedermos um pouco em seu ensino.

Nos anos de 1962 e 1963, Lacan pronunciou um seminário sobre a angústia no qual nos adverte que esta não é sem objeto e que este é justamente o que chama de objeto *a*. Entretanto, para isso, precisa, primeiramente, subverter não só a idéia de objeto, mas também propor uma nova maneira de se conceber a relação estabelecida entre sujeito e objeto. Assim, se até então o objeto era entendido como um objeto meta, um objeto de desejo, que poderia completar o sujeito, tornando-o feliz e adaptável a realidade, com Lacan, o objeto passa a ser causa, causa da divisão do sujeito e, portanto, causa de desejo. O objeto da angústia, dessa forma, é aquele que está em vistas de ser perdido, prestes a de se tornar faltoso e, por isso, causa de angústia, mas também de desejo.

Percebemos aqui que a articulação entre falta e desejo está estabelecida, mas é somente em *O seminário, livro 11 Os conceitos fundamentais da psicanálise*, que o objeto *a* será colocado como eixo do circuito pulsional, circuito este que, para Lacan (1964/2008), não cessa, pois toda pulsão é parcial e a satisfação obtida não está em alcançar um determinado objeto, mas em fazer o circuito que o contorna. É a partir disso que será possível para Lacan nos falar sobre o conceito de repetição, não mais como pura reprodução, mas como uma operação que tem em sua base uma perda.

Assim, é somente após esse percurso teórico e clínico que Lacan poderá relacionar a idéia de objeto *a* à perda inerente a todo discurso e a repetida tentativa de tamponá-la com a produção de um saber que tem a pretensão de se fazer verdade, um saber como meio de gozo. Por isso, o objeto *a* é um objeto, “mas apenas no sentido de substituir definitivamente qualquer idéia do objeto sustentado por um sujeito. (...) O

objeto *a* só é objeto no sentido de estar ali para afirmar que nada da ordem do saber existe sem produzi-lo” (LACAN, 1971-72/2011, p. 62-63).

Portanto, à essa perda produzida ao se tentar equivaler saber e verdade, Lacan articula as três tarefas designadas como impossíveis por Freud (1937/1996) em *Análise Terminável e Interminável*: governar, educar e analisar, as quais Lacan acrescentou, também, desejar. A partir disso, como destaca Jorge (2002), Lacan propõe respectivamente suas modalidades de laço social, seus quatro discursos: o discurso do mestre, o discurso universitário, o discurso do analista e o discurso da histórica.

Dessa forma, os quatro discursos regem as relações simbólicas que ligam os seres falantes entre si e estabelecem modalidades de saber e de gozo. Portanto, “esses quatro discursos constituem de maneira tangível algo do real. Essa relação de fronteira entre o simbólico e o real, nós vivemos nela, pode-se dizer” (LACAN, 1971-72/2011, p. 61). Detenhamo-nos então na teoria dos discursos.

Primeiramente, são quatro os elementos que constituem todos os discursos: \$ (sujeito barrado, sujeito do inconsciente), S1 (significante mestre, aquele que inicia uma série), S2 (saber), e *a* (como mais de gozar ou objeto causa de desejo). Além disso, é importante dizer que esses elementos, dependendo do discurso, podem ocupar os seguintes lugares: agente, Outro, produto e verdade.

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

O agente é aquele que, por seu dito, determina a ação. O Outro, por sua vez, é motivado por esse dito à produção. O lugar da produção, portanto, é o resultado do dito do agente e do trabalho do Outro. No quarto lugar, encontra-se a verdade, aquela que o Outro deve considerar como não enganadora para operar o dito do agente. Por isso, os lugares dos discursos são fixos, já que “todo e qualquer discurso é sempre movido por uma verdade, sua mola propulsora, sobre a qual assentado um agente, que se dirige a um outro a fim de obter deste uma produção” (JORGE, 2002, p. 26).

Assim, os discursos são maneiras de se fazer laço para se capturar com o saber a verdade. Todavia Lacan nos adverte:

Se há um saber que não se sabe, como já disse, ele é instituído no nível de S2, ou seja, aquele que chamo de outro significante. Esse outro significante não está sozinho. O ventre do Outro, do grande Outro está

repleto deles. Este ventre é aquele que dá, como um cavalo de Tróia monstruoso, as bases para a fantasia de um saber-totalidade. É claro, porém, que sua função implica que de fora venha alguma coisa que bate à porta, sem que jamais sairá nada dali. E Tróia jamais será tomada (LACAN, 1969-70/ 1992, p. 33).

Seguindo a trilha de Lacan, Maurano (2006) enfatiza que essa verdade insiste em ficar abaixo da barra, colocando-se como não-toda. Ou seja, há uma hiância entre o que pode ser produzido com o discurso e o que, de fato, apreende-se como verdade.

Para poder demonstrar as estruturas desses diferentes discursos, por meio de matemas, Lacan (1969-70/1992) propõe que, em movimentos de um quarto de giro, conjuguem os elementos S1(significante mestre), \$ (sujeito dividido), S2 (saber) e *a* (mais de gozar ou objeto causa de desejo) nos lugares de agente, Outro, produto e verdade. São esses quartos de giros que darão origem aos discursos do mestre, da histórica, do universitário e do analista.

Voltemos agora ao caso de Maria para, através dele, apresentarmos os quatro discursos e, ao mesmo tempo, demonstrar como, de fato, essas são modalidades de laço social que se fazem notar no hospital.

Primeiramente, percebemos que a instituição, encarnada nas figuras dos médicos que lá trabalhavam, é colocada pela paciente como o lugar, onde uma resposta sobre seu sofrimento seria encontrada. O médico, apoiado pelo discurso médico correlato do discurso do mestre, ocupa o lugar de agente e dirige-se à paciente, no lugar de outro do discurso, esperando que ela produza sua inserção de gozo, na promessa de um gozo a mais. Ou seja, o objeto *a* aqui não se apresenta como causa de desejo, mas como mais de gozar. É o Outro que aparece como aquele que detém os meios para que se goze.

Discurso do mestre

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a} \quad \frac{\text{senhor}}{\text{sujeito barrado}} \rightarrow \frac{\text{escravo}}{\text{gozo}}$$

Lacan nos lembra neste momento da dialética entre o senhor e o escravo de Hegel. Ou seja, o mestre absoluto, privado de gozo, deseja que o escravo entregue para ele o gozo por meio de seu saber fazer.

O escravo sabe muitas coisas, mas o que sabe mais ainda é o que o senhor quer, mesmo que este não o saiba, o que é o caso mais comum, pois sem isso ele não seria senhor. O escravo o sabe, e é isto sua função de escravo.

É também por isso que a coisa funciona (...) (LACAN, 1969-70/1992, p. 32).

Ao articular a teoria dos quatro discursos ao tratamento dispensado aos alienados no hospital psiquiátrico, Rinaldi (2002) afirma que o produto do discurso do médico é a doença. Com isso, podemos pensar que no caso aqui apresentado, o produto seria a *Síndrome de Münchhausen*, oferecido ao mestre como seu objeto de gozo.

Todavia, um único significante não dá conta de representar o sujeito. Disso Lacan já nos avisara ao dizer que um significante representa um sujeito para outro significante. Ou seja, *Síndrome de Münchhausen* não aplaca o sofrimento da paciente que, calcada no discurso da histérica<sup>14</sup> (o que aqui não se equivale ao diagnóstico estrutural de histeria), aponta um furo no saber médico, a partir de um corpo que goza e não segue as leis da medicina.

Dizendo de outro modo, no discurso da histérica, o significante mestre (S1) está como aquele que detém a verdade da cifra, da divisão. Assim, como sujeito (\$), o agente dirige-se ao Outro do discurso, ao mestre (S1), na esperança de que este saiba sobre o seu gozo. Aqui o saber (S2) encontra-se abaixo da barra. A histérica não se coloca, portanto no lugar de escravo, mas coloca seu mestre para trabalhar, apontando sua divisão. Maria já havia dado entrada no PS diversas vezes sem que nenhum tipo de conclusão diagnóstica pudesse ser tirada. A aposta no diagnóstico de *Síndrome de Münchhausen* servia, portanto, muito mais para aplacar a angústia do residente diante de seu não saber do que para, a partir dele, pensar em um tratamento coerente com o quadro clínico de Maria.

Não é a toa, como nos lembra Maurano (2002), que as histéricas com seus enigmáticos sintomas (\$) ao se dirigirem a Freud (S1), colocam-no em trabalho, fazendo com que seu mestre crie a psicanálise. Ou seja, diante da reivindicação de Maria de que seu sofrimento fosse nomeado e tratado, o residente colocou-se em trabalho e decidiu fazer o encaminhamento para o psicanalista.

---

<sup>14</sup> Apesar da paciente aqui em questão fazer um uso do corpo próprio da histeria e colocar o médico no lugar de mestre para depois governar sobre ele, não nos sentimos autorizados aqui a fazer nenhum tipo de aposta diagnóstica. A paciente foi atendida pelo analista apenas uma vez e isso somente possibilitou a observação de fenômenos o que, como sabemos, não é o suficiente para que o diagnóstico estrutural seja estabelecido.

Discurso da Histérica:

$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2} \quad \frac{\text{sintoma}}{\text{causa de desejo}} \rightarrow \frac{\text{mestre}}{\text{saber}}$$

Com isso, é neste momento, como aponta Alberti (2000), em que o discurso universitário proporciona que o analista seja chamado. Afinal, esse discurso tende a colocar todos os saberes em pé de igualdade - mesmo que certa hierarquização seja esperada e mesmo que a psicanálise seja vista como uma terapêutica auxiliar. Não importa! Neste momento o que vale é a possibilidade de se construir um lugar e de se estabelecer uma transferência de saber com a equipe.

É evidente que o analista aqui não deve se deixar capturar pela lógica do discurso universitário e, dessa forma, precisa estar avisado de que, neste discurso, o saber opera como agente, já que porta uma ordem do mestre que subjaz abaixo da barra. Assim, enquanto que no discurso do mestre quem se coloca em trabalho é o escravo, no discurso universitário é o estudante ou, no caso aqui em questão, o psicólogo que pode, seguindo um imperativo de saber a mais, é convocado a produzir, ou melhor, reproduzir exatamente aquilo que o mestre quer – o diagnóstico de *Síndrome de Münchhausen*.

Discurso do universitário:

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Mas o que se pode fazer frente à possibilidade do analista ceder as engrenagens do discurso universitário, no afã de querer se fazer necessário a qualquer custo?

Ora, ao falar sobre a ética da psicanálise, Lacan (2008 [1959-1960]) já nos alertava para uma produção de saber *ex-nihilo*, a partir do furo. Transpondo esse importante apontamento relacionado à ética da psicanálise para termos discursivos, podemos dizer que o discurso do analista é o único que está avisado de que há uma impossibilidade de se equivaler o saber à verdade, e que o saber é meio de gozo. Ou seja, a partir da demanda da instituição de se comprovar um diagnóstico - *Síndrome de Münchhausen* – o analista acolhe essa demanda e, a partir dela, coloca-se a escutar a paciente, esperando que ela possa produzir seus significantes mestre e um saber singular sobre seu sintoma.

Todavia isso só se faz possível por que no momento em que foi escutada, a paciente pôde colocar o psicólogo no lugar de analista, lugar de semblante de  $a$ , supondo a ele um saber. Dessa forma, o analista, como objeto causa de desejo, pôde se dirigir ao sujeito ( $\$$ ) esperando que ele produzisse seus significantes mestres, que não se equivalem à verdade ( $S2$ ), mas tem relação com ela. Foi a partir disso que a paciente teve a chance de relacionar as dores abdominais que sentia a um momento de sua história que, em um movimento de retro-ação, obtém uma tonalidade de trauma – a morte da mãe.

Discurso do analista:

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Com isso, o que está se discutindo aqui é a implicação de um sujeito com sua doença, com seu sintoma, já que é nele que se desvela a relação de compromisso entre o desejo, com o qual o analisando não consegue se a ver, e o gozo que o sintoma lhe permite (KEHL, 2002). Afinal de contas, é somente a partir da ética que norteia sua prática – a ética da psicanálise – que o analista poderá sustentar seu ato, possibilitando que algo da dimensão do sujeito seja transmitido para a equipe.

Assim, após o atendimento à paciente foi possível discutir o caso com a equipe e acordou-se que a paciente deveria continuar indo para o hospital, afinal era ali que ela apostava que saberia mais sobre seu sintoma. Entretanto, seria importante que o caso fosse encaminhado para o ambulatório de psicologia e não mais fosse atendido no PS, pois lá a paciente poderia ser escutada e se escutar de um outro lugar. O caso de Maria, portanto, não necessitava de um atendimento psiquiátrico, como suspeitava o residente.

Aliás, a maneira como Lacan nos apresenta os quatro elementos que compõem os discursos ( $\$, S1, S2$  e  $a$ ) é no mínimo curiosa. Ou seja, no hospital, é a divisão colocada em cena pelo discurso histórico ( $\$$ ) que questiona o mestre ( $S1$ ), encarnado na figura do médico, causando um furo no saber universitário ( $S2$ ) que o sustenta. A partir disso, então, a configuração de uma demanda de saber ao analista ( $a$ ). Assim, entre a divisão do sujeito e o analista há o mestre e o universitário. É disso que o analista que atua no âmbito hospitalar não deve se esquecer, pois é justamente essa a lógica inerente aos encaminhamentos. Dizendo de outra forma, a divisão se faz presente colocando o

mestre em trabalho na esperança de que um saber sobre ela possa ser produzido, via encaminhamento. O analista aí tem a chance de não só escutar o paciente, mas sensibilizar a equipe médica com relação ao saber inconsciente através da interconsulta, momento em que se discute o que se observou ao atender o paciente.

Percebemos então que todos os quatro discursos, presentes no hospital, são modalidades de laço social justamente por trazerem em sua estrutura a marca da impossibilidade de se equivaler verdade e saber. Entretanto, em um momento posterior de seu ensino Lacan nos falará de um quinto discurso que, ao contrário dos outros, não faz laço, já que nele não há lugar para a castração. Vejamos a que Lacan se refere e qual é o efeito disso no hospital geral.

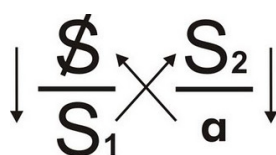
#### 2.4.2 O discurso do mestre moderno: o discurso capitalista

Em 12 de maio de 1972, em uma conferência pronunciada em Milão, Lacan nos fala de um outro discurso, que seria resultado da sedimentação do capitalismo e da globalização, ao qual também estamos submetidos no hospital: o discurso capitalista.

