



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE HUMANIDADES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**GARDÊNIA HOLANDA MARQUES**

**A RESPONSABILIDADE DO ANALISTA E SUA PRÁTICA NO HOSPITAL**

**FORTALEZA  
2015**

GARDÊNIA HOLANDA MARQUES

A RESPONSABILIDADE DO ANALISTA E SUA PRÁTICA NO HOSPITAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins

FORTALEZA  
2015

# **GARDÊNIA HOLANDA MARQUES**

## **A RESPONSABILIDADE DO ANALISTA E SUA PRÁTICA NO HOSPITAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Linha de pesquisa: Psicanálise, Práticas Clínicas e Epistemologia das Psicologias.

Data da banca: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Karla Patrícia Holanda Martins (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Camilla Araújo Lopes Vieira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Clara Virginia de Queiroz Pinheiro  
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

---

Prof<sup>º</sup> Dr<sup>º</sup> Vinicius Anciaes Darriba  
Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

- 
- M317r Marques, Gardênia Holanda.  
A responsabilidade do analista e sua prática no hospital / Gardênia Holanda Marques. – 2015.  
100 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2015.  
Área de Concentração: Psicologia.  
Orientação: Profa. Dra. Karla Patrícia Holanda Martins.
- 1.Pacientes hospitalizados – Psicologia – Brasil. 2.Hospitais – Brasil – Aspectos psicológicos.  
3.Hospitais – Equipe médica – Brasil. 4.Análise do discurso. 5.Psicanálise – Brasil. I. Título.

---

CDD 362.1968914

Ao meu avô, Vêi Chico, por todo o incentivo na minha vida  
acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

Aos amigos que ganhei na faculdade e que permanecem na minha vida, Diana, Isabela, Maria Auxiliadora (Suli) e Natercio, por, juntos, construirmos um caminho incerto em um hospital, mas desejoso em torno da nossa principal ferramenta de trabalho - a escuta. Em particular, agradeço:

À Isabela, pelo amor que ultrapassou barreiras consanguíneas e, assim, orgulhosamente, tê-la como irmã. E a toda sua família por ter me permitido fazer parte.

À Diana, pela amizade tão preciosa que foi construída com dedicação, companheirismo e respeito ao longo desses anos e que, certamente, permanecerão por todos os dias futuros.

À Suli, pela doçura e carinho. E, também, pelas ausências que só fizeram aumentar a saudade de alguém que se tornou companheira durante o longo percurso da graduação.

Ao Natercio, amigo de todas as horas. Obrigada por todo o apoio em dias nada fáceis e dias felizes, obrigada pelo amor, pelo cuidado e por todas as conversas jogadas ao tempo.

À Professora Dr<sup>a</sup> Camilla Lopes, por ter apostado em nós e ter nos inquietado com suas orientações e questionamentos pertinentes sobre os sujeitos presentes no hospital. Fico muito feliz por ter aceitado participar desta banca examinadora, já que também foi essencial na minha formação acadêmica. Para além de sua função como educadora, agradeço pela amizade, pela inspiração e pela presença em meu caminhar.

Ao Professor Dr<sup>o</sup> Luis Achilles Furtado, dedico os meus primeiros passos em psicanálise, que foram fomentados pela paixão e coerência ética em suas aulas. Para fora da Universidade, agradeço pela confiança, pelo respeito e carinho conquistados a cada dia. E, junto à Camilla, agradeço por terem me permitido acompanhar o crescimento da Isadora.

À Professora Dr<sup>a</sup> Rita Helena Gomes, pela delicadeza e pelo carinho, que extrapolaram os muros universitários e ainda se faz presente.

À minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup> Karla Patrícia Martins, por ter aceitado construir esta pesquisa e, principalmente, por ter me escutado em um momento onde não podia ir mais. Certamente, isso foi amparador e decisivo para continuar.

À Professora Dr<sup>a</sup> Clara Virgínia Queiroz, pela simplicidade e leveza nas contribuições da qualificação, e pelo aceite em dividir comigo esse momento tão importante.

Ao Professor Dr<sup>o</sup> Vinicius Darriba, que, de tão longe, mas perto pelo desejo, se fez presente nas contribuições desta pesquisa como membro da banca examinadora.

À Lia Silveira, pelas contribuições iniciais na pesquisa e pelas supervisões em momento outro, que foram fundamentais para continuar seguindo em frente com meu desejo.

Aos meus tios, em Sobral, Francisca e Zé, pelo apoio e acolhimento durante a realização do meu curso de graduação. À minha prima Conceição, pela amizade que se tornou especial.

À minha cunhada, Natália Silva, por ter me apoiado em momentos dolorosos no decorrer da pesquisa, que foi essencial para nossa aproximação.

À amiga Silvia Lemos, pelo apoio, escuta e, principalmente, pelo carinho dado sem nada em troca.

Às minhas colegas de mestrado, Emilie Fonteles e Erika Dauer, por partilharmos das angústias e descobertas provenientes de nossas investigações e questões pessoais. Em especial, à Renata Carvalho, por todas as horas de conversas, por todas as nossas criações poéticas em momentos de angústia, pela amizade conquistada nesse curto período de produção e pela certeza do carinho que se estenderá por mais e mais tempo.

Aos meus queridos Edmilson Jr e Rafael Sales, pelos dias de trabalho exaustivo em torno de uma pesquisa longa que nos fez nos aproximarmos. E por todas as palavras sobre amor trocadas em uma tarde que pedia mais.

Aos amigos que encontrei ao longo da vida e que foram importantes para que eu pudesse continuar acreditando e seguir em frente: Ana Beatriz, Denis Damasceno, Elano Aragão, Felipe Barroso, Glauco Batista, João Carlos, Mariana, Nila Mara, Paulo Henrique Portela, Raquel Alexandre e Maria Vanesse.

Ao meu pai, de quem herdei o gosto pelos livros.

À CAPES, pela concessão da bolsa que subsidiou este trabalho no programa de Pós-graduação em Psicologia e ao Helder, funcionário exemplar que sempre nos auxilia.

“Te trazem as flores nas mãos.  
São essas. Presta atenção!  
Aqui. Olha!  
Essas... não vês?!”  
As flores não são nada além do que fazes com elas.  
A realidade não é o que existe  
é o que a gente deixa existir.  
Toma,  
que a palavra é uma flor negra que se abre,  
raiz de uma árvore secular  
que não pára de pulsar,  
a se expandir e a se curvar.”

(Léo Mackellene)

## RESUMO

A entrada de psicanalistas na instituição hospitalar inicia-se, predominantemente, no final da década de 70. As diversas produções acadêmicas que versam sobre as relações entre a psicanálise e seu trabalho clínico no hospital apontam para uma questão que insurge da prática de cada analista inserido nesse espaço, questão que advém da sua relação com o desejo. Consideramos que a escuta analítica como ferramenta utilizada para possibilitar ao paciente um modo de elaboração outro sobre o seu sofrimento coloca em jogo a responsabilidade do analista em sustentar sua práxis. Nesta perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo realizar um estudo sobre a noção de responsabilidade para a psicanálise e questionar os desafios da mesma na instituição frente à hegemonia do discurso médico, assinalando que a sustentação de seu ato se torna possível com a relação transferencial. O método utilizado para atingir tais objetivos foi a revisão bibliográfica e o estudo de vinhetas clínicas. Realizamos ainda um estudo de estado de conhecimento sobre as produções da última década sobre psicanálise e hospital; em seguida elaboramos a noção de responsabilidade para a psicanálise e contextualizamos a prática do analista no hospital. Finalizamos a pesquisa com vinhetas que colocavam em questão a responsabilidade do analista e seus efeitos. Os resultados dessa pesquisa concluem que a responsabilidade do analista é em relação ao inconsciente e que a posição do analista e sua ética podem possibilitar o acesso a um saber do inconsciente.

**Palavras-chave:** Responsabilidade, Analista, Hospital, Discurso médico, Psicanálise.

## **ABSTRACT**

Psychoanalysts have begun to work at hospital institutions predominantly in late 70s. Various academic productions that deal with the relationship between psychoanalysis and its clinical work in the hospital point to an issue that emerge from the practice of each analyst inserted in this space, an issue that emerge from their relationship with desire. We consider that analytic listening, as a tool used to allow patients a different way to elaborate their suffering, brings into account the analyst's responsibility to sustain their praxis. In this perspective, this paper aims to conduct a study on the notion of responsibility for psychoanalysis and to question its challenges in hospital institutions facing the hegemony of the medical discourse, considering that the sustenance of psychoanalysis' act becomes possible through transference relationship. The method used to achieve these goals was literature review and the study of clinical vignettes. We also performed a study on the state of knowledge of the productions of the last decade on psychoanalysis and hospital; then we have elaborated the notion of responsibility for psychoanalysis and contextualized the practice of the analyst in the hospital. We have finished the survey with vignettes that put into question the responsibility of the analyst and its effects. The results of this research imply that the responsibility of the analyst is in relation to the unconscious and that the position of the analyst and his ethics can provide access to a knowledge of the unconscious.

**Keywords:** Responsibility, Analyst, Hospital, Medical discourse, psychoanalysis.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
2	A PSICANÁLISE NO HOSPITAL E AS QUESTÕES ENDEREÇADAS .....	18
2.1	Estado de Conhecimento: a produção teórica da psicanálise no hospital entre os anos de 2000 e 2014 .....	18
2.2	Os indícios da responsabilidade.....	29
3	A RESPONSABILIDADE DO ANALISTA .....	38
3.1	Seguindo Freud: considerações iniciais sobre a responsabilidade do analista .....	38
3.1.1	<i>Freud e a noção de responsabilidade na segunda tópica</i> .....	46
3.2	Considerações lacanianas sobre a responsabilidade do analista.....	53
4	A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	63
4.1	A construção dos dispositivos clínicos no hospital.....	65
4.1.1	<i>Breves apontamentos sobre o hospital e as práticas médicas</i> .....	65
4.1.2	<i>Os dispositivos clínicos no hospital</i> .....	70
4.2	A responsabilidade do analista no hospital .....	74
4.2.1	<i>Da transferência</i> .....	79
4.2.2	<i>O não-saber</i> .....	82
4.2.3	<i>A questão da escolha</i> .....	86
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	90
	REFERÊNCIAS .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

A escrita de uma pesquisa remete a caminhos diversos. A escolha de um deles é necessária para nortear o trabalho e o pensamento. No entanto, a escolha advém da relação do pesquisador com sua história de vida. Caminho que ora é retilíneo, ora íngreme; o que provoca, em alguns casos, a desistência ou a busca de um novo rumo a seguir. Daí, a pesquisa ser marcada pela singularidade de quem escreve. Freud apresenta a psicanálise ao mundo a partir de sua experiência clínica, primeiro enquanto médico, depois como psicanalista. Seu percurso foi marcado por idas e vindas, avanços e retrocessos, pausa e elaboração e, muitas vezes, perpassado pela sua experiência de dor pela morte de seus familiares. E foi através dos equívocos, dos atos falhos e do desconhecido que foi possível a constatação de um saber outro diferente da ciência predominante na época.

A proposta desta dissertação iniciou-se em meu percurso clínico no curso de psicologia, no qual tive a possibilidade de realizar um trabalho na área da saúde. Durante quatro anos da graduação em psicologia, desenvolvi atividades em um Hospital-Escola no interior do estado do Ceará, através de um projeto de extensão denominado Liga de Psicologia Hospitalar de Sobral (LIPHS). O trabalho da Liga efetivou-se através de discussões teóricas e trabalhos em campo no ambiente hospitalar, bem como atuou no sentido de ampliar e aprofundar a formação do estudante de psicologia nas áreas clínica, hospitalar e de saúde pública. O projeto tinha como objetivos gerais “capacitar estudantes de psicologia no conhecimento científico em psicologia hospitalar, bem como criar espaços de escuta psicológica no hospital através de visitas ao leito, participação em grupos de estudo e estudos de caso” (MARQUES; VIEIRA, 2012, p.98).

Essa experiência marcou meu primeiro momento como ouvinte de um possível saber inconsciente. As minhas primeiras questões surgiram enquanto estudante de psicologia atravessada pela psicanálise. A dificuldade inicial da minha prática na instituição hospitalar foi de identificar o que era referente à psicologia e à psicanálise. Alberti & Almeida (2005), ao iniciarem suas atividades em hospital, precisaram esse momento como fundamental para a inserção da psicanálise ali. A partir das delimitações desses dois saberes, foi possível construir uma prática de escuta do inconsciente.

Colocar-se à escuta do que se diz e do que nós mesmos dizemos, fazer a experiência do discurso, é fazer também a experiência do Inconsciente, que só é estruturado como uma linguagem pelo fato de que é seu efeito, o reflexo ao avesso do discurso dominante, enquanto este é constituinte do recalçamento. (CLAVREUL, 1978, p. 35)

Quando um psicanalista assume uma função de escuta clínica na instituição hospitalar, é contratado, na maioria das vezes, como psicólogo. Porém, outros profissionais podem ser sensíveis à escuta do inconsciente. Contudo, espera-se que ele seja respaldado por um código de ética profissional que indica caminhos e normas a serem cumpridos. Exige burocratizações como realizar anotações em prontuários, fazer notificações, entre outros. O Código de Ética do Psicólogo (2005) expressa uma concepção de homem e de sociedade que determina a direção das relações entre os indivíduos. Traduz-se em princípios e normas que devem se pautar pelo respeito ao sujeito humano e seus direitos fundamentais. Em contrapartida, Freud (1933[1932]/1996) afirma que a psicanálise não é uma visão de mundo, não expressando, portanto, uma concepção de homem e de sociedade, mas de sujeito. No entanto, Freud (1923[1922]/1996), ao tomar a clínica como descoberta, anuncia que a psicanálise não se refere apenas à psicoterapia, e que ela deve ser construída na relação com o inconsciente. Lacan e Freud sempre nos alertaram que a psicanálise deve acompanhar as mudanças subjetivas de nossa época. A psicanálise deve lidar com o real que se lhe apresenta. Portanto, parafraseando Lacan, não recuemos diante da instituição.

A presença do analista – apontado por Lacan (1964a) – é um termo utilizado para colocá-lo no campo de uma função para firmar uma presença simbólica que testemunha a presentificação do inconsciente. Por isso, sua presença é importante para estabelecer um vínculo transferencial responsável por produzir possíveis efeitos analíticos.

Foi durante meu trabalho na instituição, seja como extensionista, seja como estagiária de psicologia, que a questão da responsabilidade do analista apareceu. Nesse período, o contato com outros profissionais foi vivenciado por algo inquietante que se apresentava no discurso da equipe. Tal discurso é sustentado pelo paradigma de uma ciência que busca aliviar o sofrimento e salvar vidas, e, para alcançar tal objetivo, se utiliza de métodos objetivos e claros. Quem responde por isso é o médico, já que ele é o responsável direto pelo paciente na instituição de saúde. As formas de se conseguir tal objetivo não consideram a escuta do sujeito do inconsciente, visto que é um objeto de pesquisa distinto do objeto da equipe e que levaria a uma condução de tratamento laboriosa e dispendiosa. O que se tenta justificar é um ideal de bem-estar ocasionado pelo tratamento e que é essencial para a manutenção da vida. A equipe cola no significante saber ordenado pelo campo da Saúde pública, e dirige sua conduta para alcançar tal fim. Sendo assim, o analista,

na instituição, [...] está entre muitos “técnicos”, e não se trata de fazer valer ali a sua especialidade, tomando a instituição como sala de espera de seu consultório, mas de

sustentar uma prática fundada em uma ética que coloque o sujeito, sua fala, seus atos como eixo do trabalho clínico. (RINALDI, 2011, p. 182)

Se o trabalho do analista é possível no hospital (ALBERTI, 2008; MORETTO, 2006; FIGUEIREDO, 2004; BARCELLO, 2010), como se daria a sustentação da sua responsabilidade? Qual o limite de sua atuação e em que se baseia para responder sua práxis, levando em consideração que seu fazer na instituição é transversalmente atravessado por uma primazia do ideal de saúde?

Podemos relacionar a responsabilidade do analista à sustentação de uma ética que lhe é própria e que implica em diferentes “eixos do trabalho clínico” na instituição, pois visa a algo da singularidade constituinte do sujeito. Vieira e Reis (2011), ao apresentarem sua experiência da psicanálise em comunidades, consideram a dificuldade de encontrar um lugar em que seja considerado o sujeito e sua divisão subjetiva. A pretensão dos autores é construir um lugar em que isso seja possível articular em fala. “Ao nomear o que não tem nome, o sujeito pode encontrar um lugar para o estranho que o habita e, com isso, ficar menos refém da sua própria divisão. Apostamos que essa fala possa ser uma invenção do sujeito em lidar com os impasses que o mundo lhe apresenta” (VIEIRA & REIS, 2011, p. 168). Assim, a presença do analista no hospital marca a responsabilidade de sustentar sua clínica, clínica da escuta do sujeito do inconsciente.

Estando no hospital, a psicanálise abre para o paradoxo contido na exposição do saber ditado pelas normas institucionais/médicas, e no saber construído pelo sujeito. Frente a esse dilema entre o saber institucional e o saber do sujeito, utilizamos vinhetas clínicas para “problematizar a generalização necessária à teoria, explodindo a imaginarização de universalidade da teoria sempre avessa à presença do singular surpreendente implicado no inconsciente” (VORCARO, 2010, p.18), e abrindo espaço para que o sujeito mostre a solução encontrada nos impasses da prática da psicanálise no ambiente hospitalar, produzindo um saber sobre seu sofrimento.

A aposta de Freud em considerar a escuta dos pacientes possibilitou a construção da psicanálise. É uma aposta na medida em que as históricas indicaram a Freud o caminho da escuta constituída através da associação livre. Essa é, sem dúvida, uma das orientações principais da psicanálise. Sabe-se que a psicanálise trata

de um corpo do conhecimento que, ao mesmo tempo em que se constitui como um método de pesquisa sobre a subjetividade, também é uma teoria e uma forma ética de tratar essas questões. Questões que não foram simplesmente inventadas pela teoria, mas, antes, possuem existência concreta, pois foram trazidas para a clínica por aqueles que buscam saídas para os impasses encontrados entre suas expectativas e as do discurso social especialmente comandado pela ciência (PINTO, 2008, p. 70).