Entretanto, como se pergunta Jorge (2002), como poderíamos pensar em tal discurso quando Lacan nos apresenta sua teoria dos quatro discursos de uma maneira articulada e coerente? De saída, ao olharmos para o matema do discurso capitalista, algo nos chama atenção: este é um discurso que, aparentemente, não faz laço. É isso que a posição das setas nos revela. Além disso, “nele o sujeito se crê agente e não se dá conta de que age somente através dos significantes do mestre” (ALBERTI, 2000, p. 47).

Ora, se o discurso do mestre é correlato do discurso do inconsciente, já que nele pode se ver estabelecida a relação fundamental entre  $S_1$  e  $S_2$ , cujo efeito é uma perda de gozo (objeto  $a$ ), relativa à insuficiência da linguagem para recobrir o real, e a conseqüente divisão do sujeito ( $\$$ ), no discurso capitalista, por outro lado, a operação que se encontra em jogo é a *Verwerfung*, a forclusão da castração (LACAN, 1971-72/2011).

Discurso capitalista



Partindo desse pressuposto, se o saber no hospital agia conforme o mandamento do mestre, hoje tem como esse mesmo lugar de mestria o capital, que recusa qualquer relação com a impotência. Assim, enquanto no discurso do mestre é o significante mestre (S1), que se encontra no lugar de agente e a verdade de sua divisão (\$) está abaixo da barra, nesse outro discurso é o significante mestre (S1), na condição de sinal quantificador, que inspira o (\$) que está no lugar de agente. Com isso, Maurano (2006, p.223) esclarece:

o significante mestre está como verdade da cifra que supostamente conferirá valor ao sujeito dividido. Este dirige-se ao Outro, tomando-o como saber, como saber fazer dinheiro, resultando na produção de *gadgets*, objetos de consumo que, investidos da promessa de um gozo-a-mais, cumprem essa finalidade.

Então, na perspectiva capitalista, sujeito e objeto não se distinguem. Deve-se sempre contabilizá-los! Portanto, o que interessa é o saber que pode ser objetivado por meio de artefatos que servem ao mercado: escalas, testes psicológicos, instrumentos diagnósticos. Tais objetos, por sua vez, são mais valorizados na medida em que se prestam ao consumo. É a tal reprodutibilidade do método em ciência. Aplica-se um mesmo instrumento, um mesmo teste em uma população parecida com a população de um estudo anterior e o estudo atual, por sua vez, ganha ares de mais confiabilidade e universalidade. Ou seja, é sempre mais do mesmo: a tentativa de equivaler sujeito e objeto, buscando através do último, dar consistência ao valor do primeiro.

Ora, no hospital os efeitos de tal discurso não deixam de atravessar a atuação do analista e, a partir daí, as coisas podem ficar um pouco confusas. Vemos então neste contexto o profissional ser solicitado para: aplicação de instrumentos e escalas, confeccionados com base nos manuais diagnóstico; elaboração de artigos científicos de que, nem sempre são o produto da clínica como a concebemos; dar garantias, durante as interconsultas, em relação ao prognóstico e à adesão ao tratamento de um caso, sobre o qual o próprio saber médico não tem muito a dizer; e ensinar estudantes a fazer diagnóstico diferencial, por meio da aplicação de instrumentos diretivos.

E isso não é tudo. Atualmente, há também avaliações e metas que permeiam a atuação do analista em um hospital. Avaliações de desempenho, de qualidade, de satisfação, metas de número de atendimentos e de artigos publicados. Em tempos de saúde para todos, como um bem para todos, essa parece ter sido a maneira que os dirigentes dos hospitais – não sem razão, cada vez mais profissionais da administração e



não médicos – encontraram para tentar garantir a felicidade e a total satisfação do paciente, ou melhor, do cliente.

Assim, não só a saúde daqueles que escutamos no hospital ganha status de objeto, mas o próprio trabalho do analista começa a ser objeto de mensuração e de cálculo. Ou seja, a avaliação, que tanto serve para diagnosticar e classificar o sofrimento de um paciente, quanto para avaliar a eficácia terapêutica de um determinado profissional, tornou-se o objeto através do qual tenta-se dar consistência ao sujeito, que, como já nos alertava Lacan (1966b/1998), é efeito de linguagem e sem qualidades.

Diante desse panorama, uma pergunta se impõe: o que fazer? Qual posicionamento tomar? Ora, a psicologia, desde seu casamento com a neurologia na década de 70, tenta, de alguma forma, demarcar um lugar entre as ciências e dar garantias de sua eficácia terapêutica. Para isso faz uso de instrumentos diretivos e protocolos de pesquisa que conseguem, no máximo, imaginarizar o real (COUTINHO, 2008). Mas e a psicanálise? O que cabe ao analista nesses casos? Recusar ou ceder a essas demandas institucionais? Se recusar, pode não mais ser bem-vindo à equipe, mas se ceder pode não conseguir demarcar a especificidade de sua prática e, com isso, também não mostrar a que veio. Se ficar o bicho pega, se correr... Muitas vezes, essa é a sensação.

Evidentemente, uma primeira e muito frequente reação do analista diante da avaliação é a tentativa de não se submeter a ela. No entanto, como sugerem Miller & Milner (2006), as avaliações são perversas e o resultado de tal posicionamento seria a segregação. É como se o maquinário burocrático da avaliação criasse um antes e um depois. O analista não avaliado e o analista avaliado. O primeiro, caso insista em ficar nessa posição, perderia sua credibilidade, não receberia carimbo de “apto”, já que não passou pelo ritual iniciático da avaliação.

Não temos aqui a intenção de assumir uma postura alarmista e muito menos revolucionária. Pelo contrário, é importante atentarmos para o fato de que todos os discursos, inclusive o capitalista, opera dentro de uma determinada lógica e é nisso que temos que nos pautar. Tentemos então compreender um pouco melhor qual seria a lógica da avaliação, que é tomada aqui como o principal efeito do discurso capitalista no hospital.

## 2.5 A AVALIAÇÃO: UMA IMPOSSIBILIDADE REAL

A avaliação tomou força no momento do pós-guerra no Japão para então se alastrar para regiões do mundo que guardavam em comum dois traços bastante específicos: a democracia e a dominância pelo capitalismo e pela ciência. Com isso, pode-se hipotetizar que a avaliação seduziu o mestre desses países justamente porque se apóia em um discurso que pretende amenizar os efeitos do declínio da autoridade e do transbordamento de gozo que acompanha tal declínio (AFLALO, 2011).

Com relação ao declínio da autoridade, estamos nos referindo à potência simbólica conferida ao Nome-do-pai por Lacan (1957-58/1999), principalmente em suas formulações sobre os três tempos do Complexo de Édipo. Nesse momento de seu ensino, o Nome-do-pai é elevado à categoria de significante mestre que, ao colocar limites à lei de caprichos materna – a homofonia em francês entre *nom* (nome) e *non* (não) não é aleatória - e ao nomear o desejo da mãe, é responsável por instaurar a Lei do desejo, a metáfora paterna e a significação fálica, circunscrevendo, por sua vez, o gozo. Assim, “a decadência do Nome-do-pai arrasta consigo a castração, arrasta consigo a metáfora paterna e a significação fálica, trazendo como consequência um gozo fora de qualquer elaboração simbólica” (BRODSKY, 2004, p. 81)

Além disso, para Aflalo (2011, p. 55), pode-se dizer que o declínio de autoridade, coincide com o início do empuxo avaliativo e guarda relações com “o fim da Segunda Guerra Mundial, que testemunhou a chegada de um novo mestre às democracias laicas em que o reino do *um* contável suplantou o do *um* unificante e divino”.

Como observa Zucchi (2003), é evidente que, norteado pela lógica da medicina baseada em evidências, o discurso da avaliação, com seu ideal de eficácia, tenta resolver a equação custo benefício. Entretanto, os indicadores e as estatísticas, segundo a autora, mais parecem ser uma maneira de se reintroduzir uma medida, um limite no terreno ilimitado da clínica. Ou seja, a medida parece ser fundamental para remediar a angústia daquele que tem que tomar uma decisão no âmbito de uma clínica em que a escuta do caso-a-caso parece não mais estar em primeiro plano. Na mesma direção, afirma Brodsky (2004, p.78):

Penso que as estatísticas (...) são eficazes como semblantes do Nome-do-pai. A curva de Gauss, que vocês conhecem, me parece um dos Nomes-do-pai de nossa época. A curva de Gauss, diante da falta do pai, reparte os

sujeitos em percentagens que se afastam ou se aproximam de uma medida ideal.

O avaliar, portanto, tenta remediar esse problema através da criação de uma alta autoridade para a saúde, para a justiça e para as finanças. Nos programas de TV não é difícil nos depararmos com especialistas que nos ensinam a habitar nossas casas, amar nossos parceiros, controlar nossas finanças, vestir e gozar com nossos corpos, prometendo-nos sanar o mal-estar produzido pela ciência e pelo capitalismo, que rejeitam incessantemente o Um como exceção e a singularidade dos seres falantes.

No entanto, essa pedagogia do morar, amar, gastar e gozar, apenas reforça o mal-estar que diz pretender tratar, já que “longe de restaurar a autoridade, ela acentua ali a miragem tornando-se cada dia mais o único modo de *governança*” (AFLALO, 2011, p.55).

Além disso, a avaliação não só rejeita a singularidade no nível das palavras mestras, como pretende também vencer o gozo que, para ela, pode entrar nos cálculos sem resto: “A avaliação é um cientificismo que afirma que o saber é totalizável sem que nenhum impossível lhe imponha limite” (AFLALO, 2011, p. 56). Portanto, a substituição da qualidade pela quantidade tem por objetivo reintegrar o que a ciência moderna foracluiu desde seu advento e que é não é possível incluir em seu campo – o sujeito. Não é a toa que, em um movimento lógico, é neste momento que a psicanálise nasce. Ou seja, a ciência nos parece ter sido reduzida a um cientificismo que aposta ilusoriamente que a avaliação lhe confira o valor de científico, tentando apagar a divisão do sujeito através de seu exame de significantes-mestres. Todavia, bulímica, anorexia, deprimido, ansioso, bipolar não representam completamente o sujeito, pois não conseguem evitar que o real não cesse de não de escrever.

Afinal, nenhum questionário é passível de eliminar a relação íntima entre o sujeito e o gozo. Como aponta Brodsky (2004), toda Curva de Gauss, por exemplo, aceita um desvio padrão e é ele que recebemos em nossos consultórios. Portanto, sempre vai haver um descompasso na passagem da qualidade para a quantidade, do sensível para o mensurável e entre o gozo perverso do avaliador e o avaliado que se permite colocar na posição de objeto.

Em *Televisão*, Lacan formula que “(...) o discurso científico e o discurso histórico têm quase a mesma estrutura” (1974/1993, p.40) e de o primeiro “conseguir a alunissagem, em que se atesta para o pensamento a irrupção de um real” (1974/1993, p.65). Não pretendemos aqui discorrer sobre a ciência, tal tema é por demais complexo

e mereceria um trabalho à parte. Entretanto, essas falas de Lacan ecoam e nos mostram que semelhantemente ao discurso histórico, o discurso científico reivindica uma verdade e que essa tem a ver com o real.

Assim, o discurso da ciência que, articulado ao capitalismo produziu o discurso capitalista, parece ter a mesma lógica do discurso histórico, apoiando-se sobre o simbólico na esperança que este dê conta do real, recobrando-o sem resto. Entretanto, independentemente do que se faça e do método adotado, o real escapa. Mas o real não apenas escapa, pois a própria operação do simbólico sobre o real faz com que este se produza mais a diante sem cessar. Há aí, portanto, um paradoxo: a ciência produz o real que lhe escapa (ANSERMET, 2011).

Diante disso, podemos nos perguntar: não teria sido o casamento entre a ciência e o capitalismo, uma saída sintomática, uma estratégia histórica de fazer Um? Seria mesmo o discurso capitalista sem furo e impossibilitado de fazer laço? A visada do ter, presente no discurso capitalista, não seria uma demanda histórica – ter para ser para o Outro? Não seria esta a lógica da avaliação, em sua pretensão de produzir um S1 que tudo diga sobre o sujeito? Se esse for o caso, o que, enquanto analistas, podemos fazer?

Bom, na psicanálise, desde sua fundação, trata-se justamente desse real que escapa à ciência. Não nos esqueçamos de que Lacan (1966b/1998) começa seu texto “A ciência e a verdade” nos alertando para o fato de a psicanálise operar justamente sobre o sujeito da ciência – sujeito dividido pela dúvida metódica, pelo real da castração.

Com isso, a psicanálise se faz necessária, acolhendo a opacidade dos sintomas, que insiste em não se alojar no discurso da ciência, e tratar o mal-estar engendrado por esse discurso (AFLALO, 2011).

Avisada disso, Lambert (2003) propõe que no âmbito hospitalar, assim como em qualquer instituição, o analista deve deixar que o real da clínica toque sua prática. Ou seja, para a autora, o real da clínica manifesta-se tanto através dos fenômenos clínicos, como também na tensão entre o Bem de todos/para todos e o gozo de cada um.

Dessa forma, é nesse entre, nessa brecha, que o trabalho do analista no hospital se faz possível. Procura-se uma brecha na fala dos pacientes, na fala da equipe, no funcionamento da instituição e, até mesmo, em seus significantes-mestres. Mas o que chamamos de brecha, onde a encontramos e como a produzimos? Essas brechas, para Lambert (2003), encontram-se nas situações do cotidiano, em que se percebem pontos de “não relação” com o contexto simbólico da instituição nos quais o real aparece. Um

bom exemplo disso é trazido pela autora em sua experiência trabalho em um hospital que passou a ser referência em tratamento de vítimas de abuso sexual:

assim que o hospital foi destacado para atender as “vítimas de violência sexual”, ouvia-se muito: “agora somos *pólo de violência* [grifo nosso]”. Na comissão instituída para colocar em funcionamento esse programa, tive que fazer notar que tanto no primeiro contato com a “vítima” (concepção que também, aos poucos, foi podendo ser ressituada), quanto nas primeiras reuniões daquela comissão, era recorrente que se quisesse saber mais do que era preciso, por exemplo, para prestar os primeiros atendimentos. Detinham-se no horror dos detalhes, em saber o que teria sido verdade ou não, ou mesmo discutir “será que foi estupro mesmo?” A situação piorava muito quando a violência era cometida contra crianças. Tudo isso fazia, muitas vezes, deste momento importante de primeiro atendimento ao sujeito, outro momento de violência se do outro lado estava alguém siderado pelo horror e gozando dos detalhes da violência, gozando por não ter sido quem a sofreu ou pela identificação à “vítima”. (LAMBERT, 2004, p.2)

Posição semelhante adota Ansermet (2003, p. 14), que ressalta que o sujeito é sempre uma exceção ao universal e é disso que se deduz o inconsciente como “improgramável” e “irredutivelmente imprevisível”. Por isso, um espaço se abre para a surpresa e “mesmo que o sujeito só possa advir do que era, é a ele que cabe o ato por meio do qual realizará sua assunção”.

Ou seja, não há somente determinismo, há também criação. Uma hiância permanece aberta e é dela que alguma liberdade pode ser esperada. Assim, a confrontação com o real ao mesmo tempo que angustia, implica também uma criatividade. “A hiância própria ao real, mais do que uma armadilha para o sujeito, abre para ele o espaço de uma escolha possível, de uma resposta em suas dimensões particulares, além de qualquer determinismo” (ANSERMET, 2003, p. 30).

Todavia, ainda assim o analista não deve deixar de levar em consideração dois apontamentos clínicos feitos por Lacan. O primeiro é de que “(...) o discurso analítico feche o movimento em quartos de círculo no qual os outros três discursos se estruturam não quer dizer que os resolva e permita passar o avesso. Isso não resolve nada” (LACAN, 1969-70/1992, p.56). O segundo refere-se ao fato de que “o efeito que se propaga não é o da comunicação da fala, mas do deslocamento de discurso” (LACAN, 1970/2003, p. 405).

Assim, se o discurso analítico é aquele que propicia o giro discursivo é por que, diferentemente dos outros, não aspira domesticar o gozo. Sua dignidade é justamente colocá-lo na dianteira do laço social e revelar o que os outros discursos camuflam: o significante trabalha em função do gozo e, desse trabalho, cada discurso extrai alguma

satisfação e nenhum sentido (BRODSKY, 2011). Na mesma direção Ansermet (2003, p30-31) afirma: “Falar de desconhecido em vez de incognoscível é prova de uma confiança ingênua em nossas possibilidades de saber. Tomar o incognoscível como tal, como fato do real, permite abordar de outra forma o destino do sujeito”.

Isso quer dizer que não podemos confundir a verdade analítica com revolução. O discurso da psicanálise é o único que coloca o saber no lugar da verdade, mas não o equivale a esta. Não é sem razão que Lacan ressalta que a verdade com V maiúsculo não tem lugar na psicanálise. “Tal uso (...) é particularmente desprovido de esperança. E é justamente isso que ele tem de mais sadio” (LACAN, 1969-70/1992, p. 57). Avisado disso, talvez o analista possa fazer frente ao empuxo à estandardização e à homogeneização que a avaliação instaura no hospital.

Assim, há um limite inerente a todo discurso, inclusive ao discurso do analista. No próximo capítulo, portanto, discutiremos justamente os limites de atuação do analista no hospital. Entretanto, ao abordarmos a questão do fazer, inevitavelmente, teremos que nos referir ao “como fazer”, ao método, pois concordamos com Darriba e Silva (2012, p.873) que fazem a seguinte observação sobre que poderia variar em termos de aplicação da psicanálise:

Se, de um lado, Freud preconiza a preservação dos fundamentos e, de outro, sustenta a abertura a novas descobertas e modificações – no interesse de ampliação do campo – depreendemos de seu texto que a conexão entre estas duas orientações passa pela posição do analista. Vale notar ainda que, em sua obra, a defesa implacável dos fundamentos da psicanálise se faz em termos dos elementos metapsicológicos, ao passo que as indicações de que não se trata de impor regras e de que a variabilidade seria própria ao fazer psicanalítico, predominam nas discussões técnicas.

Diante disso, para se fazer psicanálise no hospital não se trata de promover modificações na teoria ou de se adaptar os conceitos fundamentais. Portanto, a especificidade da psicanálise no hospital não é teórica, mas sim metodológica

## CAPÍTULO III

### O MÉTODO PSICANÁLITICO NO HOSPITAL GERAL

No primeiro capítulo dessa dissertação, fizemos uso das palavras de Moretto (2005) para afirmarmos que no hospital não seria possível levar uma análise a seu termo e que, nesse contexto, pensando nos três tempos de uma análise – entrevistas preliminares, análise propriamente dita e travessia da fantasia – a atuação do analista no hospital se limitaria, geralmente, ao primeiro tempo, às entrevistas preliminares.

Essa, de fato, é a maneira como percebemos as possibilidades e limites da psicanálise no hospital. Por outro lado, pensamos que aqui precisamos de uma maior formalização. Assim, a partir de agora falaremos da clínica sublinhando o método, a técnica da psicanálise. Essa para nós parece ser uma maneira interessante de formalizar os limites e possibilidades da clínica psicanalítica no hospital, de forma a assegurarmos a ética da psicanálise. Afinal, como enfatiza Miller (1997, p. 221):

Não há um único ponto técnico em análise não vinculado à questão ética; é apenas para a comodidade de exposição que distinguimos entre as duas: trata-se apenas da maneira de expor. Na análise, contudo, as questões técnicas são éticas, por um motivo muito preciso: nela nos dirigimos ao sujeito. A categoria do sujeito não é técnica, e sim, ética.

Como vemos, para o autor, a categoria do sujeito é ética. Afinal, o sujeito é efeito do discurso. Assim, a técnica pode propiciar o aparecimento do sujeito, mas não há aqui nenhuma garantia. A técnica é uma elaboração simbólica que pretende circunscrever algo do real inerente à clínica, sem a ilusão, entretanto, de recobri-lo. Com isso, estar avisado do limite inerente ao discurso da psicanálise no hospital é um posicionamento ético!

Evidentemente, não há nada de novo no que nos propomos. Freud (1998 [1912]) em seus *Artigos Sobre a Técnica*, delineia de maneira formal o que seria o método psicanalítico, marcando seus princípios éticos como a contra-indicação ao *furor sanandis* e à ambição educativa, bem como estabelece as regras fundamentais da psicanálise: a associação livre e a atenção flutuante. Entretanto, isso só é feito uma vez que já havia escrito as suas cinco psicanálises Dora, Homem dos ratos, Hans, Schreber e Homem dos Lobos. Dessa forma, antes foi preciso uma práxis, ou seja, uma ação que propõe tratar o real pelo simbólico, para depois haver a possibilidade de uma formalização quanto ao método (LACAN, 1964/1990).

Ou seja, se a histeria evidenciou um ponto de não relação no saber médico, denunciando o real presente em todo discurso que, como vimos, impossibilita se equivaler o produto à verdade, Freud, ao contrário de seus colegas médicos, fez um ato – a passagem da clínica do olhar para a clínica da escuta – e isso, *a posteriori*, tem como resultado a própria psicanálise.

Entendemos, portanto, que, durante o processo de invenção da psicanálise, Freud não tinha para si muito claro o que estava por detrás de sua clínica. Isso foi sendo construído, à medida em que escutava seus pacientes. O método, com isso, é, ao mesmo tempo, anterior e posterior à clínica. É aquilo que embasa a condução dos tratamentos, mas é também tributário dos mesmos. Entendemos então a razão pela qual os *Artigos Sobre a Técnica* aparecem apenas no volume doze das obras completas e não antes. A formalização é feita somente no depois. Além disso, nas notas do editor, somos informados da preocupação de Freud de que esses artigos fossem tomados como ditames, regras rígidas, que não pudessem variar de acordo com a lógica do caso a caso. Falando de outra forma, Freud já parecia, naquele momento, se atentar para algo que Lacan (1958/1998), décadas depois, nos alertaria: a transferência é única e singular e isso convoca o analista a inventar sua clínica a cada caso que conduz.

Tendo isso em vista, o presente capítulo é produto dessa mesma operação lógica, que percebemos no percurso de Freud. Primeiro foi preciso estar no hospital, escutar os pacientes, a equipe, atentar para o movimento simbólico atual e seus efeitos na lógica discursiva da instituição, para que agora possamos formular uma possibilidade de método de trabalho, que para nós é o que proporciona os efeitos da clínica psicanalítica no hospital. Cabe ressaltar ainda que as articulações que se fazem presentes nesse capítulo dizem de uma experiência e não têm como pretensão abarcar a atuação de todos os analistas que trabalham em contextos semelhantes. Todavia, acreditamos que algo desse estudo pode ser uma contribuição para aqueles que apostam na práxis da psicanálise no hospital.

### 3.1 A EFICÁCIA SIMBÓLICA E A EFICÁCIA ANALÍTICA

Terminamos o segundo capítulo dessa dissertação nos perguntando até que ponto o discurso capitalista que atravessa a atuação do analista no hospital no universitário não é, na verdade, uma estratégia histórica de *ter* para *ser* para o Outro. Com isso, o bom profissional seria aquele que teria o maior índice de atendimentos, de artigos escritos e



cuja teoria tivesse o selo de eficácia, comprovado por um maior número de estudos científicos. Ou seja, o analista submetido ao empuxo avaliativo teria também o seu método avaliado. Com isso, é inevitável o questionamento sobre a eficácia da psicanálise no contexto hospitalar.

O tema da eficácia, no entanto, não é novo na história do movimento psicanalítico. Freud era interrogado a todo tempo sobre a validade e a legitimidade de sua terapêutica:

Durante o período em que eu era ainda o único analista, as pessoas ostensivamente amáveis para com minhas idéias costumavam dizer-me: “Tudo isso é muito bonito e inteligente, mas me mostre um caso que o senhor tenha curado pela análise”. Essa era uma das muitas fórmulas que no decorrer do tempo foram utilizadas por aqueles que queriam acabar com a nossa teoria (FREUD, 1933/1996, P.149).

Além disso, o pai da psicanálise se via às voltas com tentativas de provar a eficácia do método psicanalítico. Não nos esqueçamos que o Caso Dora, que trouxe contribuições importantes para os estudos sobre a histeria e o feminino, foi também uma tentativa de Freud comprovar a importância da interpretação dos sonhos e a validade de sua teoria sobre origem sexual das neuroses:

(...) devo insistir que o aprofundamento nos problemas do sonho é um pré-requisito indispensável para a compreensão dos processos psíquicos da histeria (...). Portanto, como este caso clínico pressupõe o conhecimento da interpretação dos sonhos, sua leitura parecerá extremamente insatisfatória àqueles que não atenderam a esse pressuposto. (FREUD, 1905/1996, p. 22)

Se é verdade que a causação das enfermidades histéricas se encontra nas intimidades da vida psicosexual dos pacientes, e que os sintomas histéricos são a expressão de seus mais secretos desejos recalçados, a elucidação completa de um caso de histeria estará fadada a revelar essas intimidades e denunciar esses segredos. (FREUD, 1905/1996, p. 21)

Debruçando-se corajosamente sobre este tema, Graciela Brodsky (2004) não deixa de nos alertar que falar sobre eficácia não agrada uma boa parte dos psicanalistas. Afinal, apoiados no alerta freudiano sobre o *furor sanandis* e no aforismo de que em psicanálise a cura vem por acréscimo, os psicanalistas geralmente se recusam a falar sobre a eficácia da psicanálise. Entretanto, como ressaltamos, em um outro momento, as instituições, assim como os pacientes que atendemos em nossos consultórios, possuem seus significantes-mestres e cabe a nós, enquanto analistas, não negá-los, mas acolhê-los até para que certa dialetização ou mesmo desinvestimento seja possível.

Todavia, apesar da discussão sobre a eficácia da psicanálise não ser algo novo, não se pode negar que o tema, de uma maneira geral, encontra-se cada vez mais presente no movimento simbólico da contemporaneidade, principalmente com a vigência de um novo paradigma: a medicina baseada em evidências, que, nas palavras de Brodsky (2004, p. 69):

tem como objetivo substituir a avaliação clínica como critério para oferecer um determinado tratamento, e favorecer assim que a tomada de decisões para atender um paciente seja baseada no uso consciente, explícito e sensato da melhor evidência disponível. O argumento mais forte a favor da medicina baseada na evidência é que ela permitiria identificar os métodos de assistência melhor avaliados e facilitaria aos pacientes e aos médicos poderem tomar decisões bem mais informados.

Essa mudança paradigmática evidentemente tem suas origens em vários fatores. Há, sem sombra de dúvidas, razões econômicas, uma vez que a medicina baseada em evidências objetiva oferecer a melhor opção de tratamento levando em conta a relação custo/benefício. Atrelado a isso, o advento da internet, que, por sua vez, propicia a globalização da informação, facilita a comparação e, conseqüentemente, a avaliação de eficácia de procedimentos e tratamentos na área da saúde. Entretanto, o fator que mais nos interessa é a possibilidade de, a partir da medicina baseada em evidências, ilusoriamente se ter a certeza sobre uma determinada decisão no âmbito clínico, mesmo quando sabemos que, na clínica, há muitas variáveis (BRODSKY, 2004).

Ou seja, aqui voltamos ao terreno da avaliação, o qual já percorremos. Como vimos no capítulo anterior, a decadência dos S1, ou seja, a decadência dos significantes-mestres, da maneira como estávamos acostumados a conhecê-los, deixa o sujeito da ciência sem refúgios. As medidas estatísticas, portanto, apontam para o tratamento mais eficaz, reintroduzindo um limite e, conseqüentemente, amenizando a angústia daquele que se vê diante da infinidade de possibilidades que a clínica lhe impõe.

Esse fenômeno pode ser percebido inclusive na modificação de significado que o significante “eficácia” sofreu ao longo dos anos. Brodsky (2004) chama atenção para o fato de que, ao retomar a definição no dicionário *Littré*, muito utilizado por Lacan, este traz que eficácia é “o que produz seu efeito”. Por outro lado, de acordo com outro dicionário, *Le Robert*, também consultado pelo psicanalista francês, a definição contemporânea de eficácia é “o que produz o efeito que se espera”. Em português a definição é a mesma.