Se há especificidade na pesquisa em psicanálise, ela decorre da mudança na forma de produzir a questão e, conseqüentemente, nos meios de recorte do objeto a ser estudado. Essa forma de produzir uma questão, como por exemplo, “o que você quer? Qual o seu desejo?”, segundo Poli (2008) alude “necessariamente uma mudança na implicação, no *topos* de onde pesquisador/analista se situa nessa produção” (p. 5). A implicação na pesquisa ou no tratamento remete à responsabilidade de sustentar um lugar no imaginário que não é ocupado, no caso da psicanálise, pelas certezas apriorísticas, mas por incertezas constituídas pela realidade do inconsciente que é o “puro real<sup>1</sup>”, como afirma Lacan (1936/1998).

Poli (2008) acrescenta que a pesquisa em psicanálise, ao se desfazer das certezas apriorísticas, deixa-se apanhar pelo enigma da enunciação, possibilitando a operação simbólica da castração, ou seja, permitindo que o “não-saber” também seja considerado na pesquisa.

O discurso científico, ao se basear em certezas, constitui um imaginário teórico, atrelando o saber a uma verdade, pois

A clínica psicanalítica nos mostra que uma verdade é um exercício de construção, o que significa que - por ser uma construção - ela não é absoluta: é não toda. Ao depender da constituição de uma ficção compartilhada para sustentar uma verdade, reconhecemos que, desse lado, estamos no campo da falta, do não todo, pois aí dependemos do exercício da fala. É nesse sentido que ali vemos surgir a referência à ética, na medida em que a construção ficcional que sustenta o sujeito na vida implica seu desejo, instituindo a direção de sua experiência. (COSTA, 2009, p. 244).

A psicanálise como método de pesquisa nos incitou a construir essa investigação frente às inquietações dos vários casos e escutas que outrora experimentamos no hospital. A manifestação do inconsciente, de diversas formas, nos faz refletir e questionar sobre a ética da psicanálise no hospital, tendo em vista o modo como iremos extrair, desses casos, o que é importante ou transmitido pela psicanálise, ou, ainda, o que, de cada caso, representa a responsabilidade para a psicanálise na condução do tratamento clínico em meio a uma instituição hospitalar.

Considerar a prática clínica em detrimento da teoria nos coloca em oposição, mas não necessariamente excludentes ao discurso da ciência, pois o que está em jogo nessa oposição são os diferentes métodos na produção de saber. Segundo Freud (1915/2004), enquanto o discurso da ciência é edificado por conceitos básicos, claros e definidos, a psicanálise opta pelo oposto, por ideias com certo grau de indefinição e sem uma delimitação

---

<sup>1</sup> A noção de real empregada ao longo do texto remete ao mal-estar, como impossibilidade de dizer, de narrar e de nomear. Vinculado ao sofrimento, refere a algo singular que porta o saber de cada sujeito. Sendo assim, o real apresentado no sofrimento incide sobre algo da verdade não-toda, mas passível de construção de novas formas de contornar o insustentável.

clara de seu conteúdo e, enquanto elas ficam nesse estado, há a possibilidade de revê-las e remeter à experiência da qual derivaram.

E, assim, poderão, no futuro, reverter-se a conceitos claros sem contradição:

a pesquisa em psicanálise, sem dúvida alguma, não é a mesma coisa que a pesquisa quantitativa ou qualitativa, que visa, em seus resultados, uma formalização. Ela põe em jogo o saber, deslocando-o. Funda-se, portanto, naquilo que o discurso analítico faz que retorne sobre a própria psicanálise e, conseqüentemente, sobre o psicanalista, constituindo-se como um trabalho que se efetua na e sobre a prática, ou seja, um trabalho que permite uma articulação que retira do isolamento a teoria e a prática – não para lançá-las em uma relação dual e sem furos, mas, antes, sempre às remetendo à sua dimensão real. (LOPES, 2011, p. 138).

Se nossa questão parte da clínica, então é a partir dela que iremos problematizar e encontrar nomeações para o encontro com o real. Na medida em que não conseguimos dar conta da nossa experiência, fomos conduzidos pelos textos, pelos casos clínicos, pelas falas dos nossos pacientes, pelos “não-ditos”, pelo desejo. Embora saibamos que algum limite será dado devido às exigências acadêmicas e da própria linguagem, apostamos na descoberta de algo que vai além dos ditos, e se organizará em um lugar de enunciação do desejo do pesquisador.

É por meio das questões que foram colocadas até aqui, e do nosso desejo, que convidamos vocês a escutar a formulação e organização de pensamentos e ideias oriundas da minha prática na instituição hospitalar enquanto estagiária de psicologia no meu encontro simultâneo com a dor e a experiência do inconsciente. Neste caminho, encontramos alguns desafios inerentes ao próprio modelo institucional que, inicialmente, se mostrou resistente à prática da psicologia, mas com trabalho e desejo conseguimos construir um espaço da diferença, no qual o sofrimento é visto também através da fala.

Sendo assim, nosso objetivo é apontar a noção de responsabilidade da psicanálise, levando em consideração as especificidades na instituição hospitalar. O caminho escolhido para seguir com a pesquisa comporta três capítulos. No primeiro, realizamos um *Estado de conhecimento* sobre as produções teóricas que apresentam, em suas palavras-chave, psicanálise e hospital, a partir da catalogação de uma pesquisa em conclusão sobre o estado de conhecimento em psicanálise e saúde mental/saúde coletiva de 2000 a 2014. As produções foram analisadas com a intenção de definir e desenhar o que tem sido objeto de pesquisa nesse tema (psicanálise e hospital) para, em seguida, delinear a questão da responsabilidade no hospital. Os textos analisados nesse capítulo foram utilizados como referência no decorrer da dissertação.

A *Responsabilidade do analista* é desenvolvida no segundo capítulo, que está dividido em dois tópicos. Em um primeiro momento, apresentamos na obra freudiana como a noção de responsabilidade foi construída desde os textos de 1895 até seus últimos escritos. Em seguida, pontuamos considerações lacanianas sobre o tema.

O terceiro capítulo trata da *Clínica psicanalítica na instituição hospitalar*. Nesse , abordamos construções sobre as características do hospital, bem como da medicina e sua responsabilidade, posto que o discurso médico é o que predomina na instituição hospitalar. Tal construção tem o objetivo de caracterizar o lugar no qual a psicanálise se insere. Após essas considerações, traçamos a responsabilidade do analista na instituição.

## 2 A PSICANÁLISE NO HOSPITAL E AS QUESTÕES ENDEREÇADAS

Este capítulo tem por objetivo apresentar de forma sistemática as produções realizadas entre 2000 e 2014 sobre a psicanálise no hospital, e como os psicanalistas resolveram os impasses apresentados nesse novo espaço de atuação. A partir da pesquisa levantada, assinala-se a questão proposta por essa dissertação.

Realizamos a análise de alguns trabalhos relacionados à prática psicanalítica em hospitais gerais a partir de uma pesquisa sobre o “Estado de conhecimento das relações entre a psicanálise e a saúde coletiva: análise da produção científica publicada em periódicos nacionais entre os anos de 2000-2014”, coordenada pela professora Dr<sup>a</sup> Karla Patrícia Holanda Martins, da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tal pesquisa tem como principais objetivos analisar as contribuições da teoria psicanalítica à produção científica nacional no âmbito da Saúde Coletiva, em particular, da Saúde Mental, entre os anos de 2000-2014; investigar, a partir da frequência das publicações acadêmicas, onde estão concentradas a produção e publicação das produções; averiguar quais as prováveis problemáticas apontadas no âmbito das práticas clínicas e quais os avanços propostos; analisar e verificar as possíveis contribuições da teoria psicanalítica para o conhecimento produzido nas citadas áreas e, em particular, no campo das práticas clínicas.

A coleta dos dados deu-se em ambiente virtual (a partir da base de dados do *Scielo*, BVS, Plataforma *Lattes*) de referências, resumos e palavras-chave das publicações acadêmicas (artigos, dissertações e teses) oriundas de programas de pós-graduação de Psicologia do Brasil que apresentassem, em suas descrições, uma linha de pesquisa que contemplasse a articulação entre a teoria psicanalítica e o campo da saúde coletiva/saúde mental. Até maio de 2014, foram coletados 1077 (mil e setenta e sete) referências, das quais: 589 artigos, 361 dissertações e 127 teses;

### **2.1. Estado de Conhecimento: A produção teórica da psicanálise no hospital entre os anos de 2000 e 2014**

A entrada da psicanálise nos hospitais gerais brasileiros deu-se especialmente no final da década de 70, principalmente nas cidades do Rio de Janeiro e Belo Horizonte, a exemplo de Sonia Alberti e Consuelo Almeida, no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro e no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade

Federal do Rio de Janeiro; e, em Belo Horizonte, Marisa Decat, em 1978, foi convidada para ministrar um curso denominado “Casal grávidos” e, a partir desse curso, foi adentrando nas diversas enfermarias do hospital.

As dificuldades encontradas na construção de uma clínica psicanalítica nesses espaços foram relacionadas às resistências dos próprios analistas em aceitar a psicanálise fora do consultório privado e às das instituições que não acreditavam nos efeitos de tal clínica, bem como às dificuldades em elaborar uma produção teórica que justificasse a relevância e a pertinência do trabalho analítico nessas condições (MACHADO, 2012).

Para se construir um trabalho em extensão nesse campo, foram necessários longos anos de produção teórica e aposta na prática clínica. Alberti (2008) é categórica ao considerar que a contribuição da psicanálise no espaço institucional é válida quando “sustentamos nossas intervenções e propostas a partir de um aprofundamento cada vez maior da teoria psicanalítica.” (ALBERTI, 2008, p. 152). Prova disso são as produções realizadas até o momento acerca das práticas clínicas de orientação psicanalítica desenvolvidas no hospital geral em território brasileiro.

Dentre as produções catalogadas, 48 trabalhos estão relacionados à psicanálise e hospital, assim divididos:

Tabela 1- Panorama geral sobre a quantidade de produções bibliográficas entre psicanálise e hospital.

<b>Região</b>	<b>Artigos</b>	<b>Dissertação</b>	<b>Teses</b>	<b>Total</b>
<b>Norte –UFPA</b>	4	2	0	6
<b>Nordeste-UFC/UNIFOR</b>	4	4	0	8
<b>Sul–UEL/UFSC</b>	0	0	0	0
<b>Sudeste- UERJ/UFRJ/PUC-RIO</b>	12	14	4	30
<b>Centro-oeste- UNB</b>	3	1	0	4

Fonte: Desenvolvida pela autora a partir da referida pesquisa, 2014.

Os trabalhos foram analisados a partir dos resumos e palavras-chaves que destacam diretamente a relação da psicanálise e hospital. Constatou-se como predominante nas produções analisadas a utilização do método de pesquisa teórico-clínico, ou seja, as produções utilizavam tanto referências bibliográficas psicanalíticas quanto situações e casos clínicos advindos de sua prática. As obras de Freud e Lacan foram as mais recorrentes, abordando desde textos sobre os princípios fundamentais da psicanálise aos textos sobre a possibilidade da psicanálise fora do consultório ou psicanálise em extensão, como diz Lacan (1967). Foram encontradas cinco referências ao psicanalista Donald Winnicott (1896-1971), em trabalhos no Rio de Janeiro. A utilização desse autor é requerida ao tratar sobre superação

dos novos desafios que a clínica apresenta. Para tal, foram utilizados conceitos de sua teoria como *holding* e espaço potencial. Os casos clínicos ou vinhetas utilizadas nas pesquisas são fruto da experiência dos autores. Ressaltamos que, embora alguns textos não tragam explicitamente os casos clínicos, todas as questões trabalhadas nas pesquisas encontradas foram provenientes do trabalho dos autores em instituições hospitalares.

Na análise das produções, destacam-se três categorias: 1) *Relações com a medicina*. Esse tópico tem predominância na região Sudeste. Aqui, se observa as divergências e convergências entre a prática e os conceitos médicos e psicanalíticos; 2) *O lugar da psicanálise e do psicanalista no hospital*. Nota-se a predominância deste tema na região sudeste. A produção nessa categoria aborda a difusão da psicanálise no hospital, os dispositivos clínicos que a autorizam na instituição e as possibilidades da circulação do discurso analítico no hospital. A contribuição da psicanálise nesses espaços é afirmada como possível, mas há a preocupação com a construção dos dispositivos analíticos e a questão da ética, abordada a partir dos pressupostos teóricos freudianos e lacanianos. 3) *Escuta clínica*. Nessa categoria de análise, o sofrimento psíquico é colocado como objeto de interesse do campo psicanalítico, posto colocar em jogo sua relação com o inconsciente. Deste modo, a transferência é o operador conceitual e clínico para sua abordagem. No Norte e Nordeste, há uma maior produção percentual sobre esta categoria.

As categorias aparecem, na maioria das vezes, em correlação. Todavia, ao separá-las, estamos privilegiando o que aparece como objeto central de investigação; em outras palavras, pelo plano que o problema está sendo discutido intensamente.

Tabela -2 Quantidade de trabalhos com predominância na referida categoria de análise.

<b>Região/categorias</b>	<b>Relações com a Medicina</b>	<b>Lugar da Psicanálise e do psicanalista no hospital</b>	<b>Escuta clínica</b>
Norte	-	3	3
Nordeste	2	-	6
Sudeste	5	17	8
Centro-Oeste	-	3	1

Fonte: Desenvolvida pela autora a partir da referida pesquisa, 2014.

A seguir, discutiremos, a partir dos trabalhos encontrados, as principais questões levantadas nessa produção teórica em torno dessas categorias, com vistas a situar nosso objetivo nessa pesquisa de dissertação e traçar sua relevância e sua problematização.

a) *Relações com a medicina*

A psicanálise teve seu início nos espaços de exercício da clínica médica, com a observação atenta e sensível de Freud para algo que, nesse cenário, fazia enigma ao discurso científico dominante. Podemos sugerir que, talvez, por essa razão, repetidamente nos deparamos com uma necessidade, por parte dos psicanalistas, ao inserir-se nos hospitais, de delimitar e diferenciar o que é da alçada médica e da psicanalítica. Todavia, se a (con) fusão de línguas não pode ser negada, o trabalho de cada analista não dispensará a sua própria autorização. Operar como analista é sustentar sua responsabilidade pela experiência com o inconsciente.

Alberti e Almeida (2005), ao realizarem um histórico sobre a entrada da psicanálise no hospital, dividem-na em três tempos em relação à psicologia: 1º) Entre psicologia e psicanálise - um ideal?; 2º) Da psicologia à psicanálise - que articulação? E 3º) Um modelo clínico. Essa divisão temporal de trabalho da psicologia e psicanálise no hospital foi explorada pelas autoras com os tempos lógicos do Lacan: Instante de ver, compreender e tempo de concluir. O primeiro tempo revelou as demandas apresentadas ao psicólogo e ao psicanalista, que iniciavam sua prática na instituição; viam-se nessa fase as possibilidades de um trabalho a ser realizado na instituição. No segundo tempo, estabeleceu-se uma articulação entre o trabalho do psicólogo e do analista, a partir da criação de estágios com o intuito de uma formalização teórica acerca da clínica e suas especificidades na instituição hospitalar. E, por último, o terceiro tempo, a criação de um modelo clínico em comum para o atendimento no serviço de saúde a partir do referencial psicanalítico, clínica que coloca para o sujeito a possibilidade de se pôr a trabalho.

Bastos (2002), em sua tese, investiga a tensão crescente entre a prática médica e a biotecnologia. Sublinha que, ao se alinhar a um discurso científico para legitimar sua prática, a medicina exclui do seu campo a subjetividade. A partir dessa problematização, a autora contrapõe, epistemologicamente, a psicanálise e a medicina, tendo como recorte o corpo e a subjetividade. Considera, ainda, que a psicanálise se ampara no sujeito do inconsciente para a produção de um saber sobre o corpo, diferentemente da medicina que se sustenta em um saber *a priori*.

Alberti *et al.* (2011) apontam para as consequências dessa exclusão da subjetividade pela medicina, e sua apropriação por parte da psicanálise. Esse fato é o que irá diferenciar a direção do tratamento por ambos. Serra (2009), ao abordar as possíveis relações entre a medicina e a psicanálise, investiga, no contexto histórico e discursivo, as condições que permitiram à medicina alinhar-se ao discurso científico, ao mesmo tempo em que busca vislumbrar a psicanálise nesse contexto, destacando suas diferenças e similitudes com a prática médica. As consequências da prática dessas duas clínicas são experimentadas pelos pacientes na medida em que o ideal de cura e sofrimento é tratado sob diferentes perspectivas, a partir de uma estrutura diagnóstica (TEIXEIRA, 2002).

Tal diagnóstico consiste na própria diferença de tratamento quanto ao campo de atuação. Para a medicina, o que interessa é o paciente, sua doença; para a psicanálise, o que está em jogo é o sujeito do inconsciente (ABERTI *et al.*, 2011). Se há uma diferença constitutiva entre essas práticas, a questão que deveríamos colocar seria: “qual o limite de cada prática e o que cada uma pode fazer dentro da instituição?”; questão que abre para pensarmos a responsabilidade da psicanálise nesse contexto, sem procurar diferenças ou similitudes entre ambos, mas procurando analisar as consequências éticas da prática psicanalítica nesse campo de atuação.

A maioria da produção bibliográfica enquadrada nessa categoria de análise, “*Relações com a medicina*”, utiliza o texto freudiano de 1917, *Psicanálise e Psiquiatria*, para reafirmar a oportunidade desses dois campos “se influenciarem reciprocamente, de uma competir com a outra e de se aliarem no rumo de uma conclusão” (FREUD, 1917/1996, p. 252). Com isso, os autores ressaltam a possibilidade do trabalho da psicanálise e da medicina no contexto hospitalar, embora considerando que os recortes metodológicos são distintos.

Lacan também é citado pelos autores através dos seus textos *Psicanálise e Medicina* e *O seminário, livro 17*. Tais obras são recorridas com a intenção de estabelecer as diferenças entre as demandas dirigidas ao médico e ao analista. Vale retomar as palavras do próprio Lacan: “O mundo científico verte entre suas mãos um número infinito do que pode produzir como novos agentes terapêuticos, químicos ou biológicos, que coloca à disposição do público, e pede ao médico, como se fosse um distribuidor, que os ponha à prova” (1966, p. 3).