Ou seja, na primeira definição – “o que produz seu efeito” – não há designação de onde se quer chegar ou aquilo que se espera obter para, com isso, dizer se houve ou

não eficácia. Na segunda definição, por sua vez, percebe-se a introdução de um “para quê”, de uma causa final. Assim, fazendo referência a Aristóteles, filósofo que afirmava que todo fenômeno humano tem uma causa formal (como é), uma causa material (do que é), uma causa eficiente (do que depende) e uma causa final (para quê), Brodsky (2004, p.41) enfatiza que, ao contrário do que podemos pensar, a causa final está lá desde o começo e tem a mesma estrutura do *a posteriori*. Dessa forma, “(...) concebe-se uma finalidade, definida idealmente, e logo se inventam os procedimentos, os meios, os métodos para que essa finalidade ideal se converta em uma realidade efetiva”.

Assim, como sublinha a autora, é muito difícil imaginarmos a psicanálise sem a causa final. A causa final está, por exemplo, no esquema da pulsão proposto por Freud (1915/1996) em *As Pulsões e suas vicissitudes*, fazendo inclusive parte de seus elementos – fonte, força, objeto e, finalmente, alvo. *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* é um texto de Lacan (1958/1998) que foi construído a partir do modelo da causa eficiente e da causa final. A transferência e a interpretação seriam os meios ou, como nomeia Lacan, a tática e a estratégia (causa eficiente) necessárias para se conduzir uma análise, conforme os pressupostos éticos deixados por Freud (causa final). Entretanto, cabe aqui uma ressalva. Neste texto de 1958, ao formular o tratamento analítico em termos de estratégia e tática, Lacan tem por objetivo discutir como inventar um método de ação quando cada situação é distinta e singular. Como afirma Brodsky (2004, p. 73), “é nessa brecha entre a teoria como modelo, como ideal, e a ação prática, nesse hiato entre o modelo e os meios, entre a causa final e a causa eficiente que é necessário buscar o próprio da eficácia analítica”.

Mas o que de fato seria a eficácia analítica? Eficácia analítica se equivale à eficácia da psicanálise? Segundo Brodsky (2004), a eficácia analítica e a eficácia da psicanálise têm pontos de relação, mas não se confundem. Assim, para explicar a diferença entre as duas, a autora primeiramente compara a eficácia analítica e a eficácia simbólica, termo de Lévi-Strauss (1949/1996), que, em um texto de mesmo nome, descreve os efeitos da ação de um Xamã sobre o corpo do doente. Afinal, como afirma Miller (2005), foi precisamente a partir do ensaio *A eficácia Simbólica* que Lacan nomeou o simbólico como registro psíquico que articula a linguagem e o inconsciente. (LACAN, 1963/ 2005). Com isso, Lacan, retoma o antropólogo para exemplificar os efeitos do simbólico sobre o sintoma, os efeitos da palavra para afetar o real.

Neste momento, poderíamos então pensar na prática xamânica como uma sugestão, técnica esta abandonada por Freud e que demarca a distinção entre

psicoterapia e psicanálise. No entanto, Brodsky (2004) marca que há uma diferença entre a sugestão e a atuação do Xamã. Na sugestão, há uma causa final – a identificação ao ideal de eu, a identificação imaginária – contra a qual, inclusive, Lacan se opôs desde o começo de seu ensino e Freud utilizou também para demarcar os limites entre a psicoterapia e a psicanálise. Abaixo essa diferença feita por Brodsky (2004, p.74) fica clara:

A eficácia simbólica não é exatamente o mesmo que a sugestão. A eficácia simbólica não tem, como causa eficiente, o ideal de eu, que é o ideal, portanto a causa final. A eficácia simbólica introduz um determinismo, uma causação significativa que não é absolutamente equivalente à identificação imaginária.

A eficácia simbólica, portanto, é o que está implícito no aforismo lacaniano de que um significante representa um sujeito para outro significante, que pode ser lido também no discurso do mestre, o qual já abordamos em outro momento.

Assim, Lacan (1968-69) formula que o discurso do mestre é correlato ao discurso do inconsciente, já que é nele que reconhecemos a relação fundamental que subtende a extração de um significante mestre (S1) do campo do Outro (S2), mas que sempre gera um resto (*a*) que divide o sujeito (\$).

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$$

Nas palavras de Brodsky (2004, p. 74), “o sistema significante: S1 --- S2 não necessita do consentimento para produzir seu efeito sujeito. Trata-se de um efeito automático da cadeia, não há finalidade alguma (...). É algo que funciona e produz seu efeito sem para quê”. Ou seja, a causação do sujeito existe porque há linguagem e não é uma causa final!

Isso é importante para podermos localizar algo que é motivo de muita confusão. A eficácia analítica não é medida a partir da causação do sujeito. O efeito sujeito se produz porque se fala! Nas entrevistas preliminares o que está em jogo, portanto, não é a causação do sujeito, mas sim a possibilidade do mesmo poder mudar de posição, diante daquilo que ele mesmo produz – seus significantes-mestres. Isso é o que está em jogo no discurso do analista.

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Ora, se a eficácia analítica diz de uma mudança de posição do sujeito frente a seus S1, o que seria exatamente a eficácia da psicanálise.? Bom, quanto a isso Brodsky (2004, p.78) é bastante precisa: “a eficácia da psicanálise reside na *Wirlichkeit* da castração, ou seja, desde que a castração se torne efetiva”. Em se tratando de uma psicanálise levada a seu termo, poderíamos dizer então que essa foi eficaz uma vez que o sujeito pôde passar da impotência diante da castração para a impossibilidade. Ou seja, acolhendo a castração, o sujeito se vê diante do que é ou não possível, descolando-se da impotência.

A partir dessas elaborações, podemos nos perguntar o que disso é possível no contexto hospitalar. Seria possível falar de eficácia da psicanálise na instituição? Ou seria mais adequado pensarmos na eficácia analítica? Além disso, se há um determinismo significativo para a causação do sujeito, vimos que na eficácia analítica há uma mudança de posição e essa, provavelmente é tributária de um método. O que possibilitaria – a partir da intervenção do analista - essa mudança de posição? É sobre isso que nos debruçaremos a seguir.

### 3.2 AS ENTREVISTAS PRELIMINARES

Como vimos, em 1912, Sigmund Freud publica uma série de artigos agrupados naquilo que foi intitulado *Artigos sobre a técnica*, dentre os quais destacamos agora o texto *Sobre o início do tratamento*. Nele Freud (1912 /1996) compara o tratamento psicanalítico ao xadrez, afirmando que tanto em um quanto no outro existem regras claras de como se começar e de como se terminar. O que está entre o início e o fim, por outro lado, relaciona-se à lógica inerente ao jogo, quando pensamos no xadrez, e a cada caso atendido, naquilo que toca o tratamento analítico.

Nesse trabalho, já precisamos que, em um hospital, de maneira geral, não se faz possível levar uma análise a termo. Com isso, ocuparemos-nos daquilo que diz respeito a esse primeiro momento do tratamento, ao qual Freud (1913/1996, p. 140) chama de ensaio preliminar e que “é ele próprio o início de uma análise e deve se conformar as regras”.

Ora, aqui algo nos chama a atenção: se há algo preliminar à análise, isso quer dizer que ainda não há análise. Entretanto, Freud é muito claro ao dizer que esse tempo preliminar coincide com a análise por se conformar às regras desta. Ou seja, como enfatiza Quinet (2007) as entrevistas preliminares, como as nomeou posteriormente Lacan, fazem e, ao mesmo tempo, não fazem parte da análise propriamente dita. Como entender esse paradoxo?

Ao lermos o texto de Freud somos advertidos de que nesse período que antecederia a análise propriamente dita, o analista deveria ficar atento para que alguns pré-requisitos fossem cumpridos: 1) o estabelecimento da transferência e 2) o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

Assim, para Freud, sem transferência e sem diagnóstico não há possibilidade de se iniciar uma análise! Essa indicação clínica é interessante, pois marca, inclusive, uma diferença entre clínica médica e a clínica psicanalítica. Afinal, em psicanálise, como vimos, a transferência é o motor do tratamento e o diagnóstico só é feito em transferência. Essa exigência não existe na clínica médica. O médico, mesmo não avisado do fenômeno da transferência, pode conduzir o tratamento sem grandes prejuízos. Nas palavras de Freud (1913/1996, p. 140):

Cometer um equívoco é de muito mais gravidade para o psicanalista do que para o psiquiatra, pois o último não está tentando fazer algo que seja de utilidade, seja qual for o caso. Ele simplesmente corre o risco de cometer um erro teórico e seu diagnóstico não tem mais que um interesse acadêmico. No que concerne ao psicanalista, se o caso é desfavorável, ele cometeu um erro prático; foi responsável por despesas desnecessárias e desacreditou seu método de tratamento.

Entretanto, como nos lembra Elia (2006), “falar faz bem”! Ou seja, o simples fato de dar voz ao paciente tem, por si só, um efeito catártico que produz alívio. Com frequência escutamos dos pacientes no hospital referirem uma melhora inclusive de seu quadro clínico, após uma ou duas sessões com o analista, alegando que “é bom colocar para fora”.

Mas será que esse efeito adviria apenas de uma sessão com o analista ou poderia ser decorrente de uma conversa com o padre, com o assistente social ou até mesmo um enfermeiro mais disposto a escutar o sofrimento do paciente? Sim, o alívio que a fala pode produzir não é exclusivo da relação analítica.

Diante disso, outras questões surgem: o que haveria de específico nas entrevistas preliminares que produziria um efeito terapêutico para o paciente, além do efeito

catártico? Por efeito terapêutico, podemos pensar apenas na solução daquilo que nos foi demandado pela equipe? Ou seja, o efeito terapêutico só poderia ser considerado como tal, caso um paciente, por exemplo, que não estava aderindo ao tratamento começasse a ser mais cooperativo com relação as condutas médicas? Ou, noutra situação, quando um paciente que não comia, mesmo tendo condições clínicas, passasse a comer?

Essas perguntas convergem naquilo que já estamos discutindo neste capítulo: como pensar em eficácia, quando se fala de psicanálise no hospital? Essa é uma questão importante, pois, de fato, o analista, pare ter um lugar na equipe, deve mostrar a que veio e dar provas de sua terapêutica. Por outro, isso não quer dizer, no entanto, uma atuação pautada em respostas diretas às demandas da equipe ou da instituição. Diante disso, é inevitável a pergunta: como? E isso nos leva necessariamente ao método. É o método que nos diz como. Com isso, apostamos que é através do método que o analista poderá dizer o que faz, com qual objetivo o faz, podendo então falar da eficácia de sua prática.

Para isso, vamos nos ater a uma conferência proferida por Jacque-Alain Miller no Brasil, no ano de 1987, intitulada *O discurso do método psicanalítico*.

### **3.2.1 Os três níveis das entrevistas preliminares**


Se as entrevistas preliminares estão em um primeiro momento do tratamento, nelas estão subentendidas as boas vindas ao paciente. Assim, “as entrevistas preliminares são consequência direta de precisarmos estruturar as boas vindas”. (MILLER, 1997, p. 224)

Essa observação de Miller (1997) toca em uma especificidade da clínica psicanalítica no hospital, no qual, em linhas gerais, é o analista que vai até o paciente. Sim, não raro, o médico faz um encaminhamento para atendimento psicológico ou a equipe sinaliza a necessidade de que um paciente seja atendido, sem que, muitas vezes, este seja avisado previamente. Além disso, mesmo que o paciente faça a solicitação de ser atendido, essa é feita à psicologia enquanto serviço oferecido pelo hospital e não a um psicólogo escolhido pelo paciente. É a instituição, através do médico, que oferece ao paciente um psicólogo para escutá-lo. Assim, a transferência a rigor é com o médico ou com a instituição. Com isso, em ambas as situações podemos dizer que é o paciente que deve nos dar boas vindas.

Dessa forma, se no consultório particular o paciente escolhe o analista - mesmo que isso seja feito via indicação - e vai até ele para que seu pedido de análise seja avaliado,

no hospital, pelo menos em um primeiro momento, o que ocorre é o avesso disso. Cabe ressaltar, no entanto, que usamos aqui o significante avesso, fazendo referência ao termo usado por Lacan para intitular o seu *O seminário 17 – o avesso da psicanálise*, no qual localiza o discurso do mestre como o avesso do discurso do analista. Entretanto, Lacan (1969-70/ 1992) sublinha que avesso não quer dizer o oposto, avesso é o outro lado, assim como o outro lado de uma blusa. Assim, abaixo da barra do discurso do mestre reconhecemos o matema da fantasia que formaliza todas as relações do sujeito (\$) com os objetos (*a*). Isso quer dizer que abaixo da barra do recalque encontra-se aquilo com que o sujeito tinga sua relação com o Outro.

Evidentemente, no hospital isso também estará em jogo na relação que o paciente estabelece com a equipe ou com o hospital, que ocupa para ele o lugar de Outro, aquele que possui a verdade sobre sua divisão.

Discurso do mestre		Matema da fantasia
$\frac{S1}{\$}$	$\rightarrow$	$\frac{S2}{a}$
		

No momento do encaminhamento o que está em jogo é o discurso do mestre, em que a intervenção do significante mestre ( $S_1$ ) busca a univocidade de sentido a fim de apagar a alteridade. Com isso, os encaminhamentos, na maioria das vezes, têm como motivo um significante que tenta representar o sujeito: ansioso, deprimido, inapetente, não cooperativo, dentre outros.

Todavia, como vimos, há sempre um resto, algo que não pode ser simbolizado (*a*) e é justamente nesta brecha que talvez o analista possa operar um giro e fazer com que o paciente então se questione com relação a seu sofrimento e possa dirigir uma demanda ao analista. Ou seja, nesse momento de primeiro contato com o paciente, trata-se, talvez, de dar chance para que aquele  $S_1$  usado para tentar defini-lo possa ser colocado em cena, apostando-se em uma possível dialetização. É como se o analista pudesse dizer: *“Fui chamado porque pensam que você é ... Mas quero saber o que você diz sobre isso.”* Será a partir disso que as boas vindas, como sugere Miller (1997), podem ser estruturadas no hospital. É como se estivéssemos dizendo que no hospital são



necessárias pré-entrevistas preliminares através das quais é dada a chance para que o paciente deixe de ser aquele que é falado, para ser aquele que toma a palavra.

Será a partir dessa oferta de escuta que será dada ao analista a oportunidade de avaliar essa demanda. Assim, no âmbito institucional, o aforisma lacaniano que diz que com a oferta se cria a demanda ganha ainda mais relevo.