Assim uma das diferenças entre a prática médica e analítica é o modo como cada uma responde à demanda do paciente. Resposta que fará a diferença entre a responsabilidade da medicina e da psicanálise, ao apontar sobre as especificidades da prática de cada um. Com

isso, faz-se necessário que cada psicanalista se responsabilize pela sua experiência. Temos uma tendência a pensar que, no hospital, frente à hegemonia de um discurso que, em geral, aspira ao apagamento dos rastros da aparição do sujeito do inconsciente, o psicanalista terá desafios maiores em sua prática, dado aos atravessamentos institucionais em jogo instituídos pela sua própria lógica normativa. Todavia, este ‘lugar’ é sempre a ser construído. Essas questões movimentaram os analistas a retomarem conceitos essenciais da clínica psicanalítica para pensar a construção do seu lugar na instituição hospitalar. Por este motivo, elegemos esta questão para nomear a nossa próxima categoria e o que é discutido em torno da mesma.

*b) O lugar da psicanálise e do psicanalista no hospital*

Em relação a essa categoria, encontramos um maior número de produções (23). Os analistas tentam definir o lugar a que estão destinados na instituição para não cair em armadilhas institucionais que primam pela eficácia no atendimento baseado em parâmetros de curto período. As questões se apresentam sobre a possibilidade da circulação dos dispositivos analíticos no hospital, discussão acerca dos impasses e avanços na equipe multidisciplinar e os efeitos que tal prática impõe. O psicanalista, uma vez inserido nesse espaço, “deverá estudar a melhor forma de sua intervenção, pois sua relação com o hospital é contingente” (ALBERTI, 2002, p. 39).

Para introduzir a questão da psicanálise fora do consultório privado, os pesquisadores buscam em Freud (1919) a justificativa para sua legitimação, quando este já previa que a psicanálise alcançaria um grande número de pessoas e não se restringiria apenas às classes abastardas, ou seja, apostava na possibilidade do trabalho de psicanalistas em instituição. As citações se organizam em torno das seguintes palavras de Freud:

Quando isso acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para as quais serão designados médicos analiticamente preparados, de modo que homens que, de outra forma, cederiam à bebida, mulheres que praticamente sucumbiriam ao seu fardo de privações, crianças para as quais não existe escolha a não ser o embrutecimento ou a neurose, possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente. Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que o Estado chegue a compreender como são urgentes esses deveres. (FREUD, 1919/1996, p. 180)

Pensar a psicanálise nesses espaços institucionais exige do analista, como aponta Machado (2012), sua responsabilidade quanto à sua própria formação e à formalização da práxis do analista. O texto freudiano é novamente buscado pelos autores quanto à indicação

de Freud (1919/1996, p. 181) de que “a questão então que teremos que nos ocupar é a de adaptar a nossa técnica às novas condições”.

“Que condições mínimas seriam essas?”, perguntam-se os autores. Machado (2012) aborda o lugar da psicanálise no hospital através de três vertentes: a ética, o discurso e as especificidades da psicanálise. A ética relaciona-se com a perspectiva freudiana e lacaniana de considerar o desejo de cada um. Assim, deve-se tratar do particular e não do universal como, por vezes, é exigido da equipe de saúde. A pesquisadora discute as diferenças entre o discurso analítico e o discurso médico, enquadrando este último no discurso do mestre tratado por Lacan no *Seminário, livro 17*. Segundo ela, é necessário situar as diferenças entre os discursos da medicina e da psicanálise, para situar e fundamentar distanciamentos entre os dois campos e, assim, ter condições de reconhecer a psicanálise como um modo específico de clínica. Também temos o trabalho de Rego (2013), que se utiliza da teoria dos discursos para introduzir a noção de transferência e a posição do analista no hospital.

Para tratar destas especificidades, Machado (2012) retoma o livro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, de Ana Cristina Figueiredo, fruto da sua tese de doutorado sobre as condições do trabalho do analista em ambulatórios públicos de saúde e publicado em 1997. É pertinente afirmar que o referido trabalho de Figueiredo é citado por todas as produções que relacionam psicanálise e instituição hospitalar. Os elementos por ela apontados indicariam as especificidades da clínica psicanalítica, fundamentais à prática do analista em qualquer *práxis* clínica. Os alicerces de tal clínica são apresentados pela autora a partir dos *Artigos sobre a técnica*, de Freud, e do *Seminário, livro 11*, de Jacques Lacan. Os textos são tomados como essenciais para pensar a responsabilidade analítica sobre o inconsciente e os desdobramentos que isso produz. Ao se aproximar do tema de nosso objeto de estudo, apresentaremos a seguir algumas passagens do texto de Figueiredo.

Figueiredo (1997) aponta quatro condições mínimas para a clínica psicanalítica ocorrer na instituição. A primeira das condições faz referência à realidade psíquica, que é diferente da realidade material na qual trabalha a equipe de saúde. A realidade psíquica é marcada pelo desejo e pela fantasia, e é a única pela qual poderemos ter acesso ao inconsciente. A segunda condição revela a importância da fala articulada à transferência que é dirigida ao analista. A questão do tempo é a terceira condição. Nesse quesito, retrata que o tempo, para a psicanálise, é diferente do tempo cronológico, e afirma que os efeitos analíticos só podem ser observados num tempo a *posteriori*. Dessa forma, “temos a retroação de um tempo atual sobre o anterior, seja no trauma, na constituição da fantasia, no sintoma ou na

cena analítica. É sobre os efeitos de nossos atos e falas, e também dos atos e falas dos sujeitos, que podemos trabalhar” (FIGUEIREDO, 1997, p. 126).

E a última condição apontada refere-se ao desejo de analista. Este tem relação com o lugar vazio que o analista ocupa enquanto faz semblante de objeto *a* para que o analisante possa produzir seu próprio saber. O desejo de analista implica relação intrínseca com a própria análise do analista, pois é da experiência do inconsciente que se trata.

A análise dos textos da categoria apresentada apontou para uma produção significativa quanto ao tema da transferência na instituição hospitalar, embora não a tenham concebido como palavra-chave, mas representa uma noção assinalada por diversos trabalhos para tratar da condução do trabalho do analista no hospital. Sebba (2012), baseando-se em Freud, afirma que a transferência é a principal mola propulsora do tratamento analítico. Daí ser importante, dentro do contexto do hospital, trabalhar sua definição para manejá-la diante das especificidades que o lugar impõe. Rego (2013), em sua dissertação, aborda a transferência como o principal meio de produção de laço social na instituição, estruturando-a como um articulador dos laços de trabalho do analista com o paciente e com a equipe, efeito do trabalho de oferta de escuta, o que contribui significativamente para o analista “sustentar o lugar de endereçamento das questões do sujeito” (MACHADO, 2012, p. 104).

Quanto à temporalidade, o trabalho de Americano (2010) interroga a possibilidade de inserir outro tempo – o do sujeito – no atendimento hospitalar, marcado pela presença predominante de um tempo cronológico organizador do tratamento medicamentoso do paciente. Sendo assim, como a psicanálise conseguirá sustentar um tempo experimentado pelo sujeito do inconsciente? Americano (2010, p. 106) afirma que “para que se obtenha qualquer efeito de sujeito, é necessário implicar a temporalidade de cada um. O discurso do paciente é o que orienta o psicanalista na direção do tratamento conforme o tempo lógico.” Em outras palavras, o analista no hospital possibilitará ao paciente a elaboração de um tempo subjetivo que pode ou não coincidir com o tempo de permanência no hospital, e cujos efeitos são sentidos em um tempo *a posteriori*.

Chatelard e Machado (2013) apontam que o lugar da psicanálise no hospital pode ser legitimado a partir da função que ocupa e não de um lugar físico. Assim,

Para que a psicanálise possa estar nas instituições, é preciso que o analista assuma o risco de não distorcer os princípios psicanalíticos e de manter aceso seu desejo de psicanalista. Essas são condições essenciais para que determinada *práxis* seja analítica, o que, de fato, envolve a implicação do analista com as especificidades da sua clínica, que deve ocorrer em qualquer lugar onde ele atue. Isso significa que sua função não depende da localização geográfica, mas de sua formação. Assim,

concluimos que o analista opera a partir de um lugar que não é um espaço geográfico, mas um lugar enquanto função, um desejo, um discurso. Quando o lugar do analista não é definido pelo espaço físico, mas por aquilo que é sua função, ele é autorizado a sair do enquadre convencional. (CHATELARD E MACHADO, 2013, p. 465-466).

A percepção em torno do *lugar da psicanálise no hospital* aponta ainda para trabalhos referentes ao fazer do analista na equipe multiprofissional, já que o hospital é marcado por uma pluralidade de saberes. Rodrigues (2011) discute as possibilidades e dificuldades de um psicanalista, quando passa a compor uma equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes amputados em reabilitação com prótese. A autora afirma que o trabalho do analista na equipe é pontual, e são poucos os profissionais interessados em interagir com um novo saber, seja por conta do tempo que não permite ir além do que é programado, seja porque o sujeito não é considerado pela equipe, interessando apenas o paciente e sua doença. Alberti (2008) complementa que é difícil transmitir a ética da psicanálise nos diálogos com a equipe multidisciplinar. Entretanto, não se deve recuar diante dos obstáculos, pois o espaço da psicanálise nesse ambiente precisa “ser pensado como um espaço inequivocadamente necessário, apesar das exigências e peculiaridades que cria.” (ALBERTI, 2008, p. 151).

Tendo em vista as articulações realizadas acima, percebe-se uma questão acerca da responsabilidade do analista, que não parece ser uma preocupação direta dos psicanalistas nas instituições, embora perpassem seus questionamentos e sua prática. No artigo “Psicanálise: a última flor da medicina”, Alberti (2000) afirmou a necessidade de delimitar a ética da psicanálise das outras éticas abordadas na instituição, para contribuir com a legitimação da prática no hospital. Sua preocupação possivelmente se dava em relação a sustentar os atendimentos de acordo com a causa freudiana e, assim, formar a base de um trabalho que não mais identificava a psicanálise como ideal extra institucional (ALBERTI, 2008).

Percebe-se, então, nas produções catalogadas, uma tentativa de “dar conta” sobre a experiência do analista na instituição, a partir de um aporte teórico e clínico. Contudo, nos perguntamos: por que, repetidamente, precisamos discutir sobre a pertinência do lugar do analista no hospital? Há diferentes clínicas? Suas ordenações acompanham as especificidades dos espaços de atuação? Nos trabalhos analisados, a especificidade aparece relacionada à escuta do inconsciente a partir da construção de dispositivos clínicos ligados à instituição e correspondentes ao trabalho de cada analista presente neste espaço.

### c) *Escuta do inconsciente*

Segundo os autores, essa escuta possibilita aos pacientes a elaboração do sofrimento psíquico aliado à enfermidade, levando em consideração o inconsciente e a transferência (VASCONCELOS, 2011). A metodologia empregada nas pesquisas desta categoria foi realizada através de casos clínicos. Os autores consideram a construção do caso clínico uma elaboração do analista-pesquisador como uma tentativa de apreender o que emerge na relação transferencial: o sujeito. Sendo assim, consideram a pesquisa em psicanálise indissociada da prática e da clínica, também estando pautada na ética e no lugar do analista referente aos laços sociais (CARVALHO, 2010).

Percebemos, na análise das produções, a preocupação dos pesquisadores em investigar as implicações subjetivas dos pacientes atendidos no hospital em diversas enfermarias como a oncologia e o Centro de Tratamento Intensivo (CTI). Tal investigação se dá através da transferência instituída em meio aos laços presentes no hospital.

Para tratar da transferência, os autores utilizam Freud, em especial seus textos de 1912, *A dinâmica da transferência*, e 1914, *Observações sobre o amor transferencial*. No primeiro texto freudiano, Levy (2008) aponta a consideração de que a forma como cada um conduz sua sexualidade reverbera no modo como “cada indivíduo, em decorrência de influências inatas e adquiridas nos primeiros anos de vida, irá estabelecer um modo específico de conduzir a vida erótica, o qual será constantemente repetido no decorrer da sua vida.” (LEVY, 2008, p. 56). Inclusive, o modo como o sujeito se relacionará com o analista advém dessa repetição. É na relação transferencial que a fala opera, e, para tal, é necessário alguém que escute. A intervenção analítica, ao propiciar a fala do sujeito, leva-o a enunciar um corpo além do adoecimento, um corpo construído subjetivamente através da linguagem, expresso em sua história de vida, em seu desejo.

A escuta analítica pressupõe o uso da associação livre, da interpretação e da análise da transferência, como eixo fundamental da psicanálise. Quando nos referimos à peculiaridade da escuta analítica no hospital, estamos também falando de algumas diferenças nas formas de atuação, o que nos leva a pensar na relação transferencial estabelecida neste *setting*, com pacientes graves, em condições adversas. Porém, a psicanálise mantém uma posição que, mesmo diante de outros espaços, conduz a fazer um trabalho acessível ao social, às instituições públicas, com pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em que escutá-los, além de possibilitar o alívio dos sintomas, poderá levá-los ao encontro com sua subjetividade, em desejo saber sobre si. (LEVY, 2008, p. 78)

Em qualquer instituição pública de saúde, existem vários discursos que priorizam o corpo biológico, já que é função da mesma estabelecer a cura e o alívio dos sintomas orgânicos. Entretanto, Dall’Olio (2006) aponta que, ao oferecerem regras, normas e procedimentos para alcançar a saúde e bem-estar, esses discursos propiciam o apagamento do

que “singulariza e diferencia cada sujeito, pregando a indiferença aos conflitos, desejos e modos pessoais de existir [...] fragilizando, no sujeito, a responsabilidade de implicar-se na formulação de tais experiências” (DALL’OLIO, 2006, p. 93). Dessa forma, a autora propõe que a escuta – atravessada pela psicanálise – aponta o inconsciente atravessando os ditos que perpassam os discursos dominantes presentes na instituição e vai ao encontro de um saber que não está colocado universalmente. Daí, a posição de escuta do analista no hospital, segundo Dall’Olio (2006), ser construída a partir de cada caso sem padronizar atendimentos e direcionamentos do que se deve escutar, ou seja, o psicanalista escuta sem precisar nomear “como queixa o que o paciente está trazendo, pois a queixa, ela própria, pode ser um sintoma” (LEVY, 2008, p. 76).

Ao inserir-se nesses espaços multiprofissionais do campo hospitalar, a psicanálise abre para outra configuração da saúde definida e experimentada por aqueles que sofrem. Assim, “na especificidade da psicanálise, o desejo de falar do paciente deve encontrar, na escuta do analista, uma possibilidade fecunda de construção, tal como nos sonhos foi concebido por Freud” (LEVY, 2008, p. 70).

Oferecer escuta aos pacientes e fazer valer suas palavras “constitui-se em um meio crucial de dar-lhe o lugar, em que, se ele se depara com a aridez do que enfrenta, virá a se responsabilizar por sua condição inexorável de sujeito ao corpo.” (CASTRO-ARANTES & LO BIANCO, 2013, p. 2520). As referidas autoras complementam que a implicação dessa escuta acarretará efeitos tanto para o ouvinte quanto para o falante. Ao falar, o sujeito se depara com sua castração, com o real que incide no corpo, a doença. Com isso, tentará elaborar um saber que dê conta de seu desamparo diante do inominável. Ao analista, responsável pela escuta, a castração também aparecerá quando o lugar que oferece não tem garantias, mas há desamparo e fragilidade.

Nessa categoria de análise *Escuta do inconsciente*, percebem-se alguns indícios do tema da responsabilidade tratada a partir da escuta clínica de cada caso, com uma articulação, ainda que inicial, sobre como isso incidiria na prática no hospital geral. O trabalho de Castro-Arantes & Lo Bianco (2013) aponta a responsabilidade por um caminho da sustentação da palavra falada a partir da afetação do real do corpo. Essa noção psicanalítica, a partir da leitura empreendida na análise das produções expostas acima, revela uma ligação entre o inconsciente, a palavra e a escuta. A relação estabelecida tem, para o analista, uma posição de implicação com a ética que sustenta a psicanálise. Segundo Levy (2008), a particular posição

de escuta empreendida pelo analista permite-lhe ocupar um lugar, sem impedir que o paciente se movimente para onde lhe convier, e segue afirmando que

A escuta analítica abre uma porta, pois através da transferência, torna-se possível que o paciente simbolize seus afetos, se situe e se organize melhor, bem como, que ele se implique em seu processo de enfermidade e hospitalização [...]. A possibilidade de escutar as manifestações do inconsciente e, com isso, fornecer esta escuta como um espelho que reflita a própria fala do paciente deve ser o objetivo do tratamento analítico (LEVY, 2008, p. 81).

Seguir com o tratamento analítico é uma tarefa difícil por parte do paciente e do analista. Tratar desse mesmo tratamento no hospital torna-se mais laborioso pelo fato de, como já expomos anteriormente, no hospital geral o tratamento visar, em primeiro plano, o tratamento orgânico. Isso acarreta como consequência a possível exclusão no tratamento de uma subjetividade implicada no processo de adoecimento do paciente. Não obstante, com a entrada do psicanalista na instituição, há a possibilidade de resgatar tal subjetividade e de se fazer valer a escolha do paciente frente aos possíveis desdobramentos que o tratamento pode demandar. Sustentar tal posição em um ambiente predominantemente médico conduz a uma prática que legitime a responsabilidade do analista frente ao que lhe será demandado ao se oferecer dentro de uma instituição normatizadora.

## **2.2 Os indícios da responsabilidade**

A análise das produções realizadas permitiu um mapeamento de pontos inquietantes para alguns pesquisadores brasileiros, inclusive os nossos próprios. Dividi-las em categorias nos possibilitou definir a proposta da dissertação. A questão quanto à possibilidade do lugar do analista no hospital e suas diferenças em relação ao campo médico foram quase exaustivamente colocadas pelos diversos autores já citados anteriormente, afirmando a legitimação dessa prática no hospital, bem como seus efeitos observados a partir dos diversos casos e vinhetas clínicas trazidas pelas pesquisas empreendidas. As pesquisas analisadas serão utilizadas por nós no decorrer da produção da dissertação.

A preocupação com a responsabilidade do analista não nos parece de todo explorada na análise empreendida acima. Entretanto, os trabalhos de Castro-Arantes & Lo Bianco (2013), Dall'Olio (2006) e Levy (2008) aproximam-se da temática da responsabilidade, mas esse tema ainda se constitui como um ponto de opacidade ainda passível de investigação, posto que a perspectiva majoritária dos estudos deixa entrever um tom de crítica ressentida ao trabalho realizado pela medicina, sem uma problematização mais

efetiva do que caracterizaria a sua responsabilidade, bem como a responsabilidade do analista frente à sustentação de uma clínica que visa às formações do inconsciente nas condições do adoecimento corporal. Pesquisar a responsabilidade do analista no hospital justifica-se, ainda, pela nossa experiência no hospital no que se refere a uma prática permeada por um discurso predominantemente marcado por um ideal de saúde que prima a recuperação do corpo adoecido norteados por uma normalidade biológica instituída. A questão inquietante se faz em delimitar a responsabilidade do analista na instituição, bem como a possibilidade de sua sustentação nesse lugar.

Percebemos que, ao dividir e analisar as pesquisas bibliográficas em três categorias, três tempos se apresentavam, ou seja, as categorias de análise permitiram compreender um tempo de produção dos analistas quanto à sua prática no hospital. Consideramos, ainda, que o tempo a que nos referimos não se trata de uma ordem cronológica, até pelo fato das produções ocorrerem em diversos Estados do País, mas de um tempo outro, que se relaciona com a inserção dos analistas nas demais regiões do País. Um tempo de amadurecimento teórico e prático de cada analista inserido nesses espaços.

Os autores na categoria que definimos como “*Relações com a medicina*” procuraram visualizar o campo de atuação da psicanálise em um lugar com predominância de um discurso médico científico. Por ser um hospital, um campo essencialmente médico, a psicanálise, ao entrar nesse espaço, procura estabelecer as diferenças quanto à prática de cada um com a intenção de construir, posteriormente, um lugar propício a seu trabalho, ao mesmo tempo em que se visualizavam as diferenças entre a demanda médica e psicanalítica.

No segundo momento, as produções são organizadas para a elaboração de um “*Lugar do analista e da psicanálise*” na instituição hospitalar. Os autores empreendem uma legitimação pelo espaço do analista no hospital, visando articular a possível contribuição que o mesmo pode oferecer à instituição. Dessa forma, os analistas nessa categoria de análise contribuem para pensar os dispositivos clínicos nesse campo de atuação, sem perder de vista os fundamentos éticos que caracterizam a clínica psicanalítica, ao mesmo tempo em que estabelecem as especificidades da clínica nesse campo. Especificidades que, não necessariamente, impedem o trabalho do analista, mas possibilitam a criação de um lugar que visa o inconsciente.

Num terceiro tempo, percebe-se uma produção e uma prática voltada para a escuta do sofrimento psíquico e suas articulações com os conceitos fundamentais da psicanálise. Embora nas outras categorias a escuta, obviamente, estivesse presente, o que era considerado

nelas baseava-se na construção e na legitimação do lugar do analista na instituição a partir da práxis do analista. Nesse terceiro momento, as pesquisas encontram seu lugar clínico e sua importância frente ao sofrimento do paciente, e oferecem outra saída para lidar com o desamparo e a angústia frente à inevitabilidade da dor e da castração que permeia a doença. A escuta permite ao paciente a elaboração de vias para posicionar-se frente ao seu sofrimento. E, nisso, o analista é responsável, pois deve sustentar esse lugar de elaboração de saber que foge à objetividade reinante no hospital e abre para a construção de um saber daquele que sofre.

A análise teórica explorada nos trabalhos do tópico anterior permitiu concluir a importância da escuta clínica no ambiente hospitalar. Desse modo, nos questionamos: como se daria a responsabilidade do analista em sustentar tal trabalho no hospital tendo em vista que o seu lugar, o do analista, não está dado, e sua atuação perpassa o imaginário institucional que visa a promoção da saúde num tempo pré-determinado? Visualizamos então um caminho a percorrer, no qual a responsabilidade perpassa a sustentação do lugar do analista na instituição, a sustentação da sua fundamentação clínica – a escuta do inconsciente e a responsabilidade de assumir sua formação enquanto analista, fator importante àquele que pretende ocupar a função de psicanalista. Formação essencial na experiência com o inconsciente e que promove a utilização das diversas situações clínicas a que os analistas estão expostos no hospital.

Freud (1926/1996) sempre deixou claro que a formação de um psicanalista deveria ser trilhada por três caminhos indissociáveis: supervisão clínica, análise pessoal e estudos teóricos. Esses três elementos são fundamentais para a prática e a transmissão da psicanálise. Sendo assim, ao respeitar a formação pessoal do analista, a sua função pode ser sustentada independente do lugar que estiver inserido.

Embora no hospital o predomínio da prática esteja voltada para a medicina científica, que trabalha com um objeto palpável, observa-se algo que claudica e vem ao seu encontro, mas com isso ele não sabe lidar, uma vez que isso escapa ao discurso científico que prima pela objetividade do objeto e da teoria. O inconsciente, objeto da psicanálise, embora seja excluído pela ciência, se impõe a esta, segundo afirma Lacan (1969/2008), como um fato; fato esse que se faz observável na instituição hospitalar quando, por exemplo, o sujeito insiste em contrariar as normas, não tomando medicamento ou questionando a mudança de posição na organização hospitalar.

A psicanálise como método de pesquisa incita a construir uma investigação frente às inquietações dos inúmeros casos que outrora se escutou no hospital. A interrogação

instigada por todas as leituras realizadas e por nossa prática volta-se para um tema eminentemente clínico e ético da prática do analista que diz respeito sobre a sustentação de sua clínica na instituição: clínica perpassada pela responsabilidade do inconsciente<sup>2</sup>.

Forbes (2012), em sua tese, realiza um recorte teórico em Freud e Lacan, sobre a relação da responsabilidade e do inconsciente, assegurando que o primeiro abrange o segundo. O autor afirma que a psicanálise freudiana fez da sua clínica uma prática da responsabilização, e aponta em Freud dois momentos que correspondem à responsabilidade: a busca da singularidade do sintoma (no qual se depara com o limite da castração e busca um saber sobre isso), e sua implicação no mundo (a forma como se organizará frente ao estranho que lhe é íntimo). Dessa forma, a noção de responsabilidade está vinculada “à possibilidade de conduzir seu desejo ao mundo” (FORBES, 2012, p. 15). Responsabilizando-se por ele, “cabe a cada um colocar-se no mundo com a singularidade do seu desejo, desde o seu *unheimlich*: querer o que se deseja e, eventualmente, dizer o que se quer ou conduzir-se na sua direção” (FORBES, 2012, p. 14).

Forbes (2012) aponta que o *Seminário 11*, do Lacan, “*Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*”, é um importante momento para tratar da função da responsabilidade, ao apresentar os dois conceitos gregos *tiquê* e *automaton*, que são expressões da repetição. Esses termos “assentam o inconsciente no sujeito, singular, sem permitir que seja tratado como ocorrência geral, justificada” (FORBES, 2012, p. 16). Ao apontar essas duas expressões, Forbes constrói que a responsabilidade da psicanálise relaciona-se com o inconsciente na medida em que a responsabilidade é pelo saber que é revelado pela fala através dos equívocos de linguagem, lapsos, sonhos e atos falhos.

---

<sup>2</sup> Embora falemos sobre ética da psicanálise, o nosso trabalho se delimitará à questão da responsabilidade. Esta se inclui dentro daquela. Portanto, não são sinônimos, mas a responsabilidade do analista perpassa o campo da ética da psicanálise na medida em que sustenta o encontro com o real. Não se trata de uma ética na perspectiva filosófica que, segundo Abbagnano (2007, p. 380), apresenta duas concepções “1- a que considera que a conduta dos homens deve ser orientada por *meios* para atingir um *fim*, deduzindo tanto o fim quanto os meios da *natureza* do homem; 2- a que a considera como a ciência do *móvel* da conduta humana e procura determinar tal móvel com vistas a dirigir ou disciplinar essa conduta”. A primeira conceituação tem como norte um ideal próprio do homem cujo fim deve ser atingido. Na segunda, devem-se procurar as normas que de fato o homem obedece. Então o bem se conforma à norma no qual ele se exprime. Tais concepções filosóficas fogem da perspectiva que Lacan (1959-60) empreende sobre a ética da psicanálise, na qual apresenta relação com a falta. A ética da psicanálise “não se limita à experiência moral [...]. A atividade analítica o interroga acerca do seu desejo. E onde a moral poderia estar alocada numa perspectiva inteiramente diversa da do desejo, a elaboração psicanalítica localiza a sua gênese não em outro lugar senão no próprio desejo.” (MARTINS & DARRIBA, 2011, p. 206). Quanto à responsabilidade, Abbagnano define-a como “possibilidade de prever os efeitos do próprio comportamento e de corrigi-lo com base em tal previsão” (2007, p. 855). Sendo assim, a responsabilidade para a filosofia tem relação com a escolha a que se pretende seguir. E, para a psicanálise, remete à responsabilização por essas escolhas.

Se a responsabilidade da psicanálise é relacionada com o inconsciente, a responsabilidade do analista está em saber sustentar a posição do mesmo, ou seja, “o analista é responsável no limite de seu saber-fazer” (SOLLER, 2013, p. 17). Essa afirmação assinala para uma oferta do analista dirigida ao saber inconsciente, na qual Lacan afirma, em *Televisão*, trata-se de elucidar o inconsciente de que cada um é sujeito. Ato que pode ser feito em qualquer lugar, o que apresenta consequências tanto para o sujeito quanto para analista.

Garcia (2011, p. 38) indica que a responsabilidade dos analistas inseridos em hospitais gerais dirige-se “a alguém em estado de coma, de quem não ouve nem responde, tudo isso em virtude de uma responsabilidade que tem a ver com a palavra analítica”. A atuação em instituição abre precedentes para vislumbramos outros horizontes além dos instituídos, provocando confronto, interrogação e caminhos distintos, de acordo com a fala do paciente. Tudo isso sem insistência, pois se trata sempre de uma construção. O trabalho do analista, quer seja na instituição ou no consultório privado, perpassa o campo da ética e, como aponta Rocha (2011, p. 50), “(...) o psicanalista subsiste na cultura como emblema mesmo da responsabilidade implicada em todo ato e todo enunciado. É fundamental que ele esteja atento a um posicionamento solidário de sua ética, pois é somente nesse compromisso que se poderá demonstrá-la.”. Ou há o compromisso do analista em sustentar sua posição, fato pelo qual é responsável, ou não poderemos falar em efeitos analíticos. A efetividade do discurso analítico não é redutível à organização protocolar, o analista não tem um saber prévio, cabendo a ele analisar as vicissitudes de seu não-saber ou sua atribuição como suposto-saber para que não caia em armadilhas contrárias ao seu discurso.

A descoberta freudiana do inconsciente aponta para a construção de um sujeito que foge à racionalidade científica defendida pelo discurso médico contemporâneo. Com a nomeação do inconsciente, realizado por Freud, “um novo ouvinte é inventado, digamos, outro tipo de intérprete. Um intérprete, diz Lacan, que interroga o inconsciente como um saber”. (SOLLER, 2012, p. 33). Esse ouvinte é interrogado, através de uma relação transferencial estabelecida entre o psicanalista e o sujeito do inconsciente. O saber inconsciente, tratado por Freud, se faz presente desde que escutado em uma instituição ou consultório privado. Para trabalhar com ele, é necessária a presença do analista. Essa presença, obviamente, não é apenas física, antes uma função perpassada por um caminho trilhado por este.

Lacan, na proposição de 9 de outubro de 1967, concorda com Freud e destaca a psicanálise em extensão, para referir-se à prática da psicanálise fora do consultório ou nas

instituições. Para o autor, essa experiência da psicanálise presentifica-a no mundo, ou seja, para que a psicanálise possa ter efeitos, ela precisa estar presente. Em *Função e campo da Linguagem* (1953/2008), Lacan já indicava que os psicanalistas devem acompanhar a subjetividade de sua época, o que implica dizer que não é apenas transpor os elementos clássicos da clínica para a instituição, mas de construir um espaço no qual o psicanalista possa ocupar sua função diante do sujeito, o que implica uma questão ética, pois o que se refere Lacan é a função que o analista ocupa diante dos chamados e como responde a eles.

Moretto (2006) questiona-se quais as possibilidades do psicanalista no hospital. A partir de casos clínicos e de sua experiência no hospital, dirá que a psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório privado para descobrir

que o Inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala. Portanto, o manejo do discurso de um analisando, aquele que demandou saber, pode perfeitamente acontecer quando ele está num leito de hospital, e que este leito pode também ser, assim como é o divã ético, leito de se fazer amor de transferência (MORETTO, 2006, p.101).

O que o psicanalista deverá fazer, independente de estar em sua clínica privada ou na instituição, é permitir que o sujeito fale. A escuta do psicanalista deve atentar a uma atenção flutuante, e deve estar longe das influências externas, como nos aponta Freud: “ele deve conter todas as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à memória inconsciente... Ele deve simplesmente escutar...” (1912/1996, p. 126). Fazendo isto, o analista atende a uma das recomendações necessárias ao procedimento psicanalítico.

Já sabemos, como aponta Carvalho (2008), que, em um hospital geral, o analista não propõe, em determinadas situações clínicas, uma experiência analítica propriamente dita. Entretanto, o que um psicanalista pode fazer nessa instituição é criar um espaço que facilite a manifestação de algo da singularidade do sujeito. É por isso que dizemos que o lugar do analista no hospital deve ser algo em constante construção dentro da instituição, pois seu lugar não é previamente dado como o de outros profissionais, como o lugar do médico, da enfermeira, entre outros, mas é,

[...] antes, um “lugar atópico”, o que implica a contradição do uso conjunto desses dois termos. Ou seja, um lugar fora de lugar, deslocado, estranho. Um lugar sem lugar para o qual a Banda de Moebius é uma boa referência uma vez que mostra o “estar dentro e fora”. Construir esse lugar sem dar a ele qualquer espécie de consistência deixa o analista em uma posição nada cômoda, talvez se possa dizer, uma posição sempre deslocada, fora de lugar (CARVALHO, 2008, p. 93).

Assim, o principal direcionamento ao analista é “não perder de vista a orientação ética, que implica na escuta do inconsciente, a psicanálise pode estar presente em diferentes

espaços de atendimento, quer públicos, quer privados.” (BARCELLOS, 2010, p. 16). A ênfase é dada por Freud na “exigência de que ninguém deve praticar a análise se não tiver adquirido o direito de fazê-lo através de uma formação específica.” (FREUD, 1926/1996, p.225).

A posição do analista dirige-se para a escuta do inconsciente e as consequências que advêm disso. Soler (2012) aponta alguns caminhos para se pensar a relação da responsabilidade do psicanalista com o inconsciente. Segundo a autora, para que o inconsciente possa falar, é necessário um interlocutor que o escute. Confirma que o inconsciente já falava, antes de Freud, mas era escutado como algo diferente. O que se pretende alegar com isso é que a presença do analista no hospital geral pode não ser indispensável, mas permite a entrada de um novo discurso, que valoriza o sujeito e sua subjetividade manifesta em seu sintoma. Esse discurso introduzido na instituição legitima a posição do analista frente ao inconsciente.

O hospital geral não é, historicamente, um *locus* onde se busca tratamento analítico. Entretanto, sua presença, a do analista, pode demarcar um lugar para emergência do sujeito do inconsciente. Assim sendo, a demanda por uma posição do discurso analítico no hospital se faz pela oferta a que estão submetidos os que frequentam o hospital. Lembremos Freud (1917), em *Psicanálise e Psiquiatria*, que no hospital há a procura por um saber que minimize o sofrimento causado por uma disfunção orgânica. Entretanto, uma vez a presença do analista instaurado na equipe, outras demandas podem surgir. Isso pode representar uma diferença quando se observa, em relação a esse chamado, a partir de uma perspectiva psicanalítica, uma especificidade do trabalho do psicanalista na instituição: acolher e diferenciar as demandas da equipe e a do paciente que será escutado (BARRA, 2013).

Diferenciar e acolher as demandas estão de acordo com o fato de que “nem todo sofrimento é sintoma, que nem todo sofrimento é mensagem do inconsciente, ainda que todo sofrimento comporte uma implicação do sujeito a partir da qual o analista pode intervir” (SOLER, 2012, p. 44). Isso abre caminhos para oferecer a escuta na instituição, embora reconheça, inicialmente, na fala dos pacientes, o padecimento e as angústias que o acompanham em sua doença. Elaborar tais falas na presença de alguém que escute, mesmo que não se possa destituir de sua condição de doente se torna

(...) possível tratar o real que afeta o corpo pelo simbólico, ao por em palavra e escrever sua história, que permanece e nos coloca a trabalhar, ao ser contado aqui em seu desbravamento, sem saber, de antemão, os caminhos a serem trilhados e se responsabilizar por isso, dando suporte ao que daí advier. Não há solução, mas fragmento, pedaço de um percurso, na construção de uma história, na escrita do

sujeito. Aí estão os limites e possibilidades do trabalho: não há o que se dê à paciente, de conforto, de palição, como encobrimento disso que é. Resta acompanhá-la na travessia, tomar parte no que a afeta como testemunha. [...] Trata-se de se conformar (do latim *conformare*, submeter-se) com aquilo que é – o inexorável –, e justamente nisso está a liberdade do sujeito, se assim se decidir, de se responsabilizar pelo que lhe acontece, portanto, sem resignação”. (CASTRO-ARANTES & LO BIANCO, 2013, p. 2521).

A responsabilidade a que os autores se referem acima não corresponde necessariamente ao ter adquirido uma doença como o câncer, mas da responsabilidade diante da posição que tal doença impõe. A forma como o sujeito se organizará frente ao inevitável da degradação do corpo, apontara Freud (1930), é o que interessa à psicanálise. E o analista ao estar na instituição poderá contribuir na direção do tratamento por quais caminhos o sujeito escolherá posicionar-se. Se isso poderá chegar a alguma conclusão por parte do sujeito, não sabemos, posto que os efeitos analíticos são vistos *a posteriori*. Contudo, a oferta da escuta foi lançada. E os caminhos a serem tomados revelarão a posição do sujeito diante de seu sofrimento mesmo que seja um caminho contrário aos ideais impostos por um discurso dominante sobre a saúde.