Feita essa primeira ressalva, passemos agora aos três níveis das entrevistas preliminares propostos por Miller (1997).

### **3.2.2 A avaliação clínica**

Já em Freud (1913/1996) encontramos o diagnóstico diferencial entre neurose e psicose como sendo parte essencial das entrevistas de ensaio. Miller (1997, p.225) leva isso às últimas consequências dizendo que “as entrevistas preliminares se colocam para o analista como meio de fazer o diagnóstico”. Ou seja, é necessário que o analista possa fazer uma avaliação clínica e concluir, previamente, algo a respeito da estrutura clínica do paciente.

Sabemos ainda que não há tempo determinado para as entrevistas preliminares, que podem durar semanas, meses, anos e, às vezes, surpreendentemente, vários anos, de tal maneira que teríamos uma preliminar permanente (MILLER, 1997).

No hospital, há tratamentos que duram meses ou até anos, caso estejamos falando de um paciente internado com uma doença crônica ou que seja atendido em ambulatório. Nesses casos, guardadas as especificidades de se atender um paciente no hospital, não há grandes diferenças da realidade do consultório particular. Entretanto, se a condução do tratamento é tributária do diagnóstico diferencial, como pensar o tratamento em um hospital, quando, muitas vezes, o tempo cronológico, de fato, é um limite e o analista atende o paciente poucas vezes ou, até mesmo, uma única vez?

Bom, vimos que o simples fato de dar voz ao paciente que, geralmente, é falado pela equipe e pelos familiares, já possui um efeito terapêutico. Isso muitas vezes é o que se faz possível e tem um grande valor para aqueles que nos disponibilizamos a escutar e que se encontram em uma situação de extrema fragilidade física e psíquica. Todavia, o analista deve ficar atento a certos sinais, certos fenômenos elementares, por assim dizer, que podem auxiliá-lo, não a chegar a uma conclusão diagnóstica, mas sim a fazer uma aposta com relação ao diagnóstico diferencial entre neurose e psicose.

A avaliação clínica tem importância vital, quando somos levados a pensar que o paciente possa ser um psicótico. Não é difícil quando a psicose está deflagrada, porque, a partir daí, a questão que se coloca é se o analista pode ou não fazer algo (...) A questão torna-se crucial, porém, se a psicose ainda não se desencadeou, porque, como vocês sabem, a análise pode desencadeá-la. (MILLER, 1997, p. 225)

Dessa modo, por mais que o analista se furte a trabalhar com pacientes psicóticos, é de extrema importância que tenha um bom conhecimento dessa estrutura, uma vez que será isso que possibilitará uma conjectura diagnóstica inicial. No hospital, essa exigência com relação à formação do analista que, inclui sua análise pessoal, a supervisão dos casos e o estudo teórico, é ainda maior. Falando de outra forma, a relação entre o analista que trabalha em um hospital e a psicanálise pura, ao contrário do que se possa pensar, deve ser ainda mais estreita. Ou seja, será a identificação de certos fenômenos elementares que se constituem uma psicose não deflagrada que possibilitará ao analista, em primeiro momento, a circunscrever algo da estrutura do paciente, podendo assim dar uma direção ao tratamento.

Mas o que seriam esses fenômenos elementares que, embora não digam respeito de uma psicose desencadeada, já são a manifestação de uma estrutura psicótica?

São fenômenos psicóticos que podem anteceder o delírio e o desencadeamento de uma psicose, e que podem não existir na atualidade do paciente, mesmo que pertença a seu passado e apareça apenas uma vez em sua lembrança. (MILLER, 1997, p.227)

Assim, se o analista se certifica da existência desses fenômenos, constitui-se a assinatura clínica, mas se há a hipótese de uma psicose não deflagrada, “torna-se ainda mais necessário buscar os fenômenos elementares de maneira metódica e com segurança” (MILLER, 1997, p.227).

Segundo Miller (1997), os fenômenos elementares são:

- a) Fenômenos de automatismo mental: caracteriza-se pela irrupção de vozes e de discursos alheios que parecem invadir o paciente. Tornam-se muito evidentes em uma psicose já deflagrada, mas “podem estar presentes em silêncio, durante anos, com apenas uma ou duas irrupções na infância ou na adolescência, sendo por isso necessário ao psicanalista centrar-se nessa irrupção” (MILLER, 1997, p.227).
- b) Fenômenos de automatismo corporal: sensações de decomposição do próprio corpo que podem se fazer presentes das seguintes formas: 1) estranheza (sentir o

próprio corpo como estranho), 2) desmembramento (sentir partes do corpo que não lhe pertençam) e 3) distorção naquilo que se refere à percepção do tempo e/ou deslocamento espacial.

- c) Fenômenos concernentes ao sentido, à verdade e não abstrações a questões efetivas da experiência analítica: percebidos a partir do relato de vivências inefáveis, inexprimíveis ou caracterizados de uma certeza absoluta que pode também ser relativa da identidade do sujeito e, às vezes, da hostilidade de um estranho. Além disso, percebe-se uma relação bastante peculiar do sujeito com a linguagem, na qual há uma dificuldade de dialetização de sentido e uma impossibilidade de metaforização. “Em outras palavras, é quando o paciente diz que pode ler no mundo signos que lhe são destinados, e que trazem uma significação que não pode precisar” (MILLER, 1997, p. 228).

Evidentemente, na clínica psicanalítica o diagnóstico realizado em transferência é soberano. Com isso, a observação da existência de fenômenos elementares não é uma garantia de que o tratamento será bem conduzido ou de que não ocorrerá equívocos com relação ao diagnóstico. Não há essa garantia nem em se tratando dos casos que atendemos em nossos consultórios. Um sujeito psicótico e um histérico podem se expressar, em dado momento, da mesma forma e, não raro, certificamo-nos da precisão do alerta de Lacan (1955-56/1998) de que nada mais neurótico do que um bom paranoico.

Por outro lado, não há como negar que, no contexto hospitalar, a identificação dos fenômenos elementares é de grande valia para o analista em se tratando dos casos que conduz ou, até mesmo, para instrumentalizar a equipe, quando a ele é dirigido um pedido de consulta sobre um caso, do qual ainda não participa.

*A enfermeira sai de um leito dizendo que faria uma reclamação, pois havia sido assediada sexualmente. O paciente tinha um câncer de pulmão e estava sendo investigada a possibilidade de metástase cerebral, que justificaria tal comportamento devido a uma alteração no lobo frontal – responsável pelas funções executivas, dentre as quais destaca-se a possibilidade de prever as conseqüências dos próprios comportamentos. Descartada essa hipótese através de um exame de imagem, o analista e a enfermeira conversam com a médica que relata uma mudança de comportamento do paciente que se deu, principalmente, após a última internação. “Ele está com um*

*discurso muito sexualizado. É como não se importasse com o que diz e muito menos preocupado com o que o outro vai achar. Tá completamente sem filtro” – diz a médica. O analista então pede a médica para escutar o paciente. Após o atendimento discute o caso com a enfermeira, dizendo que em algumas situações, com algumas pessoas, a mudança de posição de sadio para doença é capaz de produzir uma certa desorganização que causa uma alteração no comportamento, assim como havia acontecido naquele caso. Diante disso, a enfermeira decide não fazer uma reclamação formal contra o paciente.*

Evidentemente, não é nosso objetivo esgotar aquilo que se refere às estruturas clínicas. Para isso seria necessário, possivelmente, um outro trabalho. Tencionamos aqui apenas destacar a função fundamental do diagnóstico não só para a direção dos tratamentos conduzidos pelo analista, mas também para sensibilizar a equipe com relação às questões subjetivas que extrapolam a doença orgânica.

Passemos então ao próximo nível das entrevistas preliminares proposto por Miller(1997): a localização subjetiva. Essa, de forma alguma se separa da avaliação clínica, mas faz com que a categoria linguística de enunciação seja considerada como operador prático e faça parte não só do diagnóstico, mas também do tratamento em si.

### **3.2.3 A localização subjetiva**

O termo localização subjetiva suscita algumas questões: por que não falarmos de uma localização objetiva? O que é localizar-se subjetivamente? Se a localização é do sujeito, qual é a função do analista? Diante do que se localiza? Há uma localização ideal?

Freud (1909/1996), no início da psicanálise, preocupa-se em averiguar a veracidade dos relatos de seus pacientes. Todavia, ao abandonar sua neurótica – hipótese de que a origem da neurose encontrava-se em um trauma sexual ocorrido na realidade material – e elaborar a teoria da fantasia, a realidade psíquica passa para primeiro plano. Isso, obviamente, não quer dizer que o analista deva ser cego. No hospital, há questões objetivas, fatos que devem ser considerados. Um paciente entubado não conseguirá falar, o que não quer dizer que não possa se expressar. Um quadro de desconforto respiratório pode ou não ser decorrente de uma angústia atroz e averiguar isso, norteará a decisão do analista atender ou não o paciente naquele momento. Por outro lado, uma

paciente que sempre se encontrava deitada em seu leito, coberta e sem mostrar o rosto, e passa a esperar o analista vestida e maquiada, após uma intervenção do analista, é, com certeza, um fato que deve ser considerado.

Todavia, é fundamental precisar que em psicanálise o que importa é o que o paciente diz. Isso significa que devemos nos separar da dimensão dos fatos, para entrarmos na dimensão dos ditos. Entretanto, é importante ressaltar que os ditos também podem ser encarados como fatos e aí o raciocínio pode ser: “Disse *isso*, logo *aquilo!*” e as consequências para a clínica podem ser nefastas. Assim, levar em conta os ditos não é o suficiente.

(...) um segundo passo essencial é questionar a posição de quem fala quanto aos próprios ditos; e a partir dos ditos localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação (...) lugar em que está o enunciante frente ao enunciado (MILLER, 1997, p.236).

Abaixo trazemos duas vinhetas clínicas, que nos mostram que “uma coisa é o dito como fato, outra coisa é o que o sujeito faz com o que diz” (MILLER, 1997, p. 239).

*Lara se queixava de um anestésico que foi administrado durante um procedimento sem seu conhecimento, quando comete um ato falho e troca o significante “anestesia” por “nostalgia”. Quando o analista ecoa este significante, a paciente passa então a falar das perdas e limitações inerentes a sua doença e ao próprio tratamento, e passa a se questionar sobre continuidade do mesmo. Vale lembrar que, para equipe médica, não havia mais possibilidade de terapêutica curativa para o caso de Lara e, até aquele momento, a continuidade do tratamento curativo tinha sido uma exigência da paciente. Ou seja, optar por um tratamento paliativo, naquele momento, deixa de significar uma escolha pela morte e passa a significar para o sujeito poder voltar a fazer certas coisas que o tratamento curativo lhe impedia.*

*Martha, uma paciente em fim de vida, decide conversar com os filhos e seu ex-marido. Entretanto, durante a sessão, ao relatar as conversas que teve com os familiares, adota uma posição extremamente queixosa, dizendo que esperava que seu filho mais velho lhe pedisse perdão por ter sido tão distante durante toda a vida. Assim, diz: “Primeiro conversei com o Bruno, depois conversei com o mais velho”. Neste momento o analista questiona porque nomear apenas o filho mais novo. Diante disso Martha se questiona: “Será que eu também sou distante?”*

Assim, caso nos ativéssemos apenas aos ditos, no primeiro exemplo, a troca de palavras poderia ser encarada como um erro sem importância, enquanto que, no segundo, a não nomeação do filho mais velho não passaria de uma simples escolha linguística de substituir o nome pelo predicativo.

Entretanto, ao valorizar o que Miller (1997, p.241) chama de modalização do dito, ou seja, o fato de que “o sujeito não sabe que o que diz é uma citação do discurso do Outro e que introduzirá um elemento fundamental, a cisão, a ruptura, entre o dito e do dizer”, é dada a chance ao sujeito de se escutar e se posicionar diante do que diz, desvelando um saber inconsciente, que não sabia saber. Logicamente, isso só se faz possível se considerarmos que não há unidade da cadeia significante que é, em si, polifônica. Falando de outro modo, quando falamos, falamos a várias vozes, modificando continuamente nossa posição subjetiva e aí faz-se necessária a pontuação do analista do discurso do sujeito que, por sua vez, fixa sua posição subjetiva, dando ao sujeito um ponto de referência, do qual ele pode se dissociar e tomar certa distância. “Seria ainda não identificá-lo com o dito, mas indagar se é realmente o que ele quer dizer, a fim de que explique sua posição subjetiva referente àquele ponto” (MILLER, 1997, p.263).

Deste modo, marcar o ato falho ou questionar uma não nomeação, opera um movimento de retroação na cadeia significante, que tem como produto um saber que diz da posição subjetiva do paciente frente a seu dito. Localizar o sujeito, portanto, “é como por entre parênteses o que o sujeito diz, e fazer com que ele perceba que toma diferentes posições modalizadas para com seu dito” (MILLER, 1997, p.247).

Por outro lado, localizar o sujeito não é apenas avaliar sua posição, já que, ao separar o dito do dizer, o enunciado da enunciação, lugar de produção de saber inconsciente, o analista tem a chance de possibilitar a reformulação da demanda, introduzir o mal-entendido e levar o sujeito ao encontro do inconsciente. Isso o faz questionar seu desejo e o que pretende dizer quando fala, fazendo-o perceber que há sempre uma boca mal-entendida, um para além do dito (MILLER, 1997). A introdução do mal-entendido e, conseqüentemente, o encontro com o inconsciente como um saber fica claro nos exemplos acima.

No entanto, aqui poderíamos nos perguntar: o que Miller (1997) quer dizer com “reformulação da demanda”, que, de fato, é condição para que a localização subjetiva ocorra? Bom, a primeira localização se dá quando o sujeito aceita a regra fundamental,

propondo-se a falar sem censura, buscando produzir um saber sobre seus ditos e, com isso, abandonando a posição de mestre. É aí que há uma reformulação da demanda. Expliquemo-nos.

O discurso do mestre, através da relação fundamental, S1----S2, coloca em cena o fato de que o saber está no lugar do Outro do discurso. É no Outro em que se procura um saber. Por isso, como vimos anteriormente, o paciente, muitas vezes, apresenta-se ao analista através do significante do Outro. Nos exemplos citados, o encaminhamento feito para o atendimento de Lara vinha suportado pelo significante “nervosa”. Já no caso de Martha, “abandonada” era como se referia a paciente ao falar de sua relação com o filho mais velho. Assim, a partir da marcação do ato falho, no caso de Lara, e o apontamento da não nomeação do filho mais velho para Martha, faz com que ocorra o giro do discurso do mestre para o discurso da histérica, no qual o sujeito, suportado não pelo significante do Outro, mas pela verdade de seu sintoma (*a*), dirige-se ao analista, na posição de mestre (S1), na esperança que algo possa ser dito sobre sua divisão.

Discurso do mestre	Discurso da histérica
$\frac{S1}{\$} \rightarrow \frac{S2}{a}$	$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S1}{S2}$

Ou seja, há aqui o endereçamento do sintoma ao analista não mais enquanto um signo, que Lacan (1959-60/2008), retomando Pierce, define como aquilo que significa algo para alguém que saiba lê-lo. O sintoma passa a ser um enigma, sobre o qual o sujeito, a partir da escuta analítica, será convidado a produzir um saber. É a isso que chamamos reformulação da demanda.

As entrevistas preliminares, portanto, não são apenas uma investigação para localizar o sujeito, mas também têm como objetivo uma mudança efetiva de sua posição. Elas podem promover um distanciamento daquele que diz do seu dito e é, por isso, que constituem em uma retificação subjetiva (MILLER, 1997). Entramos aqui no terceiro nível das entrevistas preliminares.

### 3.2.4 A retificação subjetiva e a introdução ao inconsciente

Em linhas gerais, a retificação subjetiva é a passagem do queixar-se dos outros para queixar-se de si mesmo. Assim, “o ato analítico consiste em implicar o sujeito em seu queixume, em seu próprio motivo de queixar-se” (MILLER, 1997, p.255). Evidentemente, não se trata de deixar de culpar o outro para culpar o inconsciente, pois isso significaria destituir o sujeito da responsabilidade que tem sobre seu sofrimento.

Em seu *O seminário 11 – os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/2008) começa a se referir ao que até então chamava de sujeito como *falta-a-ser*. Isso que dizer que, além de reconhecer o estatuto do sujeito como sujeito do inconsciente, sujeito dividido, Lacan começa a levar em conta também o fato de que há uma precariedade inaugural no humano, que procura incessantemente saná-la e justificá-la.

Dessa forma, é muito comum, em análise e, principalmente, no início do tratamento, supor que todo o mal relaciona-se com o romance familiar. Uma mãe pouco amorosa ou amorosa demais, um pai ausente ou agressivo, uma irmã mais nova que passa a receber as atenções ou um irmão mais velho abusivo são alvos fáceis para a verdadeira paixão do humano: a justificativa para sua falta-a-ser. Aliás, essa relação com a falta pode, inclusive, nos dar indícios da estrutura do sujeito, algo que, como já dissemos, é importante nesse primeiro momento do tratamento.

No neurótico essa procura incessante por uma explicação que justifique sua precariedade encontra-se em sua forma mais aguda. Pai, mãe, insuficiência de serotonina, tudo, ou nada disso, podem ser justificativas para as mazelas do neurótico. Na psicose, por sua vez, não há lugar para a hesitação, para a dúvida, mas há uma certeza de uma justificativa. O delírio muitas vezes nos mostra isso. Como nos lembra Miller (1997), o presidente Schreber, caso de paranoia descrito por Freud, sabe que a razão de sua existência é tornar-se mulher de Deus e com ele produzir uma nova humanidade. Finalmente, naquilo que toca à perversão, há um saber sobre o gozo e o verdadeiro perverso tem aí justificada sua existência: existe para gozar.

Tendo isso em vista, cabe aqui um alerta: o desvelar da relação do sujeito com as justificativas que utiliza para sanar sua divisão faz com que a retificação subjetiva seja o maior mérito mas, ao mesmo tempo, o grande risco de uma análise. Afinal, como afirma Miller (1997, p. 256), “o perigo da análise freudiana, formalizada por Lacan, está



em aceitar abrir de novo essa falta-a-ser, que talvez tenha sido tapada por uma boa causa”. Não é à toa, por exemplo, que colocar um psicótico diante da castração pode ser o suficiente para o início de um surto.

Portanto, o analista deve estar atento, a partir do que foi observado no processo de avaliação clínica e de localização subjetiva, para aqueles que devem ou não continuar para além da localização, rumo à retificação. A distância entre o dito e o dizer, entre o enunciado e a enunciação produz um corte, que pode ter como efeito uma sensação de “não sei mais quem sou”, colocando a falta-a-ser em evidência. Isso pode não ser suportável para alguns pacientes, principalmente no hospital, lugar onde o motivo para a existência, muitas vezes, já é colocado em jogo.

*Alexandre deu entrada no Pronto Socorro, pois havia tentado suicídio após saber que transmitiu o vírus do HIV para sua mãe hemofílica e para sua namorada, que estava grávida. Pelo fato de ter tido apenas ferimentos leves, estava com alta programada para aquele dia. Diante do analista, diz: “quando soube disso tudo, virei nada, pó”. Entretanto, tinha em suas mãos um caderno. O analista pergunta do que se tratava. Alexandre era músico e escrevia naquele caderno “frases soltas, sem importância”. O analista pede para que Alexandre leia as frases e tente dizer o que elas significam para ele. Ao final o analista diz: “isso é música”. Alexandre sorri e começa dizer sobre a possibilidade de conversar com a namorada e a mãe.*

Essa vinheta clínica nos mostra que não seria possível, pelo menos naquele momento, destituir ainda mais o paciente sobre as justificativas de seu sofrimento, para que pudesse se responsabilizar pelo mesmo. Alexandre já era “nada”, “pó”. Nesse caso, o que poderia ser feito era tentar propor, através de “frases soltas e sem importância”, que outro destino pudesse ser dado ao sofrimento: a música. Isso é revelador, pois nos mostra que o cuidado que o analista deve ter com aquilo que o sujeito faz com seus ditos, não deixa de ter relações, mas está para além de uma questão diagnóstica e que, evidentemente, toca o cotidiano do analista no hospital.

Assim, nesse caso, como em vários outros que atendemos inclusive em nossos consultórios, percebemos que aquilo que se faz possível nas entrevistas preliminares não é, necessariamente, seu resultado - a retificação subjetiva -, mas sim um primeiro momento, composto pelos processos de avaliação clínica e localização subjetiva. E isso por si só já tem um grande efeito.

Introduzir aquele cuja posição inicial é de como caixa vazia no estatuto do sujeito produz, por vezes, um alívio imediato, justamente porque esse simples fato faz dissociar, retroceder, diante do sofrimento e do dito. O sujeito sofre, mas o fato de falar ao analista fá-lo colocar-se à parte, tomar distância do sofrimento e isso, efetivamente, pode produzir um alívio imediato (MILLER, 1997, p.256).

Retomando o que abordamos até agora, há três níveis nas entrevistas preliminares: 1) A avaliação clínica; 2) A localização subjetiva e 3) A introdução ao inconsciente. Entre 1 e 2 ocorre o que Miller (1997) chama de subjetivação, ou seja, introdução do paciente ao estatuto de sujeito. Entre 2 e 3, por sua vez, o que está em jogo é a retificação, a mudança de posição do sujeito diante do sofrimento, responsabilizando-se sobre o mesmo e circunscrevendo algo do seu modo de gozo.

Com isso, se até este momento nos ocupamos em descrever o que seria a avaliação clínica e a localização subjetiva, que fazem parte das entrevistas preliminares, agora daremos um passo além, pois é importante nos dedicarmos ao que se pode ser produzido a partir do processo de subjetivação.

Para tal faremos referência a um outro seminário de Jacques-Alain Miller, proferido em 1998 em Salvador, intitulado *O osso de uma análise*. Nele, o psicanalista formaliza, de maneira bastante precisa, o que está em jogo naquilo que pode ser compreendido como cura em psicanálise, a qual, obviamente, não ocorre sem as entrevistas preliminares. O significante “osso” presente no título pode ser entendido tanto como uma situação difícil de ser solucionada na vida de uma pessoa que, portanto, a leva a procurar um analista, como o osso de cada psicanálise. Ou seja, aquilo do que não se pode se ver livre, por mais análise que se faça e que no final do ensino de Lacan é nomeado como *sinthome*.

Nesse trabalho não iremos nos debruçar sobre a teoria do *sinthome*, pois, apesar de ser um tema clinicamente extremamente relevante, o que de fato nos interessa nesse seminário, é o que o autor chama de operações-redução e, em especial, duas<sup>15</sup> delas: a repetição e a convergência. Nossa aposta é que, a partir disso, poderemos precisar ainda mais o método psicanalítico, bem como suas possibilidades e limites no hospital.

---

<sup>15</sup> Neste mesmo seminário Miller(1998) fala de uma terceira operação-redução, a evitação. Entretanto, essa relaciona-se com o fim de análise e, como nosso objetivo, neste capítulo, é versar sobre as possibilidades e limites das entrevistas preliminares, entendemos não ser necessário nos ocuparmos dessa operação.

### 3.3 OPERAÇÕES-REDUÇÃO

#### 3.3.1 Amplificação e redução

Ora, se nos propomos a falar de operações-redução, uma primeira pergunta seria: Porque reduzir? Outro questionamento possível: reduzir o que ou a quê?

Bom, para começar, como marca Miller (1998), talvez seja importante partirmos do par oposto da “redução” – a amplificação. É inegável que a linguagem tem um poder de amplificação, de amplificação significativa e se é desse tipo de amplificação de que se trata em análise, não falamos apenas de palavras, mas também de sons, imagens acústicas que, para cada sujeito, tem um determinado sentido em suas articulações da cadeia significativa. Com isso, se falamos de amplificação significativa, falamos também de amplificação de sentido.

(...) a palavra bebe o sentido, ela se deleita nesse sentido como a terra demasiadamente seca, e jamais saciada. E, se é o som que comanda a dança, a dança macabra, a fala se desenrola ao sabor das assonâncias, da homofonia, e o sentido o segue como pode. (MILLER, 1998, p.41)

Assim, é notório nos casos que atendemos em nossos consultórios ou nas instituições em que trabalhamos, como é o caso do hospital geral, que a fala se prolifera, amplifica-se.

Aliás, como pontua Miller (1998), podemos perceber alguns modos de enunciação que nutrem a amplificação significativa. Há pacientes, por exemplo, que se lembram perfeitamente dos detalhes de sua história de vida, de como se comportavam e como se sentiam em determinada idade, de como foram os momentos de perda ou de separação, lembram de como suas mães e pais que os amavam muito ou de forma insuficiente, e até de como se vestiam quando iam à missa aos domingos. Essa é a *fala a serviço da memória*. Há ainda os pacientes que gostariam de contar tudo o que lhes acontece durante a semana ou no dia em que são escutados pelo analista, mostrando que aqui está a *fala a serviço do evento*. Não raro, deparamo-nos com aqueles que tudo querem explicar e justificar e têm a *fala a serviço da racionalização*, já que procuram o porquê e o para quê de tudo, tentando alinhar o grosso tecido da causalidade. Finalmente, há também os pacientes que usam a *fala a serviço do mistério* e fazem do que dizem um oráculo, tentando ler suas verdades decompondo a própria fala e dando a cada elemento um sentido.

Claro que esses modos de enunciação são sempre bem vindos, já que ao paciente é pedido que diga tudo aquilo que lhe vier a mente, sem que nenhuma censura lhe impeça de fazê-lo. Todavia, o bem-dizer analítico não visa à proliferação, à amplificação significativa de sentido, mas tem sim por objetivo operar uma redução. A psicanálise, portanto, realiza uma operação-redução.

Entretanto, como marca Miller (1998) não usamos aqui a palavra redução da mesma maneira que Freud o fez para falar do chiste. Para Freud reduzir consistia em explicitar, decompor e enumerar os elementos que entram em jogo para a composição do chiste, incluindo o contexto histórico e social no qual o chiste foi produzido.

Paradoxalmente, a operação-redução resulta num texto mais longo que o chiste, um texto que não é o chiste, um texto pleno, no qual os elementos, condensados pelos mecanismos do chiste, são isolados uns dos outros (MILLER, 1998, p. 44).

É claro que, para se analisar um chiste, tudo o que foi proposto por Freud continua sendo de extrema importância na clínica, mas a operação-redução da qual falamos aqui seria, na verdade, o contrário disso. O material que o paciente traz são os elementos de sua biografia, dos eventos de sua vida, dos seus pensamentos, e a operação-redução seria a condensação disso tudo, que, assim como o chiste, traz a tona algo da verdade do sujeito, de sua relação com o desejo.

Aliás, Miller (1998) faz uma interessante comparação entre a operação-redução em análise e aquela que ocorre na matemática. Na matemática, é muito importante reduzir o tamanho das fórmulas, objetivando fazer o cálculo com maior precisão.

(...) em lógica matemática (...) é muito importante se reduzir o tamanho das fórmulas para se poder calcular mais rapidamente – reduzir o tamanho das fórmulas para calcular mais facilmente, seu valor de verdade. Esse emprego lógico da palavra redução, sem dúvidas, é cheio de ressonâncias naquilo que se trata na operação de redução na cura analítica (MILLER, 1998, p.45).

Uma vez que demarcamos o que de fato queremos abordar, passemos agora a duas operações-redução propostas por Miller (1998) – a repetição e a convergência – para, em seguida, delimitarmos aquilo que, em geral, é possível no contexto hospitalar.

### 3.3.2 A repetição

Ao aceitar a dizer tudo que lhe vem à cabeça, através da regra fundamental, o analisando, através daquele que o escuta, começa a perceber que, muitas vezes, não é possível evitar o re-dizer, o repetir o mesmo (MILLER, 1998). Esse fenômeno clínico é reconhecido por Freud (1914/1996) em seu artigo “*Recordar, repetir, elaborar*”, mas será somente em “*Além do princípio do prazer*” que Freud (1920[1996]), através das análises que conduzia e da observação de fenômenos do cotidiano, começa a perceber que há satisfação em estados de tensão.

Assim, seja por meio dos sonhos de angústia dos soldados recém-chegados do campo de batalha ou na brincadeira de seu neto que, através de um peão, simbolizava a presença e ausência da mãe, Freud percebe que há nessas situações, um denominador comum: a repetição de algo desprazeroso. Os soldados tinham repetidamente sonhos que os colocavam frente à frente com lembranças de extremo sofrimento e seu neto repetia uma brincadeira que, obviamente, não deixava de gerar angústia.