A referência à palavra do paciente, no que diz respeito ao corpo próprio e ao sofrimento que o atinge, portanto, constituirá a base do nosso trabalho. Este se apoiará nos fundamentos trazidos pela conceituação teórica da psicanálise, que concebe um corpo que não coincide com o corpo biológico e dá relevo à palavra. Ressaltar o valor da palavra e, portanto, se oferecer à sua escuta, ainda como veremos, será um meio de dar condições ao sujeito de enfrentar a dificuldade pela qual está passando. Encontramos aqui com a questão do papel, não apenas do psicólogo, mas de cada integrante da equipe multiprofissional que acolhe o paciente. Emprestar sua escuta e acompanhar o sujeito na dureza do que atravessa, coloca ao profissional uma exigência que certamente não será sem ônus para si próprio. Neste ponto, encontraremos a questão sobre aqueles que em sua vida lidam com os limites impostos por esta, e procuraremos ver como são eles afetados em suas próprias subjetividades. (CASTRO-ARANTES & LO BIANCO, 2013, p. 2516).

Para a psicanálise, a responsabilidade implica na relação que o paciente tem com outra realidade que não é a material, mas uma realidade psíquica regulada pelo além do princípio do prazer. É por essa realidade que o sujeito deverá responder, ou melhor, responsabilizar-se.

No âmbito desse trabalho, ainda que se visualize uma preocupação em relação à dupla via da responsabilidade – a do analista em escutar o sujeito do inconsciente e a da posição do sujeito – trataremos sobre a responsabilidade do analista e suas consequências no âmbito do hospital geral.

A noção de responsabilidade na obra freudiana pode ser lida a partir de textos de 1898, como *A sexualidade na etiologia das neuroses*, até em suas obras da década de 30, como *Mal estar na civilização*. Tal noção para a psicanálise pode ser pensada em relação ao

que o diferencia das práticas instauradas no hospital, que respondem por um ideal de saúde que preza por uma normatização do corpo. Ao contrário dessas práticas, a responsabilidade do analista está em produzir outro ideal, que encontra no sujeito sua base, respondendo, dessa forma, ao particular, à subjetividade. Desse modo, no capítulo seguinte, investigaremos o que está em jogo na noção de responsabilidade na obra freudiana e as contribuições de Lacan sobre o tema.

### 3 A RESPONSABILIDADE DO ANALISTA

Freud, ao colocar em cena o saber inconsciente, desafia as tradições éticas vigentes e postula um sujeito dividido irrompendo com a fórmula cartesiana de um sujeito consciente. O sujeito freudiano é regido pelo princípio do prazer, ordenado pelo desejo que busca satisfação a todo custo, mas que, ao mesmo tempo, não é senhor de si. Essa divisão do sujeito implica uma luta de forças que ora deve obedecer aos seus desejos, ora às exigências da civilização. A moral ditada pela cultura serve como apoio à tentativa da construção de uma relação harmoniosa entre os demais membros da sociedade. Entretanto, o sujeito encontra válvulas de escape para ceder aos seus desejos, quer sejam pelos sonhos, chistes ou sintomas. São por essas vias, vias do inconsciente, que empreenderemos uma construção da noção de responsabilidade na teoria psicanalítica.

Para construir tal noção, no presente capítulo, iniciaremos nosso percurso em Freud, com a intenção de buscar elementos que fundamentem a noção de responsabilidade do analista; em seguida, traremos algumas contribuições de Lacan sobre o tema.

#### 3.1 Seguindo Freud: considerações iniciais sobre a responsabilidade do analista

A questão da responsabilidade pode ser retirada da obra freudiana primeiramente no texto *A sexualidade na etiologia das neuroses*, de 1898, quando Freud, nesse momento, assinala sobre a importância do estudo da etiologia da neurose por um viés sexual, e do comprometimento do médico e do paciente no tratamento clínico deste. É verdade que o fator sexual impõe à época vigente dos fins do século XIX uma objeção, visto que a moral predominante era ditada pela Igreja, na qual as tentações corpóreas eram evitadas e a sexualidade tinha a função exclusiva de reprodução.

Ao incorporar a sexualidade na investigação das doenças, Freud é acusado de imoral. A construção da psicanálise “se inaugura subvertendo as regras do discurso médico vigente, instalando o saber do lado do paciente: deixando falar o que não se diz, a histérica rearticula em discurso aquilo que até então só podia ser expresso pelo sintoma” (MAURANO, 1999, p. 53). O discurso proferido pela histérica permaneceu sem destino até ser revelado pela

psicanálise. É por esse discurso que o psicanalista irá empenhar-se na busca por seu objeto, a saber, o inconsciente.

Ainda no texto de 1898, Freud aponta que os médicos sabiam da relação que a sexualidade estabelecia com a neurose, mas esse tema se apresentava como uma questão difícil também para eles. No que diz respeito à condução do tratamento, tendo em vista a dificuldade para tratar de temas sexuais, Freud alerta que, se os médicos não se sentirem aptos a interrogar os pacientes e estiverem “cientes de que as revelações de caráter sexual lhes provocaria arrepios lascivos, em vez de interesse científico, ele estará certo em evitar o tópico da etiologia das neuroses. Tudo o que pedimos, além disso, é que se abstenha também de tratar pacientes nervosos” (FREUD, 1898/1996, p.252/253). Recomenda também que, caso faça uso dessa investigação ou de qualquer tratamento, o médico deve estar advertido de que por tal ato ele será responsabilizado. O que está em jogo nessa primeira apresentação de Freud sobre a responsabilidade é quanto à sustentação do tratamento por parte do médico, que deve levar em consideração as suas próprias condições.

A preocupação quanto à responsabilidade pela direção do tratamento também pode ser vista em 1900, quando Freud relata e analisa um sonho que teve com uma paciente chamada Irma, e que ficou conhecido por “Sonho de Injeção de Irma”<sup>3</sup>. O sonho acontece em uma festa, e Freud, ao vê-la, a leva para próximo à janela, para lhe dizer que ela é culpada por continuar sentindo dores, pois não aceitou a solução que lhe propunha. No sonho, também há a possibilidade de tais sintomas serem orgânicos. Isso contribui para justificar o desejo de ter errado no diagnóstico e desresponsabilizar-se por sua cura, pois o tratamento empreendido por Freud visa apenas a eliminar as dores histéricas.

Esse sonho relatado por Freud apresenta a diferença entre os sintomas histéricos e orgânicos. O primeiro tipo interessa à psicanálise e segue os mesmos processos de formação do inconsciente junto aos chistes, aos atos falhos e à transferência. Ao atribuir aos sintomas (e aos sonhos) formas de satisfação, Freud (1925/1996) irá colocar a questão da responsabilidade frente ao desejo inconsciente e às formas de sofrimento correlativas aos sintomas. Fato que coloca em jogo a divisão do eu, assinalando o conflito da subjetividade humana

(...) estirada em dois *topos*, designando a divisão do sujeito entre o que ele quer inconscientemente e o que ele conscientemente não quer ou ignora que quer. Encontramos aqui a própria definição de sujeito por Lacan como sujeito dividido: o primeiro nome dessa divisão em Freud é a divisão entre o inconsciente e o consciente (ou pré-consciente). (QUINET, 2011, p. 23)

---

<sup>3</sup> Irma era sua paciente e apresentava alguns sintomas histéricos. Esse sonho está relatado na *Interpretação dos sonhos*, capítulo 2, (FREUD, 1900/1996, p.140).

Dessa forma, o sintoma ganha outra forma de intervenção. A partir desse modo de entender o sintoma, pode-se agora apresentar as consequências dessa compreensão para a clínica psicanalítica; ou seja:

Para obter os efeitos pretendidos, o resultado depende, então, do engajamento do paciente na resolução de seus problemas, isto é, depende de sua coragem em ser sujeito, e não objeto de um saber que lhe é exterior. Assim, ao dar a palavra às históricas, Freud constatou que o paciente é que deveria responsabilizar-se sobre a cura e, para tanto, produzir o saber que pudesse alterar sua posição subjetiva. Caberia ao analista a responsabilidade de sustentar o trabalho empreendido pelo paciente. (PINTO, 2011, p. 22)

Isso pode ser explicitado no sonho de Freud quando diz: “não me considerava responsável por ele aceitar ou não a solução – embora fosse disso que dependia o sucesso” (FREUD, 1900/1996, p. 143). Nota-se que a questão em jogo nesse sonho de Freud trata da responsabilidade pela condução do tratamento e, principalmente, sobre a responsabilidade que o doente tem sobre sua doença. Ao dizer que “o sonho me eximiu da responsabilidade pelo estado de Irma, mostrando que este se devia a outros fatores” (FREUD, 1900/1996, p. 153), Freud pensava estar cumprindo sua tarefa, quando informava ao paciente o sentido oculto dos sintomas. Entretanto, no período de 1912-1914, nos *Artigos sobre técnica*, Freud conclui que não é o analista quem deve comunicar à paciente sobre os elementos inconscientes que estão em jogo na formação dos sintomas, mas o paciente deve, por si mesmo, chegar a essas conclusões, e a responsabilidade do psicanalista está em sustentar esse tempo de trabalho empreendido pelo paciente.

O caminho da formação do sintoma sofre um rompimento, pois o sujeito não sabe o que causou tal sintoma, e se observa uma ruptura da conexão que deveria provar a lembrança desse fato. A psicanálise possibilita abrir caminhos para desvendar o “de onde” do sintoma e a função do “para que”.

O ‘para quê’ de um sintoma, seu propósito, no entanto, é, invariavelmente, um processo endopsíquico, que, possivelmente, teria sido consciente, no início, mas pode igualmente não ter sido jamais consciente e ter permanecido no inconsciente desde o início. Por isso, não é de grande importância se a amnésia influenciou também o ‘de onde’- as experiências em que o sintoma se baseia- [...] é no ‘para quê’, no propósito do sintoma que pode ter sido inconsciente desde o início, que se baseia a experiência do inconsciente. (FREUD, 1917[1916-17]a/1996, p. 292).

São as formações do inconsciente provocando efeitos na “maneira como as pessoas adoecem e como podem vir a adotar a atitude neurótica em relação à vida – o que é um problema clínico” (FREUD, 1917[1916-17]a/1996, p. 289), pois há a chance do sujeito querer continuar com seu sintoma, o que torna relevante ao considerarmos que, por esse motivo, o sujeito deve ser responsabilizado.

Neste sentido, o sintoma neurótico encontra seu determinante não em uma lesão orgânica, mas em uma representação: a lembrança de um trauma (FREUD, 1917[1916-17]a/1996). Apresenta, dessa forma, um caráter particular ao mesmo tempo em que é resultado de um “conflito psíquico sob pressão, do qual o sintoma veio a se formar. Aquilo que para o indivíduo, em determinada época, constituía uma satisfação, na realidade passa, hoje, necessariamente a originar resistência e repugnância” (FREUD, 1917[1916-17]b/1996, p. 368). Isto é, o sintoma é uma busca por uma satisfação obtida na vida infantil do sujeito que, por algum motivo, passou sob a influência do princípio da realidade, e tornou-se impossível de realizá-la.

Quando o sintoma aparece como uma questão para o sujeito, esse pode se implicar em suas tentativas de responder ao enigma que esse sofrimento lhe conduz. Assim,

[...] o sintoma faz sofrer, ele é como uma barreira na estrada, que você esbarra e não consegue ultrapassar; é o que faz com que as coisas não funcionem. O sintoma é o lugar do sofrimento que proporciona satisfação sexual para o neurótico sem que ele o saiba. [...] A abordagem do sintoma pela via da verdade do sujeito, tal como a psicanálise propõe, se opõe a uma clínica da ciência que objetiva o sintoma para produzir mais uma fórmula que receba o V da verdade e da vitória no processo de colonização do real pelo simbólico. [...] é no registro da verdade do sujeito e da subjetivação da verdade que se situa a ética que se vincula à clínica psicanalítica na abordagem do sintoma. (QUINET, 2011, p. 122-123).

A configuração do sintoma por esse viés subjetivo aparece como “fantasias inconscientes” (FREUD, 1908/1996, p. 151). Lembremos que a fantasia é definida por Freud como possuidora de “realidade psíquica, em contraste com a realidade material, e, gradualmente, aprendemos a entender que, no mundo das neuroses, a realidade psíquica é a realidade decisiva” (FREUD, 1917[1916-17]b/1996, p. 370). O trabalho do psicanalista, ao considerar a realidade psíquica, se fará por uma via que põe em jogo a interpretação, a transferência e a responsabilidade do sujeito.

A assertiva de que os sintomas têm um sentido corrobora com a precaução com que Freud assume que a interpretação do sintoma é descoberta pelo próprio paciente “de um só golpe, sem qualquer influência ou intervenção por parte do analista; e resultou de uma conexão com um acontecimento que não pertencia a um período esquecido da infância, mas que ocorre na via adulta” (FREUD, 1917[1916-17]c/1996, p. 271). Com isso, Freud atesta que “o conhecimento do médico não é o mesmo que o do paciente, e não pode causar os mesmos efeitos. Se o médico transferir seu conhecimento para o paciente, na forma de informação, não se produz nenhum resultado” (FREUD, 1917[1916-17]a/1996, p. 289).

A análise do sonho apresentado também permitiu assinalar que o conteúdo do mesmo se caracteriza pela realização de um desejo expressado enigmaticamente. No caso de Freud, o seu desejo estava ligado à constatação de que o tratamento executado por ele estava correto, e que a doença de sua paciente era culpa de outro colega, que não prescrevera o medicamento correto, fato que, por razões éticas, não poderiam ser colocadas diretamente nas relações sociais. Assim, poderia atribuir uma causa orgânica aos sintomas de Irma e, desresponsabilizar-se por sua cura e tratamento. Isso aponta para questionar por qual cura o analista deve se responsabilizar, pois ele afirma que “tratamento psicológico não pode ser responsabilizado pela persistência de dores diftéricas” (FREUD, 1900/1996, p. 148).

Ainda no texto de 1900, em um capítulo chamado “O sentido moral nos sonhos”, Freud inicia uma investigação literária, analisando diversos autores que tratam sobre o conteúdo moral dos sonhos para analisar o problema da responsabilidade nos mesmos. Ao analisar, Freud se detém no pensamento de F. W. Hildebrandt. Este autor encontra a fonte de imoralidade dos sonhos a que todos estão submetidos, inclusive o mais beato. Também afirma que os sonhos proporcionam elementos de nossa natureza aos quais não temos acesso em estado de vigília. Diz ainda que “é impossível pensar em qualquer ato de um sonho cuja motivação original não tenha passado, de um modo ou de outro – fosse como desejo ou como impulso –, através de uma mente desperta” (HILDEBRANT *apud* FREUD, 1900/1996 p.104/49).

Freud, a partir dessa investigação, chega à conclusão de que o conteúdo imoral dos sonhos reside em uma fonte psíquica específica. Nesse mesmo texto freudiano, Maurano (1995) aponta que podemos ver esboçados elementos que Freud se utilizará para reformular o estatuto da verdade e da moralidade no homem. Ele se apoia, para tal reformulação, no filósofo Maury, ao afirmar que, no sonho, o homem “se revela a si mesmo em sua nudez e miséria nativas. Desde quando ele suspende o exercício de sua vontade, ele se torna o juguete de todas as paixões contra as quais o estado de vigília, sua consciência, o sentimento de honra, o medo nos defendem”.

Ainda quanto à moralidade nos sonhos, temos, na *Interpretação...*, a indicação de que o conteúdo manifesto apresentado nos sonhos não deve ser palco de (i)moralidade, já que se trata de uma realidade psíquica. Desse modo, o que está em jogo nos sonhos são os desejos inconscientes, que se farão presentes a partir de um conteúdo latente apresentado por aquele que se põe a falar para alguém que escute.

Se olharmos para os desejos inconscientes, reduzidos à sua expressão mais fundamental e verdadeira, teremos de concluir, sem dúvida, que a *realidade psíquica* é uma forma especial de existência, que não deve ser confundida com a *realidade material*. Portanto, não parece haver justificativa para a relutância das pessoas em aceitar a responsabilidade pela imoralidade de seus sonhos. (FREUD, 1900/1996, p.644)

Hoffman (2005) assinala que a argumentação de Freud nesse texto é precisa quando afirma que

o conteúdo manifesto do sonho é um engano e que não há razões para se chocar mais nem com as ausências de moral nem com os atentados à lógica. O que chamamos de ‘conteúdo’ do sonho são os pensamentos pré-conscientes e o desejo recalçado revelado pela interpretação. Entretanto, resta saber por que a censura, habitualmente tão severa na formação do sonho, não barra o acesso ao conteúdo manifesto de seus pensamentos imorais. (HOFFMAN, 2005, p. 42).

É a partir do conteúdo latente e da teoria do recalque que Freud pode apontar e afirmar a responsabilidade pelo conteúdo dos sonhos independente da moralidade em jogo na cultura, pois o que trata os sonhos, como já afirmado por ele, em 1900, é do desejo inconsciente que está por trás do que se apresenta “aparentemente” nos sonhos. Sendo assim, o analista se torna responsável por desvendar os mistérios das formações do inconsciente através de sua escuta analítica, não se deixando levar pela primeira cena mostrada pelo sonhador.

No texto de 1910, *Psicanálise Silvestre*, Freud indica que não devemos aceitar de imediato como verdade o relato dos pacientes, mas “deve-se resignar a aceitar, por uma espécie de projeção, a responsabilidade pelos desejos reprimidos ocultos de seus pacientes” (FREUD, 1910/1996, p. 234). O analista é responsável pelos desejos reprimidos na medida em que se põe a escutá-los sem fazer uma interferência de saber sobre o desejo do paciente. O analista possibilita, através do manejo da transferência, a construção de uma responsabilidade da singularidade de cada um.

Ao considerar a transferência parte importante do tratamento, Freud (1915[1914]/1996) afirma que não devemos impor nada ao paciente sobre coisas que ele ignora, mas possibilitar meios para que ele próprio se dê conta disso. Desse modo, o método da associação livre corrobora para que alguma produção de saber seja construída.