Dessa forma, para Freud (1920[1996]), o funcionamento do aparelho psíquico deixa de se pautar apenas no princípio de prazer, não sendo mais possível estabelecer uma relação direta entre tensão e desprazer e baixa de tensão e prazer.

Lacan, por sua vez, retornará a Freud e principalmente a este ensaio, para formular seu conceito de gozo – um modo de satisfação, advindo de um estado de tensão, que não deixa de gerar também sofrimento.

Na clínica, a queixa é uma boa pista para se localizar o gozo. Onde há queixa, geralmente, há gozo. Em suas relações com o outro, o sujeito se vê a todo momento diante do impossível da relação sexual e, ao mesmo tempo, do empuxo – fadado ao fracasso – de fazê-la existir. É aí que se encontra o gozo.

*Jorge estava no hospital acompanhando a esposa que acabara de ter uma gravidez de alto risco e, por isso, estava em observação no hospital. O pedido de avaliação psicológica para Jorge é motivado pelo fato de que a equipe de enfermagem e o médico responsável estavam percebendo que o familiar estava muito agressivo e sem paciência com esposa. Comportamento este que a equipe julgava como inadmissível para o marido de uma paciente naquelas condições. Ao escutar Jorge, durante algumas semanas, o que ficava cada vez mais claro para o analista e também para o paciente era como, ao se sentir coagido, “colocado no canto”, o paciente reagia*

*com extrema agressividade. Aliás, ser “colocado no canto” era a maneira como Jorge se sentia com relação não só a esposa que lhe exigia “aquilo que não conseguia dar”, mas ao sogro, “homem do exército, que lhe humilhava e o fazia se sentir menor” e também ao chefe de sua empresa, que lhe “pressionava no trabalho, não dando oportunidade para escolhas”.*

Evidentemente, cada história relatada por Jorge e cada uma de suas relações eram diferentes, mas algo se repetia: sentir-se “colocado no canto”. Percebemos então que a esposa, o sogro e o chefe são personagens diferentes, que ocupam o mesmo lugar: o Outro que aponta sua castração, colocando-o como insuficiente, fazendo coincidir o impossível com insuficiência.

Essa repetição, como formaliza Miller (1998), guiado pelo ensino de Lacan, pode ser escrita através da função proposicional “onde, no lugar de  $x$ , se sucedem diferentes personagens como variáveis da mesma propriedade, da mesma função  $f$ ”. Temos então a seguinte fórmula de fundamental importância clínica:

$$f(x)$$

Assim, como ressalta Miller (1998) é importante que o analista possa reconhecer esses pontos de repetição e possibilitar que o sujeito possa escutar aquilo que repete quando toma a palavra. Cabe ao analista então saber operar essa redução proposicional, reduzindo à constante, localizando o  $f$  (lugar de onde o sujeito goza) em relação ao qual existem as variáveis (as personagens de sua biografia).

Entretanto, há um passo além. Algo fazia enigma e, ao mesmo tempo, demarcava o modo de gozo de Jorge: “Por que me relaciono apenas com pessoas que me fazem sentir desse jeito?” Esse questionamento o conduz à relação com o pai – identificado aqui como o protótipo, o personagem original, do qual derivaram os outros personagens de sua história. Assim, a condição de amor para Jorge, trazia essa marca edipiana de colocar-se no canto, pois essa era a única forma de ter um lugar no desejo do Outro.

Continuaremos agora com o relato desse mesmo caso para discutirmos a próxima operação-redução proposta por Miller (1998).

### 3.3.3 A convergência

Tomar a palavra faz com que o paciente comece a perceber que há certos enunciados que, de alguma forma, têm um efeito muito significativo em suas vidas. Esses enunciados se apresentam no dispositivo analítico quase como precipitados de tudo aquilo que é dito pelo paciente. Ou seja, é como se tudo aquilo que é enunciado fosse convergido em um enunciado essencial. Evidentemente, falar em enunciado essencial é uma simplificação, já que em uma análise pode haver vários enunciados desse tipo. Entretanto, ainda assim, os mesmos destacam-se dentre tudo aquilo que é falado pelo paciente e demonstram ter uma importância fundamental em sua biografia.

Miller (1998) afirma que esses enunciados podem se apresentar de duas maneiras: 1) um enunciado que o sujeito já conhece e que ele já traz para a análise como algo que sempre atravessou sua existência; e 2) este enunciado pode ser produzido em análise através de uma interpretação do analista.

Quando o enunciado e, muitas vezes, sua importância, como marca significativa, são conhecidos do paciente, este foi apreendido do campo do Outro, dos personagens que encarnam em sua vida o grande Outro.

Mas como na clínica esses enunciados podem ser percebidos? Ora, não raro identificamos certos enunciados que se repetem e norteiam a vida do sujeito e que podem se dar sob a forma de um imperativo (Isso é verdade!), sob a forma de uma afirmação eternizada (Você é isso!) ou, ainda, através de uma palavra inédita, que tomou para ele ressonâncias excepcionais, podendo ser um equívoco, uma homofonia feita pela língua ou, até mesmo, um neologismo.

Com relação aos enunciados que são efeitos da escuta analítica, sendo produzidos por uma intervenção do analista, recorramos ao caso de Jorge novamente.

*Jorge estava tendo muitas dificuldades em lidar com as mudanças de humor da esposa puérpera. Assim, ao descrever uma das brigas do casal decorrentes das explosões de raiva da esposa, Jorge comete um ato falho e diz que as crises da mulher pareciam “exclusões atômicas”. O analista neste momento marca o ato falho e interpreta: “é assim que você se coloca na relação com o outro, sempre excluído instantaneamente, atômicamente”.*

Retomando a teoria dos quatro discursos formalizados por Lacan (1969-70/1992), percebemos que, como afirma Miller (1998, p.50), “esse enunciado da convergência (...), é o significante mestre, o significante mestre do destino do sujeito”.

Assim, quando o analista, agente do discurso do analista, dirige-se ao sujeito (\$), no lugar de Outro, uma produção se dá: o enunciado essencial, o significante mestre daquele que toma a palavra.

Discurso do analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow \frac{\$}{S1}$$

Tendo isso em vista, a intervenção do analista, no caso de Jorge, em um movimento de retro-ação, o faz retomar e ressignificar suas outras relações, percebendo que nelas nunca havia lugar para dois, pois sempre um devia ser excluído. Aqui a estratégia obsessiva de tentar fazer existir a relação sexual, de dois se fazer um, tamponando a castração e, portanto, a diferença, é desvelada. Entretanto, isso só é possível, quando o enunciado essencial, decorrente do ato falho “exclusão atômica”, é destacado pelo analista e, a partir disso, Jorge começa a se questionar sobre sua posição subjetiva.

Para concluirmos, podemos dizer que “a repetição e a convergência designam, na experiência analítica, a redução ao simbólico, a redução do discurso do paciente aleatório, confuso, abundante, à formas simbólicas elementares”. Com isso, a partir dessas formas simbólicas, decantadas durante o processo de subjetivação, inerente às entrevistas preliminares, apostamos que o analista possa, junto à equipe, construir um saber, sempre singular, sobre cada caso.

Nesse capítulo, portanto, nosso objetivo foi, por meio dos três níveis das entrevistas preliminares e das operações redução, propostas por Miller (1997-98), precisar algo do método psicanalítico e daquilo que é produzido por esse método, colocando em evidência o que se faz ou não possível no âmbito hospitalar.

Evidentemente, naquilo que concerne ao método, não há padrões, há fundamentos! Não se trata, portanto, de transformar o tratamento psicanalítico no hospital em mais um protocolo, dentre tantos outros. Todavia isso não quer dizer que não haja princípios que possam ser formalizados (MILLER, 1987). Aliás, a palavra princípios é utilizada por Lacan em seu texto a “*A direção do tratamento e os princípios de seu poder*” e lá fica claro que os princípios da prática se transmitem na própria análise. Há, portanto, uma diferença daquilo que pode ser feito no um a um, na análise



de um analisando com seu analista, e com várias pessoas como, por exemplo, uma equipe multiprofissional.

No hospital, ambas as situações se aplicam. O analista deve não só atender seus pacientes, mas também discutir casos, como consultor ou interconsultor, participar de reuniões clínicas, publicar artigos científicos e ministrar aulas em cursos e eventos científicos, seja para instrumentalizar outros profissionais a lidarem com questões subjetivas dos pacientes, seja para dizer de sua prática.

Dessa forma, o que se torna necessário é a formalização de um método que norteie não só a condução dos casos, mas possibilite também a transmissão da psicanálise, podendo mobilizar uma transferência da equipe multiprofissional não só com aquele psicanalista, mas com a própria psicanálise. É isso que possibilitará que a equipe possa estabelecer uma outra relação com o saber, passando a suportar o fato de que toda verdade é não-toda e que todo saber é furado.

Entretanto, para que isso seja possível é importante que o analista esteja avisado dos limites de sua própria atuação. E isso, cabe ressaltar, nada tem a ver com uma lista do que se pode ou não pode fazer. Não se trata de número de sessões, de se ter ou não uma sala dentro do hospital com mobiliário adequado, incluindo divã, de se fixar o tempo cronológico para cada sessão ou de se estabelecer que tipo de paciente se deve ou não atender. O limite de atuação do analista em qualquer lugar, inclusive no hospital, é ético e não burocrático.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento da psicanálise nos hospitais gerais do Brasil data da década de 1970. Nessa época, Sonia Alberti e Consuelo de Almeida apostavam na escuta analítica em dois hospitais do estado do Rio de Janeiro, enquanto Marisa Decat de Moura, em Belo Horizonte, dedicava-se a iniciar o que se tornaria a Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei (MACHADO & CHATELARD, 2012).

Desde então a psicanálise se firma como uma possibilidade de escuta do sofrimento psíquico nos serviços de psicologia de hospitais em todo o Brasil. Assim, vem perdendo força o questionamento, antes feito por vários profissionais da área *psi*, incluindo psicanalistas, sobre se era ou não possível a aplicação da psicanálise no hospital. O ensino de Jacques Lacan e o revigoramento da obra freudiana promovida por este último, desempenharam, em nossa opinião, um papel fundamental para que isso ocorresse.

Desse modo, a questão que norteou este trabalho foi outra. Partindo-se do pressuposto de que é sim possível sustentar a psicanálise no hospital, como fazê-lo, considerando, para isso, as possibilidades e limites de sua aplicação? Essa pergunta foi motivada pelo fato de estarmos atentos às demandas institucionais cada vez mais permeadas pelos efeitos do discurso capitalista. Consequentemente, uma vez que se admite a existência da psicanálise no hospital, a questão é saber se ela é eficaz em comparação a outras terapêuticas. Ou seja, em uma época de medicina baseada em evidências, seria a psicanálise um produto de primeira linha a ser oferecido como o melhor tratamento para o sofrimento psíquico?

Essa pergunta pode ser respondida de maneira afirmativa ou negativa. Sim, apostamos que a psicanálise no hospital possibilita que o sujeito possa se haver com seu sofrimento de uma outra forma, responsabilizando-se pelo mesmo, o que, por sua vez, tem efeitos terapêuticos importantes. Portanto, a sensibilização do paciente para a escuta das formações do inconsciente e, em decorrência disso, sua localização em seu modo de gozo, fazem com que o sujeito tenha uma outra relação não só com vida, mas também com a representação máxima da castração que está para todos – a morte. Entretanto, se o preço a pagar pelo lugar de uma terapêutica eficaz seja estar a postos para responder diretamente às demandas da instituição hospitalar, alienando-se a pedidos que têm como resultado o completo apagamento do sujeito, é preciso recuar.

Obviamente, posicionar-se de uma ou outra forma não é tão simples! Afinal, entrar no hospital e assinar um contrato de trabalho não garante a possibilidade de se aplicar a psicanálise nesse contexto. Entrar em uma equipe não quer dizer estar inserido na mesma. Portanto, é preciso trabalhar e, sim, dar provas do que se faz. Tendo isso em vista, é necessário ofertar a escuta para criar demanda, seja dos pacientes, seja da equipe. No entanto, essa demanda deve ir para além de uma demanda de presença e se configurar como um desejo de saber sobre aquilo que há de mais singular e que, de forma lógica, resiste a generalizações, protocolos e mensurações estatísticas. Além disso, a partir das formulações de Jorge (2006) sobre o papel do psicanalista na cultura, pode-se afirmar que é também de responsabilidade do analista propiciar o estabelecimento de transferência da equipe e dos pacientes não apenas com o trabalho daquele analista, mas com a própria psicanálise. É isso que tornará possível que o analista possa dizer da eficácia do que faz sem perder de vista aquilo que norteia sua ação - a ética da psicanálise.

Assim, colocar como limite de sua atuação a resistência da equipe, as questões relativas a um setting muito mais burocrático do que analítico e os efeitos do capitalismo na clínica contemporânea, não promoverá nenhum giro de discurso, mas sim engessamento e paralisação do trabalho.

Como vimos, a resistência é indício de transferência e, portanto, possibilidade de escuta. O setting analítico se dá quando não se abre mão dos conceitos fundamentais, da regra fundamental e uma vez que se está disposto a pagar o preço por ocupar o lugar de semblante de objeto *a*. Com relação ao discurso capitalista, este nos parece, assim como os outros, trazer em sua estrutura uma impossibilidade de tudo simbolizar, pois não é capaz de recobrir o real da experiência humana, por mais que seja isso que se pretenda por meio dos artefatos avaliativos. Dessa forma, mesmo que se almeje dar consistência ao sujeito através do objeto, parece-nos que esse discurso obedece a uma lógica bastante semelhante ao discurso da histórica – ter para ser para o Outro. Com isso, o discurso capitalista não é sem endereçamento, sem possibilidade de laço, pois há demanda de amor! A diferença, talvez, seja a manipulação perversa que se faz dessa demanda, estabelecendo-se uma relação de exclusividade com o objeto como se fosse possível através deste obturar a falta-a-ser. Entretanto, se há demanda é porque há falta e, portanto, desejo, e é justamente aí que se faz possível a atuação do analista.