Em *Observações sobre o amor transferencial*, Freud (1915[1914]/1996) alerta aos iniciantes da psicanálise sobre as dificuldades encontradas no início do tratamento, como em interpretar as associações dos pacientes que são irrisórias diante do problema maior: o manejo do amor de transferência.

Devo começar por esclarecer que uma transferência está presente no paciente desde o começo do tratamento e, por algum tempo, é o mais poderoso móvel de seu

progresso. Dela não vemos indício algum, e com ela não temos por que nos preocupar enquanto age a favor do trabalho conjunto da análise (FREUD, 1917 (1916-17)d/1996, p. 444).

A consideração feita por Freud é a de que o psicanalista “deve reconhecer que o enamoramento da paciente é induzido pela situação analítica, e não deve ser atribuído aos encantos de sua própria pessoa; de maneira que não tem nenhum motivo para orgulhar-se de tal ‘conquista’, como seria chamada fora da análise” (FREUD, 1915[1914] /1996, p. 178). A posição do analista é de colocar esse amor em questão para identificar o que está em jogo, visto que, nas palavras de Freud,

Já deixei claro que a técnica analítica exige do médico que ele negue à paciente que anseia por amor a satisfação que ela exige. O tratamento deve ser levado a cabo na abstinência. Com isto não quero significar apenas a abstinência física, nem a privação de tudo o que a paciente deseja, pois talvez nenhuma pessoa enferma pudesse tolerar isto. Em vez disso, fixarei como princípio fundamental que se deve permitir que a necessidade e anseio da paciente nela persistam, a fim de poderem servir de forças que a incitem a trabalhar e efetuar mudanças, e que devemos cuidar de apaziguar estas forças por meio de substitutos. O que poderíamos oferecer nunca seria mais que um substituto, pois a condição da paciente é tal que, até que suas repressões sejam removidas, ela é incapaz de alcançar satisfação real (FREUD, 1915[1914] / 1996, p. 182).

A recomendação de resistir às tentações das quais as pacientes submetem os médicos não se faz por impedimentos morais, mas por considerações da própria técnica analítica. Essa questão pode ser relacionada com a diferença entre a posição de um profissional da saúde presente no hospital, o médico, por exemplo, e do analista quanto à reverberação da responsabilidade de cada um; ao visar o inconsciente, o trabalho do analista dispõe-se a “desvendar a escolha objetual infantil da paciente e as fantasias tecidas ao redor dela.” (FREUD, 1915[1914] /1996, p. 185). Em contrapeso, o médico visa um trabalho permeado por ideais morais que conduzam a uma prática normativa de bem-estar.

Assim, a regra da associação livre ganha a sua contrapartida na ética do analista da “atenção flutuante” (FREUD, 1912a/1996, p. 126), que se caracteriza por uma direção de escuta que se afasta dos ideais morais, “caracterizando o sujeito falante como um sujeito dividido em seu discurso” (MORETTO, 2006, p. 38). Portanto, deixar falar o desejo é trabalho possibilitado pelo analista:

Numa análise, fazer falar é provocar e evocar os traços das marcas da vida amorosa, das relações de objeto; é evocar o objeto perdido, busca incessante, motor de desejo. A fala é carregada de afeto, atravessa o tempo, cria lembranças e lança ao futuro um suposto passado. Assim é a realidade psíquica. (FIGUEIREDO, 2004, p. 139)

A escuta analítica, segundo Soller (2013), aponta para uma leitura do inconsciente como um texto que não está dado a priori, pois, para Freud, é um conteúdo latente, posto que é recalcado. A exigência da leitura desse texto passa por uma escolha por

parte do ouvinte, o analista. É necessário que esse ouvinte saiba escutar; isso é uma questão de técnica analítica na qual Freud denominou de atenção flutuante.

A atenção flutuante de Freud consistia em se desprender, diria de bom grado ‘em se distrair’, das significações do discurso; é uma suspensão, como um ‘não acreditar nisso’ metódico, para colocar no mesmo plano todos os elementos verbais ou figurativos, até o menor detalhe aparentemente insignificante, a partir do qual o outro texto vai se isolar. (SOLLER, 2012, p. 48)

Temos, então, a função do analista perpassada pela sustentação da produção da fala do sujeito e sua conseqüente escuta, não qualquer uma, mas a escuta que coloca em jogo os desejos e fantasias inconscientes. Escuta perpassada pelo objeto perdido na fantasia fundamental da qual só se tem acesso por meio da linguagem, ainda que por indícios.

Relembremos o atendimento de Freud à Dora, no qual o psicanalista permite o deslizamento e produção da fantasia da paciente até um ponto no qual ele a interroga frente ao seu desejo. A resposta que Freud dá à Dora quando esta se queixa de seu posicionamento frente ao romance de seu pai e da senhora K aponta para a implicação do sujeito no seu desejo: “qual a sua participação nisso?”. Tal direcionamento abre para uma inversão dialética quando possibilita a Dora perceber seu lugar na relação amorosa inicialmente sentida como vítima. O ato de Freud coloca em questão a escolha de Dora por sustentar tal desejo.

Temos, assim, que, com Dora, Freud já aponta o caminho da responsabilidade do analista, na medida em que é ele que, como ouvinte, funda o sujeito do inconsciente a ele dirigido.

É do analista que depende a resposta à questão *quem fala?* Pela escolha que faz da interpretação do sentido do discurso que lhe é dirigido, ou do que aprende da condição do sujeito falante. Assim, um analista de língua estrangeira atribuirá a sua impossibilidade de *dizer* à sua impotência de desempenho na língua estrangeira, isto até a sua descoberta da impossibilidade de dizer o ‘maternal’ em sua língua de origem. Este impossível é a condição estrutural do sujeito falante. (HOFFMANN, 2005, p. 45)

Deixar falar o inconsciente é um ato de coragem, tanto para quem fala quanto para quem escuta. Ao analista é imputada a responsabilidade por uma escuta que vai além do discurso consciente. A ele cabe apreender o que do sujeito é posto, ensinamento dado à Freud (1895) por Elizabeth Von N. São as pacientes de Freud que ensinam o limite e a prática analítica, deixando falar livremente, não aderindo a um pré-conceito ou ideal, mas deixando-se à deriva por uma escuta do inconsciente.

Percebe-se que a noção de responsabilidade, nessa primeira fase de Freud, passa pela posição do analista diante do tratamento, pondo em questão a formação do analista como eixo principal da sustentação da escuta do inconsciente, já que coloca como imprescindível a

análise pessoal do analista como meio de experimentar seu inconsciente. E quando essa escuta é possibilitada no hospital? Como sustentá-la? Segundo Torezan e Rosa (2003, p. 90),

sustentar uma escuta analítica no hospital geral depende da capacidade de isenção perante as demandas institucionais de “promoção de saúde”, assim como da suportabilidade da própria condição de castrado e impotente diante da dor e do sofrimento. Essa capacidade exige uma formação aprimorada exatamente pela exposição constante do hospital aos pedidos, diretos e indiretos, para a transmissão de “bens” (bem-estar físico e mental: comer, dormir, não chorar, não entristecer etc).

No hospital, a castração é presente por todos os lados, quer seja pelo real da doença, quer seja pela impossibilidade do profissional saber e fazer tudo. E, se o analista não estiver, ele próprio, em seu processo de análise – no qual elaborará sua própria castração – não terá condições de promover um trabalho no hospital que coloque em primeiro plano o sujeito do inconsciente.

Visualizamos, então, que a preocupação inicial de Freud apresenta certo ideal da conduta do analista, apontando sua responsabilidade diante do tratamento e do paciente, bem como o manejo da transferência para alcançar tal propósito. Se a responsabilidade do analista era vista, principalmente, a partir da condução do tratamento, a partir do texto sobre a repetição, Freud passa a exaltar a responsabilidade do sujeito diante de suas formações do inconsciente, quer sejam os sonhos atos falhos ou sintomas. Dessa forma, aborda a responsabilidade na psicanálise em dois vieses: a do sujeito e a do analista.

### ***3.1.1 Freud e a noção de responsabilidade na segunda tópica***

Vinte e cinco anos após a interpretação dos sonhos, em um tópico de um texto de 1925, *Algumas notas adicionais sobre a interpretação dos sonhos como um todo*, denominado “A responsabilidade moral pelo conteúdo dos sonhos”, Freud inicia-o com a proposta de não submeter o conteúdo aparente dos sonhos a um exame ético, posto que tal conteúdo é fachada, pois o que interessa é o conteúdo dos pensamentos pré-conscientes e dos desejos recalcados, que podem ser revelados através da interpretação analítica. Assim, os sonhos devem ser considerados como elementos essenciais na produção da análise por revelar, de forma condensada e deslocada, representações inconscientes que não apresentam qualidades. Portanto, não são nem bons nem maus (moral ou imoral).

O problema da responsabilidade pelo conteúdo imoral dos sonhos não mais existe para nós, como antigamente existia para escritores que nada sabiam dos

pensamentos oníricos latentes e da parte recalcada de nossa vida mental. Obviamente, temos que nos considerar responsáveis pelos impulsos maus dos próprios sonhos. Que mais se pode fazer com eles? A menos que o conteúdo do sonho seja inspirado por espíritos estranhos, ele faz parte de seu próprio ser. Se procuro classificar os impulsos presentes em mim, segundo padrões sociais em bons e maus, tenho que assumir responsabilidade por ambos os tipos; e, se em defesa digo que o desconhecido, inconsciente e recalcado em mim, não é meu “Eu”, não estarei baseando na psicanálise minha posição, não terei aceito suas conclusões (...) Aprenderei, talvez, que o que estou repudiando não apenas ‘está’ em mim, mas vez e outra ‘age’ também desde mim para fora. (FREUD, 1925/1996, p. 147).

Essa formulação freudiana indica a responsabilidade não apenas por aquilo que fazemos, mas também por uma responsabilidade ética pelo desejo que nos move mesmo sendo inconsciente. Vorsatz (2013) afirma que o desconhecimento não nos desresponsabiliza pelo nosso desejo, e que “estamos preocupados pelo desejo que nos afeta; se, por um lado, somos determinados por esse desejo, por outro, isso não nos exime de responder por ele. Essa é a via ética que a psicanálise convoca o sujeito a trilhar.” (VORSATZ, 2013, p. 147). Sendo assim, somos responsáveis pelo conteúdo dos nossos sonhos, uma vez que estes são realizações de desejo.

Ao assumir tal posição, somos levados a abordar a teoria freudiana a partir da compreensão dos processos psíquicos elaborados por ele na segunda tópica. Segundo Freud, o “Eu”, no sentido metapsicológico, é desenvolvido a partir de um Id. O Eu forma com o Id uma unidade coesa, mas apresenta uma separação a partir dos elementos recalcados e da sua aproximação com a percepção externa. O id é constituído pelas pulsões e ordenado pelo princípio do prazer. O conteúdo recalcado se comunica com o Eu a partir do Id. O conteúdo reprimido “mau” falado nos sonhos, e, muitas vezes, tido como imoral, pertence a um Id do qual o Eu não quer saber. Entretanto, o que aponta Freud é que o Eu assuma a responsabilidade sobre Isso.

Sem mais desvios, Freud abraça a questão da responsabilidade indicando sua falta de atualidade, a partir da descoberta dos pensamentos latentes do sonho e do recalco. É evidente, diz ele, que devemos nos responsabilizar pelo conteúdo do sonho: “a menos que o conteúdo do sonho (corretamente entendido) seja inspirado por espíritos estranhos, ele faz parte de seu próprio ser” (FREUD, 1925/1976, p.165). Freud é firme e convincente em sua firmeza: “Eu devo assumir a responsabilidade” do que é desconhecido, inconsciente em mim (em meu “Eu”) ou então não estou mais no terreno da psicanálise. A metapsicologia freudiana nos ensinou a não separar o ‘Eu’ do ‘Isso’ pulsional, na medida em que ele não é senão a parte periférica que sofre suas influências e acaba por lhe obedecer. (HOFFMAN, 2005, p. 43).

Para Freud (1923/1996), o Eu é uma instância psíquica que tenta conciliar os imperativos de três senhores: Id, supereu e realidade externa. O Id não é capaz de dizer o que deseja, mas é possível saber sobre ele a partir de seus representantes e manifestações. O Eu,

ao assumir uma posição política diante dos três senhores, não assume uma posição imparcial, e adquire um lugar de perigo, pois pode se tornar objeto das pulsões de morte presentes no Id. Assumir tal posição de conciliador não é tarefa fácil, e exige do Eu um constante investimento libidinal para se manter forte e desejado pelos senhores, ao mesmo tempo em que se sente ameaçado por eles.

Por sua relação com o sistema perceptivo, ao Eu é destinado ordenar os processos psíquicos temporalmente e submetê-los ao teste de realidade. As experiências do mundo externo, bem como as do Id, possibilitam ao Eu diferentes escoamentos. Com o Id, ele subjuga-o na tentativa de drenar sua libido para passar para a consciência apenas o que lhe é suportável sustentar.

Como ente que se situa na fronteira, o Eu quer fazer a mediação entre o mundo externo e o Id: busca fazer com que o Id se conforme ao mundo e tenta amoldar o mundo aos desejos do Id. De certa forma, o Eu se comporta como o médico durante a cura analítica: ele assume a função de atentar para as condições vigentes no mundo real e, visando a atrair a libido para si, oferece-se ao Id como objeto libidinal. Assim, o Eu não é somente o auxiliar do Id, mas também o servo subserviente que clama pelo amor do seu senhor. (...) Escamoteia os conflitos do Id com a realidade e, eventualmente, também os que o Id tem com o Supra-Eu. (FREUD, 1923/1996, p.63)

Então, como o Eu assumirá a responsabilidade por algo que ele desconhece? Nos interrogamos ainda se, de fato, o Eu não porta um saber sobre o Isso que o move e o impulsiona, pois, na experiência clínica, ouvimos dos pacientes que há “algo” além d’Isso que ele ainda não sabe dizer.

O processo de recalque ocorrido no Eu faz com que alguns elementos não cheguem à consciência, impedindo também que eles se imponham ou ajam por outros meios; Ou seja, determinadas tendências psíquicas permanecerão sempre inconscientes. E é exatamente com aquilo que o recalque pôs de lado que o Eu terá que se confrontar em um processo de análise. Entretanto, esse contato com o (des)conhecido causa resistência, ao mesmo tempo em que nada sabe sobre isso. O mal-estar causado pela resistência provoca consequências que afetam o psiquismo. As resistências são inconscientes, mas pertencem ao Eu, e funcionam como mecanismos de defesa contra aquilo que pode ser traumático.

O efeito terapêutico tenta tornar consciente o que está reprimido no Id. O analista prepara o caminho para essa conscientização mediante interpretações e construções (FREUD, 1937/1996). Entretanto, o trabalho está do lado do sujeito. É a ele que se deve a escolha por querer saber alguma coisa.

Cottet (1989) aponta que a descoberta freudiana do recalque e de seus efeitos no sintoma impõe uma direção de tratamento que não deixa o psicanalista inteiramente neutro,

pois o analista quer algo: suspender o recalque. A neutralidade referida ao analista diz respeito à recusa em oferecer sugestão e tomar decisões pelo paciente. Freud (1937/1996), ao colocar como ofícios impossíveis a educação, a cura e o governo, sugere que a análise não se propõe a essas tarefas. Portanto, quando um paciente chega até o analista lhe pedindo a cura “recusamo-nos, da maneira mais enfática, a transformar um paciente que se coloca em nossas mãos em busca de auxílio, em nossa propriedade privada, a decidir por ele o seu destino, a impor-lhe os nossos próprios ideais” (FREUD, 1919/1996, p. 178). Cabe, então, ao analista a possibilidade de um lugar no qual seja possível a elaboração de um saber que possibilitará ao sujeito posicionar-se frente a seu desejo.

O analista não tem que tomar partido por um dos termos do conflito inconsciente mais que por outro. Efetivamente, é a estrutura mesma do sujeito do inconsciente, enquanto conceito da divisão do sujeito, o que impõe essa suspensão, que é de ordem ética: não suturar o conflito psíquico com um acosso interpretativo que não passaria de uma variante da sugestão ou do adestramento educativo. (COTTET, 1989, p. 124)

Com isso, é possível perceber a alusão freudiana referente à função do analista, de não ter que escolher entre duas instâncias que agem no inconsciente, mas atestar a divisão subjetiva que caracteriza o sujeito do inconsciente. Sendo assim, o analista, enquanto ocupar tal lugar, aponta para um conflito inconsciente no qual deve o sujeito chegar e posicionar-se. Daí a neutralidade do analista.

Essa obrigação à imparcialidade impõe grave responsabilidade moral ao analista. Que mais pode a análise fazer se não se manter perto do seu tema, do material apresentado pelo paciente? (...) Ele lhe permite que comece o que tem a dizer onde lhe aprouver, e tranquilamente aguarda até que o próprio paciente aborde fatos sexuais. (FREUD, 1926/1996, p.201)

Visualiza-se, por um lado, a responsabilidade do sujeito sobre seus sonhos, sintomas e atos falhos; por outro, temos o analista, que se responsabiliza pela escuta do inconsciente; escuta que é realizada através da fala do sujeito do inconsciente, que supõe um saber a Outro, analista, e ao mesmo tempo suposto por ele. Entretanto, surge a questão: Como é possível o analista ser responsável por isso? Para que o inconsciente seja interpretado/conhecido é necessário torná-lo consciente. Freud, em 1923, aponta um caminho para pensar essa articulação e responde que algo se torna consciente “por meio de sua conexão com as representações de palavra correspondente” (FREUD, 1923/1996, p.33).

Para chegar a tais conexões, o analista deve estar preparado para dar conta das especificidades da escuta que o inconsciente exige.

Na medida em que temos clara a noção de que o inconsciente é atemporal e está sempre presente na cadeia discursiva, não há porque pensarmos em impropriedade

de um trabalho de escuta analítica, ou seja, daquele que se volte para a emergência do sujeito do inconsciente e, portanto, para a implicação subjetiva e possível mudança no posicionamento subjetivo. Assim como não há impropriedade quando sabemos a respeito da responsabilidade ética de nossa escuta, pois, respaldados teoricamente, certamente estaremos alertas para os momentos de “desancoramento do simbólico”. (TOREZAN & ROSA, 2003, p.90).

Uma vez consciente do trabalho de escuta analítica, a operação realizada por aquele que se põe a ouvir o inconsciente aponta para uma consideração ética ditada por Freud em 1933, na conferência XXXI, conhecida em sua célebre fórmula “Onde o isso estava devo eu advir”, no qual indica o propósito da psicanálise ser o de “fortalecer o ego, fazê-lo mais independente do superego, ampliar seu campo de percepção e expandir sua organização, de maneira a poder assenhorar-se de novas partes do Id” (FREUD, 1933/1996, p. 84). Tal indicação freudiana encontra-se distante da perspectiva institucionalizada de uma psicologia do eu. A pretensão de Freud, com essa máxima, é a de trabalhar o eu na tentativa de que ele possa perceber a qual senhor ele está se submetendo e os motivos da aceitação de resignação para, em mãos com esse saber, ser responsável pela decisão de escolha sobre qual posição assumir.

Para isso, o analista terá que trabalhar com as resistências que aparecerão durante o tratamento. Freud já afirmara que “a teoria da psicanálise é, de fato, construída sobre a percepção da resistência que o paciente nos oferece, quando tentamos tornar-lhe consciente o seu inconsciente. A resistência só pode ser manifestação do ego, que, originalmente, forçou a repressão, e agora deseja mantê-la.” (FREUD, 1933/1996, p.74). No processo analítico, a resistência pode significar a proteção do sujeito contra seu sintoma, numa forma de manter a formação de compromisso com o mesmo, mantendo assim uma satisfação sexual com elementos inconscientes outrora recalçados.

O efeito terapêutico depende de tornar consciente o que está reprimido no Id. Preparamos o caminho para essa conscientização mediante interpretações, mas interpretamos apenas para nós próprios, não para o paciente, enquanto o ego se apega a suas defesas primitivas e não abandona suas resistências. Contudo, o que acontece é isso. Durante o trabalho sobre as resistências, o ego se retrai - com maior ou menor grau de seriedade - do acordo em que a situação analítica se funda. Ele deixa de apoiar nossos esforços para revelar o Id; opõe-se a eles, desobedece a regra fundamental da análise e não permite que surjam novos derivados do reprimido. Não podemos esperar que o paciente possua uma forte convicção do poder curativo da análise. (FREUD, 1937/1996, p.255)

Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914), Freud afirma que o paciente encontra-se em resistência, quando ele interrompe sua associação livre por provavelmente a associação estar ligada à figura do analista por meio da transferência. Nesse período, Freud constata a resistência como duas possibilidades: obstáculo ao tratamento e atualização do laço infantil.

Ou seja, a resistência também é um meio de repetir algo do passado que foi recalçado. Por meio dela, é possível a elaboração teórica por parte do analista e do sujeito.

Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor essa resistência com a qual acabou de se familiarizar, para elaborá-la, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico, segundo a regra fundamental da análise. Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em comum com o paciente, descobrir os impulsos recalçados que estão alimentando a resistência; e é este tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos. O médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado (FREUD, 1914/1996, p. 170-171).

É possível observar que a resistência em Freud ora é tratada como impossibilidade ora como condição de avanço no tratamento. A resistência como mecanismo de defesa é objeto do material analítico na medida em que se investigam os efeitos no eu sobre o trabalho de análise, ou seja, o que o eu está tentando encobrir e como ele escapa disso. Posteriormente ao texto de 1914, com o conceito de pulsão de morte, no texto *Além do mais do princípio do prazer*, Freud se dá conta de que, na repetição, há um gozo no qual o sujeito não quer deixar, por ir de encontro ao seu desejo. É em busca dessa satisfação que o sujeito liga-se ao seu sintoma, que se repete nas mais diferentes situações e relações.

Paralelo à resistência, observa-se o caráter repetitivo do sintoma ligado a uma cadeia associativa do inconsciente. A repetição, segundo uma leitura freudiana, apresenta algo do retorno do recalçado, que foi incapaz de ascender à simbolização, representa o ponto da castração no qual o sujeito encontra-se dividido desde então. Em *Análise terminável e interminável* (1937), Freud indica a realidade sexual como indesejada pelo sujeito, pois disso não quer saber; o que ele chama de “repúdio à feminilidade”, tanto pelo homem quanto pela mulher. Tal expressão corresponde na mulher à inveja do pênis e, no homem, a uma luta contra a atitude passiva ou feminina para com outro homem.

(...) aprendemos, com isso, que não é importante sob que forma a resistência aparece, seja como transferência ou não. A coisa decisiva permanece sendo que a resistência impede a ocorrência de qualquer mudança - tudo fica como era [...] o repúdio da feminilidade pode ser nada mais do que um fato biológico, uma parte do grande enigma do sexo. Seria difícil dizer se e quando conseguimos êxito em dominar esse fator num tratamento analítico. Só podemos consolar-nos com a certeza de que demos à pessoa analisada todo incentivo possível para reexaminar e alterar sua atitude para com ele. (FREUD, 1937/1996, p.270)

O enigma do sexo é vivenciado e elaborado por cada um de formas distintas e o modo como cada qual se apresentará no laço social o representará no mundo. E o analista, como responsável por trazer à tona o desejo inconsciente, proporciona a possibilidade de mudança em relação ao Isso, que comanda o sujeito.

A leitura freudiana permite dizer que a responsabilidade trata da escolha por uma posição, seja ela qual for. Em *Análise leiga* (1926), Freud discute a situação de pacientes que se queixam de sua doença, mas não querem ser curados. Segundo o autor, “o paciente deseja ser curado – mas ele também deseja não ser.” (FREUD, 1926/1996, p. 214). O conflito apresentado entre desejar e não desejar implica a própria divisão do sujeito, e coloca a responsabilidade para além de uma função social.

As instituições sociais, assinalou Freud (1926), são criadas para pessoas que possuem um “eu” forte e normal “que se pode classificar de bom ou mau, que ou cumpre sua função ou é inteiramente eliminado por uma influência esmagadora” (FREUD, 1926/1996, p. 214). Mas para a psicanálise não é assim que funciona, pois esse conflito atrelado ao “eu”, ao ser passível de análise, “proporciona-nos um acervo de nova compreensão inteiramente nova à parte do valor pessoal do paciente individual” (FREUD, 1926/1996, p. 215). Portanto, quando um neurótico se queixa de sua doença e a explora com toda a sua força, tentar tirá-lo desse lugar é como enfrentar um leão em fúria, pois, nesse lugar, ele tira proveitos que só poderão ser elucidados em análise. Em relação a essa conveniência do sintoma, pode-se falar de ganho primário e secundário da doença.

Na conferência XXXII, Freud (1932-33) esclarece sobre os motivos de resistência que alguns pacientes apresentam no tratamento analítico. Todavia, tanto a resistência como os seus motivos são inconscientes e, dessa forma, seguem repetindo-os nas diversas situações. A importância dessa descoberta, alerta Freud, alude a uma obtenção da satisfação no sofrimento que o sujeito comporta. Isso representa um engodo na relação do sujeito com seu próprio sintoma, pois há algo que resiste e se repete na sua estruturação e que Freud aponta como similar a uma “necessidade inconsciente de punição [que] está presente em toda doença neurótica.” (FREUD, 1932-33/1996, p. 110. Inserção nossa). Isto é, há um sentimento de culpa inconsciente e, para tal, o preço a pagar deve ser o sintoma.

Em torno da repetição, vemos em Lacan a referência ao gozo do sintoma como responsabilidade do sujeito que pode ser lido em Freud quando situa a relação de satisfação pulsional no sintoma. O gozo é definido por Lacan (1966/2001) como algo que não se inscreve no simbólico, sendo da ordem de uma tensão que refere a um mais além do princípio do prazer, ou seja, incide sobre o sujeito através de seus atos, manifestações estabelecidas no laço social e do qual o sujeito tira proveitos, daí a resistência que apresenta para livrar-se de seu sintoma.

Freud e Lacan apontam para uma modificação do sujeito em torno do seu sintoma e de seu gozo, a partir de um processo de análise. Mudança ocasionada quando o sujeito resolve lidar com seus conflitos, de forma outra através do recalque bem resolvido. Assim, a psicanálise revê os processos do recalque a partir de dois movimentos:

o consentimento na pulsão e o recalque eficaz da pulsão. Isto quer dizer que, se o sujeito, até então, rechaça o encontro com o gozo, coloca-o à distância, via sintoma, não se implica na fabricação de seu sintoma. No decorrer de seu trabalho, espera-se que, de vítima, ele se transforme em responsável por seu sintoma. Freud deixa claras três possibilidades, após a psicanálise ter conseguido que se reconheça a defesa subjetiva ante a exigência pulsional: ou o sujeito muda de posição e corrige seu rechaço fundante do sintoma; ou ele se mostra capaz de suportar a insatisfação da pulsão sem repressão, ou procede a um reforço do recalque, mais forte e, dessa vez, alcançado, impede a produção de novos sintomas. (FURTADO, 2004, p. 3)

Tal questão é tratada por Lacan (1964a), quando fala de uma retificação da pulsão no final da análise, que implicaria em um redimensionamento do seu gozo. No entanto, não adentraremos nessa discussão, por se distanciar da nossa proposta. O que pretendemos com as considerações acima é manifestar que, no hospital, embora não se tenha um empreendimento de análise, os efeitos causados através do ato analítico podem provocar uma mudança de posicionamento diante do saber que ora o sujeito se atrela; o que não necessariamente alude a uma confrontação e elaboração com a castração e seu gozo, mas abre para o campo da emergência de tais questões.

O ato analítico para Dunker (2011) admite um tipo de intervenção clínica que abrange a interpretação, a construção, o manejo da transferência e da angústia. O manejo da transferência na instituição hospitalar irá diferenciar a posição do analista dos profissionais presentes na instituição. A direção empreendida pelo analista diz de sua responsabilidade frente ao seu ato e seu desejo, desejo do analista, que se refere a uma ética da psicanálise.

### **3.2. Considerações lacanianas sobre a responsabilidade do analista**

Em *A posição do inconsciente* (1964b), Lacan afirma que há sempre uma coerência ao buscar o fundamento freudiano para tratar da psicanálise. O autor consigna que “é preciso, sobre o inconsciente, entrar no essencial da experiência freudiana. O inconsciente é um conceito forjado no rastro daquilo que opera para constituir o sujeito” (LACAN, 1964b, p. 848). O referido conceito é entendido em um sentido metapsicológico, o qual é detentor de um saber e se situa, segundo Lacan (1964a), numa hiância entre o que causa e afeta. É nessa hiância que se encontra algo da ordem do não-realizado, do não palpável.

Como dito em outra ocasião, o inconsciente não está ali pronto para ser usado, mas algo que está à espera, para ultrapassar a barreira do recalque e ser posto em cena. O analista seria o operador de tal ultrapassagem. Entretanto, como insinua Lacan (1964a), ao remexer nessa zona de larvas, nem sempre pode trazê-lo à luz. O achado do inconsciente se produz nas formações do inconsciente: os atos falhos, lapsos e chistes. O que caracteriza esse achado é que, ao se apresentar, já está prestes a escapar de novo, instaurando a dimensão da perda própria ao sujeito do inconsciente, que é definido por Lacan como efeito de relação significante.

Com o sujeito, portanto, não se fala. Isso fala dele, e é aí que ele se apreende, e tão mais forçosamente quanto, antes de – pelo simples fato de isso se dirigir a ele – desaparecer como sujeito sob os significantes em que se transforma, ele não é absolutamente nada. Mas esse nada se sustenta por seu advento, produzido agora pelo apelo, feito no Outro, ao segundo significante. (LACAN, 1964b, p. 849).

A definição de Lacan, na qual o significante é o que representa um sujeito para outro significante, aponta para nomear o significante como algo que não apresenta um sentido dado, pois ele, segundo Jorge (2005, p. 82) “é produtor de sentido novo, que depende precisamente da inserção subjetiva”. Tal definição implica necessariamente o sujeito do inconsciente fruto da divisão subjetiva. É no Outro, “lugar simbólico, lugar dos significantes, onde as cadeias significantes do sujeito se articulam determinando o que o sujeito pensa, fala e age” (QUINET, 2012, p. 22), que o sujeito, ao tocar em outro significante, poderá aparecer e desaparecer no mesmo instante. O sujeito do inconsciente é fugaz.

Ao colocar o inconsciente freudiano como constituinte do sujeito, Lacan assenta também a figura do analista como destinatário, fazendo parte do conceito de inconsciente, “por conseguinte, não podemos deixar de incluir nosso discurso sobre o inconsciente na própria tese que o enuncia, a de que a presença do inconsciente, por se tratar, no lugar de Outro, deve ser buscada em todo discurso, em sua enunciação.” (LACAN, 1964b, p. 848). O discurso ao qual se refere Lacan é o discurso do analista, tratado por ele no seminário sobre *O avesso da psicanálise*<sup>4</sup> (1969-70), que tem como laço social o analista no lugar de objeto

<sup>4</sup> Nesse seminário, Lacan tratará de quatro estruturas discursivas presentes no laço social regidas pelo giro de quatro letras: S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub>, \$ e a, nos quatro lugares que estruturam o discurso. \$ representa o sujeito do inconsciente, que emerge entre dois significantes (S<sub>1</sub> e S<sub>2</sub>), sobrando um resto que não pode ser simbolizável (a). S<sub>1</sub>: o significante-mestre é uma referência particular do sujeito que está sempre situado em relação a outro significante S<sub>2</sub>, que é o saber do Outro, ou seja, “o S<sub>2</sub> designa todos os significantes que não têm valor de S<sub>1</sub>, de marca fundadora para o sujeito” (JORGE, 2005, p.83). O sujeito \$ é barrado na medida em que não há significante para representá-lo integralmente. Daí, ser sempre representado entre dois significantes. E o objeto a, objeto causa do desejo, o objeto que falta, é o que sobra de toda tentativa de representar o sujeito. Cada discurso tratado por Lacan representa um giro no discurso ocupando uma posição. O discurso do analista é representado pela

fórmula:  $\frac{a \rightarrow \$}{S_2 \leftarrow S_1}$ . O analista ocupa a posição a e “é do seu lado que há S<sub>2</sub>, que há saber- quer adquira esse

causa de desejo e o sujeito como produtor de um saber. Tal posição ocupada pelo sujeito nesse discurso lhe possibilita deslizar em seus significantes, para que o analista, assim como o próprio sujeito, possa ter acesso ao “Isso” que o movimenta. E o analista, ao ocupar a posição de semblante de objeto a, instaura o discurso do analista e o Sujeito Suposto Saber. A indicação de Lacan é a de que “o psicanalista suscita o lugar de onde isso podia falar, abrindo mais de um ouvido para escutar o que, na impossibilidade de reconhecê-lo, ele teria deixado passar como indiferente.” (LACAN, 1964b, p. 852).

A constatação lacaniana faz lembrar a máxima freudiana “onde isso estava deve o eu advir”, para tratar tanto da função do sujeito quanto do analista no tratamento analítico, ao mesmo tempo em que deslumbra uma questão temporal ao tratar-se de um lugar onde o “Isso” “estava” e não “está” para que o “Eu” venha advir em um tempo posterior.

O registro do significante institui-se pelo fato de um significante representar um sujeito para outro significante. Essa é a estrutura, sonho, lapso e chiste, de todas as formações do inconsciente. E é também a que explica a divisão originária do sujeito. Produzindo-se o significante no lugar de Outro ainda não discernido, ele faz surgir ali o sujeito do ser que ainda não possui a fala, mas o preço de cristalizá-lo. O que ali havia de pronto para falar- o de colocá-lo no instante anterior: lá estava e não está mais; porém também no instante posterior: por pouco mais lá estava por ter podido lá estar- o que lá havia desaparece, por não ser mais que um significante. (LACAN, 1964b, p. 854)

Assim, vemos com Lacan que “os psicanalistas são responsáveis por possibilitar ao sujeito do desejo que ele se saiba efeito de fala, ou seja, que saiba o que ele é por não ser outra coisa senão o desejo do Outro.” (LACAN, 1964b, p. 850). Ser desejo do Outro coloca o sujeito do inconsciente a buscar aquilo que falta no campo do Outro, porque ele é barrado. Quinet (2011) coloca que, para a psicanálise, o desejo do homem é o desejo do Outro, na medida em que o inconsciente, como discurso do Outro, é constituído pela cadeia significante por onde circula o desejo; o desejo se presentifica pelo intermédio do Outro com a questão endereçada: o que queres? E, para além do Outro, o desejo do sujeito depende de um outro (semelhante), parceiro libidinal do sujeito.

Definir o analista como parceiro libidinal do sujeito abre portas para pensarmos a dimensão do cuidado na instituição hospitalar. Temos uma equipe multiprofissional responsável por um tratamento restaurador da saúde, que considera o cuidado em uma perspectiva de cura e recuperação que difere da dimensão apontada por Luís Cláudio Figueiredo (2007), quando faz referência a um modo de cuidado denominado “presença em reserva”. Tal concepção é atrelada a uma interpelação por parte do cuidador, ao ser fonte de

---

saber escutando seu analisante, quer seja um saber já adquirido, localizável, isto pode, em um certo nível, ser limitado ao *savoir-faire* analítico” (LACAN, 1969-70, p.36)

questão e enigma para o outro. Aquele que ocupa essa função “funciona como agente do confronto e do limite, fazendo com que o sujeito entre em contato com os fatos da existência: a morte, finitude, alteridade e a lei” (FIGUEIREDO, 2007, p. 19). Isso quer dizer que a função do cuidado passa por uma relação dialética, no qual os dois são implicados – portanto, duplo investimento; o que representa uma parceria com atribuições diferentes: responsabilidades distintas.

A posição de reserva refere a um modo singular de apresentar-se ao sujeito em sofrimento, de forma que não caia em um papel de assistencialismo, mas de colocar-se em um lugar de reserva das suas próprias questões e ideais para que o outro possa aparecer e fazer-se presente. Pontua-se dessa forma na relação hospitalar uma função do analista que perpassa não somente a um lugar de fala, mas também de silêncio. Lugar que promove dentro da instituição um não lugar de exigências e burocracias e vai de encontro a um possível espaço de elaboração sobre um sofrimento que transcorre para além do corpo e afeta, muitas vezes, o psíquico. No entanto, para que isso ocorra, o paciente ou o sujeito também precisa investir na relação com o outro, relação que podemos apontar para a construção de um vínculo transferencial. Desse modo, Figueiredo responde que a função do cuidador é “deixar-ser e deixar-acontecer o que equivale à ação negativa de não impedir que algo seja e aconteça- é de abrir espaço e dar tempo, ausentando-se em reserva, para a liberação das fantasias inconscientes do sujeito” (FIGUEIREDO, 2007, p.22).