Obviamente, estamos avisados que o discurso do analista também tem seu limite e neste trabalho apostamos que, uma vez que se reconhece os limites, as possibilidades

começam a se configurar. Todavia, se falamos aqui de uma especificidade da psicanálise no hospital, referimo-nos ao método e não à teoria. Desde Freud (1912a/1996), sabemos que há coisas das quais não se pode abrir mão em psicanálise – os conceitos que a fundamentam. Não foi sem razão que elementos conceituais como o inconsciente, a sexualidade infantil, a teoria do recalque, bem como a etiologia sexual das neuroses foram o pivô das dissidências na história do movimento psicanalítico, já que constituem os fundamentos da psicanálise e deles não se pode prescindir.

Por outro lado, Freud sempre enxergou a possibilidade de expansão da psicanálise. A psicanálise aplicada já estava em Freud! Evidentemente, o pai da psicanálise já admitia que, mantendo-se a regra fundamental no terreno do método a psicanálise comporta sempre uma invenção, norteadada pela transferência. Dessa forma, quando, no hospital, o analista recebe um encaminhamento, é importante que saiba o que está em jogo. Levando-se em conta os três tempos de uma análise, muito se diz que é o período das entrevistas preliminares que se faz possível no âmbito hospitalar. Sim, é verdade, mas pensamos que até mesmo este momento preliminar à análise propriamente dita e ao atravessamento da fantasia tenha também suas especificidades no hospital.

A localização subjetiva nos parece ser o grande efeito das entrevistas preliminares no hospital, já que promove um distanciamento do sujeito de seu dito, possibilitando que este possa vir a se posicionar de outra maneira diante do mesmo e de seu sofrimento. Isso por si só já é terapêutico, do ponto de vista da psicanálise! Por sua vez, a retificação subjetiva, geralmente o objetivo final das entrevistas preliminares e um passo além da localização subjetiva, é algo que pode desvelar a falta-a-ser, abalando as justificativas que o sujeito erigiu para fazer face a sua precariedade e desamparo original. Não desconsideramos que isso também permeia a atuação do analista em seu consultório particular, mas, no hospital, levando-se em conta que o paciente já se encontra, muitas vezes, destituído subjetivamente, possibilitar que o paciente vá para além da localização, rumo à retificação subjetiva, exige do analista um cálculo ainda mais cuidadoso.

Por outro lado, é preciso enfatizar para que a localização subjetiva possa ocorrer, é preciso que o analista esteja atento ao que Miller (1998) nomeia de operações-redução. É a repetição e a convergência que, na experiência analítica, engendram a redução ao simbólico, à formas simbólicas elementares. Será a partir dessas formas simbólicas, decantadas durante o processo de subjetivação, inerente às entrevistas preliminares, que a escuta analítica possibilitará não só com que o sujeito se localize

subjetivamente, mas também permitirá que o analista possa, junto à equipe, construir um saber, sempre singular, sobre cada caso, contribuindo assim para a transmissão da psicanálise.

Finalmente, o leitor que chegou até esse ponto está avisado de que este trabalho é resultado de minha experiência como estagiário do curso de especialização em psicologia hospitalar e pesquisador auxiliar do Instituto Central do Hospital das Clínicas de São Paulo, entre os anos de 2010 e 2012.

Evidentemente, ao final desta dissertação o momento já era outro e, ao se olhar para trás, muitas coisas poderiam ter sido feitas de forma diferentes. Isso é percebido após um percurso a mais de experiência clínica, composta por minha análise pessoal, supervisão e estudo teórico. Ou seja, o fim deste trabalho coloca ainda mais em evidência que a formação permanente do analista faz com que a todo tempo um novo movimento de retro-ação se inicie, permanentemente, continuamente.

Dessa forma, seria impossível utilizarmos este estudo apenas como um momento de concluir. É lógico que um ponto de basta é fundamental em qualquer percurso. Pensamos que a clínica é construída justamente a partir desses pontos de basta, que nos fazem ressignificar o que há antes deles. Entretanto, não há analista pronto! Assim, ao mesmo tempo que, com relação a esse trabalho, há um fim, isso não nos impede de vislumbrar o novo. Consideremos então que aqui se faz uma pausa, coloca-se reticências...

Portanto, estando em outro momento de minha clínica, percebo que tudo o que foi dito até aqui continua sendo de extrema importância para aquele que pretende levar a escuta analítica não só para o hospital universitário, mas para toda instituição, na qual haja lugar para um analista. No entanto, se, neste trabalho, propomos formalizar aquilo que seria possível ou não na clínica psicanalítica no hospital, atualmente aposto que uma formalização a mais seja possível. A construção do caso clínico, metodologia que tem como base a obra freudiana e o ensino de Jacques Lacan, mas que foi originalmente proposta pelo psicanalista italiano Carlos Viganó (1999), parece-nos ser um interessante objeto de estudo para que possamos tornar nossa clínica no hospital ainda mais precisa. Assim, aliando o que desenvolvemos até aqui em termos de formalização das entrevistas preliminares ao que é proposto por este autor, acreditamos que temos um novo projeto de estudo.

No entanto, é, de fato, momento de concluir.

## REFERÊNCIAS

- AFLALO, A. Avaliação. In: *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.p. 55-57.
- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L (orgs). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- \_\_\_\_\_. Psicanálise e universidade e a instauração de discursividade. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C (orgs). *Saber, Verdade e Gozo:: Leituras de O seminário, livro 17 de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ANSERMET, F. *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003.
- \_\_\_\_\_. Ciência. In: *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.p. 70-72.
- BENOIT, Pierre. *Psicanálise e medicina: teoria e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- BRODSKY, G. A eficácia da psicanálise. In: *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*. São Paulo: Edições Eloia, n. 41, 2004 .p. 68-87.
- BROUSSE, M.H. Psicanálise aplicada. In: CALDAS, H. *Arquivos da biblioteca*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de psicanálise, 2008, p. 75-93.
- \_\_\_\_\_. Discurso do analista. In: *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.p. 118-121.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica – poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- COUTINHO, Fernando. Psicanálise, discurso da ciência e cognitivismo. In: *Latusa Digital*. Rio de Janeiro: EBP/RJ, n. 34, 2008. Disponível em <[http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_34\\_a2.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_34_a2.pdf)> Acesso em: 15 de junho de 2012.
- CUÑAT, C. Corpo. In: *Scilicet: a ordem simbólica no século XXI*. Belo Horizonte: Scriptum, 2011.p.80-82.
- DARRIBA, V. A.; SILVA, A. C. A questão do fundamento em Freud: elementos para uma psicanálise aplicada. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo , v. 15, n. 4, Dec. 2012 . Available from <

47142012000400009&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Oct. 2014.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000400009>.

FREUD, S. (1900). A interpretação dos sonhos. In: \_\_\_\_\_. *Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. IV e V).

\_\_\_\_\_. (1904). Sobre a psicoterapia. In: \_\_\_\_\_. *Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. VII).

\_\_\_\_\_. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. *Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. VII).

\_\_\_\_\_. (1909). Cinco lições de psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XI).

\_\_\_\_\_. (1912a). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XII).

\_\_\_\_\_. (1912b). A dinâmica da transferência. In: \_\_\_\_\_. *O caso Schreber, Artigos sobre a Técnica e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XII).

\_\_\_\_\_. (1913). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: \_\_\_\_\_. *Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. VII).

\_\_\_\_\_. (1914) Sobre o narcisismo: uma introdução. In: \_\_\_\_\_. *A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XIV).

\_\_\_\_\_. (1914). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: \_\_\_\_\_. *Um caso de histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XII).

\_\_\_\_\_. (1916). Transferência. In: \_\_\_\_\_. *Conferências introdutórias sobre Psicanálise (Parte III)*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XVI).

\_\_\_\_\_. (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Totem e Tabu e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XVIII).

\_\_\_\_\_. (1918). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: \_\_\_\_\_. *Uma neurose infantil e outros Trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XVII).

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio do prazer. In: \_\_\_\_\_. *Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XVIII).

\_\_\_\_\_. (1923). Uma breve descrição da psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *O ego e o id, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XIX).

\_\_\_\_\_. (1925). As resistências à psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *O ego e o id, e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XIX).

\_\_\_\_\_. (1925-26). A questão da análise leiga – conversações com uma pessoa imparcial. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago editora, 1996, V. XX

\_\_\_\_\_. (1929). O mal-estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. *O futuro de uma ilusão, o mal estar da civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XXI).

\_\_\_\_\_. (1933). Novas conferências introdutórias – Explicações, aplicações e orientações. In: \_\_\_\_\_. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago editora, 1996, V. XXII.

\_\_\_\_\_. (1933). A questão da Westanscaung. In: \_\_\_\_\_. *Novas conferencias introdutórias sobre a psicanálise e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XXII).

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. In: \_\_\_\_\_. *Moisés e o monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, V. XXIII).

ELIA, L. O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar. In: ALBERT, S.; FIGUEREDO, A.C. *Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2006.

FOUCAULT, M. (1963). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.



\_\_\_\_\_. (1969). *O que é um autor?* Lisboa: Passagens, 1992.

JORGE, M. A. C.; FERREIRA, N.P. *Freud: criador da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

JORGE, M. A.C.; FERREIRA, N.P. *Lacan, o grande freudiano*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

JORGE, M. A.C. Lacan e a estrutura da formação psicanalítica. In: COUTINHO-JORGE (org). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.

JORGE, M.A.C. O Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C (orgs). *Saber, Verdade e Gozo:: Leituras de O seminário, livro 17 de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002b.

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

KICKHOFEL, Eduardo Henrique Peiruque. A lição de anatomia de Andreas Vesalius e a ciência moderna. *Sci. stud.*, São Paulo, v. 1, n. 3, Sept. 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1678-31662003000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-31662003000300008&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 Nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-31662003000300008>.

KOYRÉ, Alexandre. Galileu e Platão (1973) In: *Estudo de História do Pensamento Científico*, Rio de Janeiro, Forense Universitária ed., 1991.

KUPFER, M.C.M; VOLTOLINI, R. (2005) Uso de indicadores em Pesquisa de Orientação Psicanalítica: Um debate conceitual. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. 3, 359-364.

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

\_\_\_\_\_.(1953) Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_.(1954-1955). *O Seminário, livro 2. O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise.*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_.(1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_.(1957-58) *O Seminário, livro 5: As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 1999.

\_\_\_\_\_. (1959-60). *O Seminário, livro 7. A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

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

\_\_\_\_\_. (1964a). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. (1964b). Ato de fundação. In: \_\_\_\_\_. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 235-247.

\_\_\_\_\_. (1966a). Variantes do tratamento-padrão. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1966b). O lugar da psicanálise na medicina. In: *Opção Lacaniana: revista brasileira internacional de psicanálise*. São Paulo: Edições Eloia, n. 32, 2001 .p. 8-14.

\_\_\_\_\_. (1966c). A ciência e a verdade. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. (1968). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: \_\_\_\_\_. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 248-264.

\_\_\_\_\_. (1969-1970). *O Seminário, livro 17. O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. (1970). *Radiofonia*. In: \_\_\_\_\_. *Outros escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

\_\_\_\_\_. (1971-72). *Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Saint-Anne*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2011.

\_\_\_\_\_. (1972-73). *O seminário, livro 20: mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

\_\_\_\_\_. (1974). *Televisao*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

\_\_\_\_\_. (1975-76). *O Seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LAIA, S. A prática analítica nas instituições. In: CALDAS, H. *Os usos da psicanálise – primeiro encontro do Campo freudiano*. Rio de Janeiro: Contra capa, 2003.

LAMBERT, A Prática lacaniana em instituição. In: *Latusa Digital*. Rio de Janeiro: EBP/RJ, n. 3, 2003. Disponível em < [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_3\\_a1.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_3_a1.pdf) > Acesso em: 15 de junho de 2012.

LEITE, N. V. A. (Org.) ; SILVA, F. T. X. (Org.) *Um retorno a Freud*. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

LÉVI-STRAUSS, C. (1949) A eficácia simbólica In:\_\_\_\_. *Antropologia estrutural I*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileira, 1996.

\_\_\_\_\_. (1958). A estrutura dos mitos. In: \_\_\_\_\_. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileira, 1996.

MACHADO, M. V.; CHATELART, D.S. A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. In: RUDGE, A. M. *Tempo psicanalítico*. n 2, 2012, p. 445-468.

MARTINS, C. R. *Fundamentos da prática: considerações sobre a ética da psicanálise de Freud a Lacan*. Dissertação de Mestrado defendida pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2008.

MAURANO, D. *Para que serve a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

MAURANO, D. Um estranho no ninho ou a psicanálise na universidade. In:JORGE, M.A.C. (org). *Lacan e a formação do psicanalista*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006.

MILLER, J.A. *Puntuaciones sobre “La dirección de la cura”*. In: \_\_\_\_\_ . Conferencias Porteñas – Tomo 2. (2009). Buenos Aires: Paidós, 1992.

\_\_\_\_\_. *O método psicanalítico*. In: \_\_\_\_\_ . *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. *O osso de uma análise*. Belo Horizonte: Biblioteca Agente, 1998.

MILLER, J.A. Indicações biobibliográficas. In: LACAN, J. (1963) *Nomes-do-Pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

MILLER, J.A. MILNER, J.C. *Você quer mesmo ser avaliado? Entrevistas sobre uma máquina de imposturas*. São Paulo: Manole, 2006.

MORETTO, M.L.T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2ª Ed, 2005.

\_\_\_\_\_.(2006). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. In: \_\_\_\_\_. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do ‘outro em si’*. Tese de doutorado defendida pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, em 2006. p.148-152, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...](http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht...) Acesso em: 1o de junho de 2011.

QUINET, A. *As 4 +1 condições da análise*. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2007.

RINALDI, D. A ética da diferença: um debate entre psicanálise e antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

RINALDI, D. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C (orgs). *Saber, Verdade e Gozo:: Leituras de O seminário, livro 17 de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

RUBINSTEIN, A. (2008) La pratica del psicanalisis em el hospital. In: SALOMON, G. *O mercosul no divã*. Curitiba: Selo independente.

VIEIRA, M.A. (2011). Não sem. In: GLAZE, A. BRISSER, F.O.B, MONTEIRO, M.E.D. (orgs). *A saúde para todos não sem a loucura de cada um – perspectivas da psicanálise*. Rio de Janeiro: Walk. p.33-41.

VIGANÒ, C. "A construção do caso clínico em saúde mental." *Revista Curingal EBP-MG* n 13, 1999, p. 39-48.

ZUCCHI, M. A construção do caso clínico como instrumento de avaliação em psicanálise. In: *Latusa: O trabalho na sessão* . São Paulo: Marques Saraiva, n.8, 2003 .p. 61-77.