Com as considerações acima, nos perguntamos se o analista na instituição precisa estar remetendo-se a essa função de proporcionar um lugar outro para o sofrimento do sujeito. Será que conseguimos responder por isso?

Desse modo, percebemos que Lacan, assim como Freud, concorda que a responsabilidade do analista está ligada à responsabilidade do sujeito através do vínculo transferencial, a partir do estabelecimento dessa relação, entendida por Lacan como lugar de objeto causa de desejo. Dessa forma, faz com que o sujeito deseje, para que algo venha à tona.

(...) é no próprio princípio da situação que o sujeito é introduzido como digno de interesse e de amor, *éroménos*. É para ele que se está ali. Este é o efeito – se podemos dizer manifesto. Mas existe um efeito latente, que está ligado à sua não-ciência, à sua insciência. Insciência de quê? – daquilo que é justamente o objeto de seu desejo de um modo latente, quer dizer, objetivo, ou estrutural. Este objeto já está no Outro, e é na medida em que é assim que ele é, quer o saiba, quer não, virtualmente constituído como *érastès*. Simplesmente por esse fato ele preenche essa condição de metáfora, a substituição pelo *érestes* do *éroménos*, que constitui em si mesma o fenômeno do amor [...] É aí que se coloca a questão do desejo do analista, e, até certo ponto, de sua responsabilidade. (LACAN, 1960/1961, p. 240).

Colocação pertinente para o que Lacan disse sobre o analista ser suposto saber e ter o objeto desejado pelo analisante. Objeto fundamental na fantasia do sujeito e pelo qual se demanda amor. A responsabilidade do analista está em apostar no inconsciente e colocar o desejo em cena, fazer o sujeito dizer sobre, sem fazer menção a uma compreensão que leve um sentido, pois é somente na medida em que se supõe no analista a posse desse objeto que é possível ao sujeito deslizar significantes para dar conta de sua constituição enquanto faltoso.

No seu seminário sobre a transferência, Lacan (1960-1961) fala exaustivamente sobre o amor, para apontar que na transferência é disso que se trata, como apontou Freud. Um amor que põe em jogo a repetição; “a transferência, em última instância, é o automatismo da repetição” (LACAN, 1960-1961, p. 217). Trata-se de um amor, mas, complementa Lacan, “uma espécie de falso amor, de sombra de amor.” (LACAN, 1964a, p.123), pois, como já dito, parte de uma suposição.

Tal consideração também é encontrada em Freud (1914/1996, p. 166), quando afirma que “antes de tudo, o paciente começará seu tratamento com uma repetição”. Se é uma repetição, o analista não deve ceder às exigências do paciente e se afastar de seu narcisismo, pois o que há na análise é antes uma função do que a pessoa do analista. O manejo da transferência se dá, segundo Freud, quando mostramos

(...) ao paciente que seus sentimentos não se originam da situação atual e não se aplicam à pessoa do médico, mas sim que eles estão repetindo algo que lhe aconteceu anteriormente. Desse modo, obrigamo-la a transformar a repetição em lembrança. Por esse meio, a transferência que, amorosa ou hostil, parecia de qualquer modo constituir a ameaça ao tratamento, torna-se seu melhor instrumento, com cujo auxílio os mais secretos compartimentos da vida mental podem ser abertos. (FREUD, 1915[1914]/1996, p. 444-445).

Entretanto, Freud alerta que o paciente por ele próprio deve chegar a essas conclusões. A repetição pode levar a uma elaboração do que se ama e do que se deseja. Na clínica perpassada pela escuta do inconsciente, o que ouvimos é uma repetição de um laço amoroso. Algo que se repete, embora não se saiba o quê. Quando Lacan (1964a p.147) fala que “a transferência é a atualização da realidade do inconsciente”, podemos aferir de que a repetição é inerente ao sujeito, e que tal realidade é sexual. Realidade que coloca algo ou alguém como objeto de desejo. Entretanto, o sujeito pode dar outro destino à repetição, pela via da elaboração e por um novo posicionamento frente a isso.

A repetição não aparece, inicialmente, de forma clara, posto não ser espontânea. Não sendo reprodução, a repetição traz algo da ordem do real. O real, para Lacan (1964a), é sempre de um encontro que escapole, assim como o inconsciente. Algo em que não há

simbolização. Por escapar à linguagem, “é a morte, a perda, aquilo que não tem inscrição possível no psiquismo; o real é por excelência o trauma, isto é, aquilo que não pode de modo algum ser assimilado pelo sujeito em suas representações simbólico-imaginárias” (JORGE, 2005, p.83). Para tratar da repetição, Lacan utiliza-se de dois termos emprestados de Aristóteles, para apontar as duas vertentes a qual ela está ligada: *tiquê* e *autômaton*.

A *tiquê* é o “encontro do real. O real está para além do *autômaton*, do retorno, da volta, da insistência dos signos aos quais nos vemos comandados pelo princípio do prazer” (LACAN, 1964a, p. 59). E o *autômaton* assinala a repetição significativa referida à dimensão simbólica, no qual o sujeito tenta deslizar em sua cadeia significativa. É o retorno, “a insistência dos signos, aos quais nos vemos comandados pelo princípio de prazer” (LACAN, 1964a, p. 59).

A função da *tiquê*, do real como encontro – o encontro enquanto que podendo falar, enquanto que essencialmente é encontro faltoso – se apresenta, primeiro, na história da psicanálise, de uma forma que, só por si, já é suficiente para despertar nossa atenção – a do traumatismo. [...] O trauma é concebido como devendo ser tamponado pela homeostase subjetivante que orienta todo o funcionamento definido pelo princípio do prazer. Nossa experiência nos põe então um problema, que se atém a que, no seio mesmo dos processos primários, vemos conservada a insistência do trauma a se fazer lembrar a nós. (LACAN, 1964a, p.60)

A repetição faz parte do próprio inconsciente na medida em que insiste em atuar algo de traumático na constituição subjetiva que se refere à própria castração. No texto de 1937, Freud, segundo Quinet (2011), indica a castração como um rochedo inamovível, inquebrantável e intransponível, que é inerente ao ser humano. E, posteriormente, no texto *A clivagem do ego no processo de defesa* (1938), Freud aponta que o sujeito se divide frente à castração, e que isso se produz numa fenda que jamais se fecha, “indicando, portanto, que a divisão do sujeito, assim como a castração, é incurável” (QUINET, 2011, p. 27).

Diante da castração, não há como não negá-la: o perverso desmente, o neurótico recalca e o psicótico rejeita completamente (foraclui). Mas a questão da verdade da castração retorna ao sujeito: o neurótico recalca e sintomatiza, o perverso desmente e o psicótico foraclui e alucina. *Spaltung*, que significa divisão, clivagem, fenda, esquite é a própria característica do sujeito do inconsciente, pois sua definição inclui a castração. Ela coloca por terra todo e qualquer ideal de harmonia em que o sujeito seja inteiro (ou esteja inteiro) em alguma situação. (QUINET, 2011, p. 27)

Para dar conta dessa incompletude e falta constitutiva, o sujeito tenta, de diversas maneiras, suturar essa fenda através de paliativos como medicamentos ou procura adotar uma religião como amparo. Freud (1930/1996) já apontara o uso de paliativos para a dor de existir, já que “a vida é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas” (FREUD, 1930/1996, p. 83).

A psicanálise entra como um paliativo? É responsabilidade do analista suportar tal lugar? No seminário sobre os conceitos fundamentais da psicanálise, Lacan (1964a) coloca que o analista é testemunha de uma perda sustentada pela repetição, transferência e inconsciente. Importante pensar que o paciente encontrado no hospital, na maioria das vezes, apresenta no seu corpo a deterioração e a finitude, mostrando o real limite de suas condições. Tal situação nos afronta com o real também da nossa posição. Podemos nós, analistas, inseridos nesses espaços colocar-se numa posição de silêncio que muitas vezes é insuportável, porque supomos que o saber está sempre do lado de lá? Ou poderemos, de uma certa maneira, sair do discurso analítico, já que não é algo fixo, mas construído a partir de uma relação transferencial, e minimamente recolocar ou direcionar um sujeito que sofre por causa de uma outra dor que se apresenta no campo biológico? Isso não seria considerar um parceiro libidinal como apontado anteriormente? Pois, ao ocuparmos um espaço na instituição hospitalar, encontramos limites nos próprios dispositivos clínicos, limites que fazem com que nós construamos um lugar para a nossa práxis. Foi isso que os autores trabalhados no primeiro capítulo intentaram e dissertaram: uma produção do analista na clínica institucional. E é isso que traremos no capítulo seguinte.

Lacan (1973/2008, p. 541) já afirmara “mas todos sabem que não incentivo ninguém a isso, ninguém cujo desejo não esteja decidido”. Fato que põe em oposição à vertente de um discurso do mestre, que indica os caminhos a seguir para se chegar a um determinado ideal apontando assim para uma ética do bem comum. E que se apresenta também como modo peculiar dos sujeitos inseridos na instituição que estão lá não para um atendimento psicanalítico, mas para tratar de uma doença orgânica. Entretanto, com a oferta de um analista na instituição, cria-se a demanda – demanda respondida através do reenvio da pergunta: “o que queres”? – para colocar o agente do discurso, o sujeito, no seu lugar de produção de saber e responsabilidade pelo seu desejo. Assim, o analista se vale de sua função, da ética da psicanálise, que devolve ao sujeito sua condição. Afinal, como sinaliza Lacan, “por nossa condição de sujeitos, somos sempre responsáveis” (LACAN, 1966, p. 873).

A ética da psicanálise diz de um dever que coloca em primeiro plano um desejo particular que representa o sujeito em seu valor ético. É por essa via que se torna impossível a psicanálise predizer um ideal universal, pois

Si el psicoanálisis puede aportar algo a la llamada función civilizadora, será en la medida que la acción del analista, en su **especificidad social**, sepa tomar distancia del amo moderno para decir, en nombre de la ética del psicoanálisis.

- no a posiciones éticas basadas en ideales universales que desconocen la singularidad de las personas. El psicoanalista debe contribuir con su decir a poner en cuestión los valores absolutos, tanto en el terreno de la ciencia como de la justicia y la política, pues todo intento de universalización no es más que un modo de inducir el odio al otro y por lo tanto, alimentar la pulsión de muerte.

- no a la ética de las intenciones del sujeto, pero sí a una ética de las consecuencias que en tanto tal, no permite excluir la responsabilidad subjetiva del acto. La moral de la intención, que la política del amo moderno imprime a su accionar, dista mucho de tener en cuenta los resultados y, lo peor, es que hace del sujeto siempre un inocente, pues autoriza a decir "no quise eso".

- no a resignarse ante la existencia del mal que no sólo habita en el mundo sino en cada uno. Aunque advertidos de la ineliminable de la pulsión de muerte, el psicoanálisis, en la medida que constituye una de las respuestas que la humanidad ha encontrado para tratar de hacer algo con la pulsión de muerte, cumple con una **función social**, aunque sus efectos no hagan olas. (TRAVESÍ, 2006, p.487)

Nisso, a psicanálise representa o que Lacan aponta em *Televisão*, quando refirma que a ética da psicanálise é uma ética do desejo, e tem por compromisso “elucidar o inconsciente do qual você é o sujeito” (LACAN, 1973/2008, p. 199). Obviamente, tal elucidação só é possível pela escolha do próprio sujeito se quer ou não fazer tal investimento. Por essa escolha, ele deve ser responsabilizado, e ao analista só resta ocupar seu lugar de objeto a e ser coerente com seu desejo, o de analista.

O desejo do analista, portanto, prima por fazer emergir o sujeito, alcançá-lo em sua singularidade, aquela relativa à cadeia significante na qual sua história se escreve: “Aponta, antes de mais nada, para recortar a singularidade do sujeito, para escutar em sua palavra sua silenciosa particularidade” (PUJÓ, 1997:36). Esse aspecto é de extrema relevância quando se trata do hospital geral, espaço que “rouba” do sujeito sua individualidade, e no qual circulam discursos inscritos na ordem da normalidade (restituir ao doente sua condição de saúde) e da homogeneidade (bem representada pelos compêndios de Medicina). No lugar de analista, é indício do quanto este foi adiante em sua própria análise, ou seja, do quanto suporta a própria castração. (TOREZAN & ROSA, 2003, p. 87)

Vemos em Lacan (1959-1960) que o desejo do analista o coloca em posição de um não saber ligado a uma *ignorantia douda*, na medida em que o analista sabe que não pode ir além do que o sujeito coloca. Ele tem que esperar o tempo de elaboração do sujeito e o que ele pode dar “contrariamente ao parceiro do amor, é o que ele tem. E o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o analisado, com a diferença de que é um desejo prevenido.” (LACAN, 1959-60, p. 352).

No seminário sobre *A ética da psicanálise* (1959), Lacan deixa claro que a ética da psicanálise é a ética do desejo, e que o sujeito pode ter duas escolhas: ceder de seu desejo, o que significa abrir mão de um saber permanecendo desse modo no gozo de seu sintoma; ou se inicia uma busca pelo desejo de saber que possibilitará novos deslizamentos e novos modos de se posicionar frente ao sintoma. O que a análise busca é a possibilidade do sujeito se implicar em seu desejo para reconhecer sua responsabilidade diante dos seus atos. E a

responsabilidade do analista enquanto preservando sua função de possibilitar a fala do sujeito do inconsciente e modo que em sua articulação significante simultaneamente um saber e uma posição.

Aferimos, com isso, a diferença do trabalho do analista, quando inserido em um espaço hospitalar em relação aos outros profissionais. Na instituição de saúde, bem como na sociedade, há uma tendência a propor um caminho que prediga as ações a serem realizadas com a intenção de minimizar o mal estar, apontado por Freud em *Mal estar na civilização* (1930/1996), acometido quer seja pela relação com os outros homens, quer pela perda funcional do corpo. A predeterminação de condutas e modos de ser e estar minimizam a responsabilidade do sujeito por uma via medicamentosa para dar conta do sofrimento ou direcionada por leis para comum acordo entre os demais civis dificultando a possibilidade de que ele tenha voz e fale por si.

(...) encontramos explicitado em *O mal-estar na civilização* o apontamento do impossível da felicidade. Com o acréscimo ali de que este não se traduz pela infelicidade, mas por uma busca que tem por condição a afirmação do impossível. Entendemos encontrar aí, *a posteriori*, a indicação do que fundamenta a posição de exceção, irreduzível, da psicanálise no campo da clínica já em 1895 e a qualquer tempo: a direção ao impossível, ao incurável. (DARRIBA *et al.*, 2009, p. 179).

Considerando as exposições trabalhadas até o momento, a responsabilidade do analista está revelada na sua relação com o inconsciente, ao sustentar a possibilidade da construção desse saber não sabido. E, em um hospital, o real da castração apresenta-se no corpo de forma “nua e crua”, ou nas relações simbólicas (o afastamento da família e do doente ou a impotência de um discurso pretensiosamente totalizante). O que Freud nos ensina é que

[...] trabalhar com psicanálise não é algo simples. Cada paciente vem com seu psiquismo, sua singularidade, sua subjetividade. E, no hospital, o analista escuta o paciente em seu sofrimento psíquico aliado à doença orgânica, o que deixa o paciente vulnerável e inseguro, pois o ambiente hospitalar, o estado regressivo do paciente atualiza sentimentos arcaicos, primitivos, de angústia, de desamparo e de medo da morte. É justamente neste cenário que nosso trabalho consiste, na busca de apaziguar o sofrimento do paciente (LEVY, 2008, p.82).

O autor acima se refere a um dos possíveis desdobramentos do trabalho do analista no hospital: “apaziguar o sofrimento”. Isso é presumível? É nosso objetivo? Apaziguar o sofrimento pode significar a oferta de um lugar no qual o paciente, ora internado nesse ambiente, possa elaborar ou não seu mal estar, quer seja no corpo acometido por uma doença ou pela relação com os outros na medida em que, dentro de uma instituição, há algumas regras a seguir, ao mesmo tempo em que se exige um bem-estar. Talvez a atenuação desse sofrimento seja uma consequência do trabalho do analista e não seu objetivo. Apresenta-se como uma consequência na medida em que o sofrimento é reconhecido pela

clínica médica ou psicanalítica, embora adotem paradigmas diferentes para propor um tratamento.

O sofrimento apresenta uma história e se transforma a partir do seu relato. Há diferentes formas de dizer sobre ele, bem como diferentes interpretações. Freud dá ao estatuto do sofrimento a universalidade: o mal-estar é comum a todos (FREUD, 1930/1996). Entretanto, considera que cada um comporta uma maneira particular de experimentá-lo. É o que Lacan chama de “mito individual do neurótico”, e Del Vogo (1998), transpondo para a especificidade do hospital, considera “mito individual do doente”, ou seja, o mito é uma representação criada pelo homem para interpretar e explicar os fenômenos da vida e da natureza, comportando uma validação universal.

Quando o mito se refere ao individual, significa que o sofrimento, apesar de sua universalidade, se torna individual na medida em que a representação dada diz da história de vida e da relação significativa que cada um suporta e transporta. Sendo assim, o sofrimento é algo da verdade do sujeito, que, ao falar sobre, exige o reconhecimento por parte do outro para que algo não se perca.

Dessa forma, consideramos que todo sofrimento depende do seu modo de expressão, posto que a forma como cada um fala sobre o que sofre muda o nosso sofrimento. Isso quer dizer que, por exemplo, se o paciente fala sobre seu câncer, não fará com que sua doença tenha fim, mas a forma como ele se posiciona diante do seu sofrimento causado por tal doença pode abrigar posições outras. Assim, a sua forma de sofrimento se transforma. A consideração quanto a isso vem do próprio Freud (1930), quando diz que a psicanálise pode transformar uma infelicidade neurótica em algo banal, sem esquecer que toda infelicidade neurótica comporta algo de satisfação pulsional, que se remete ao gozo mesmo não sendo perceptível.

Diante disso, a responsabilidade do analista pode ser questionada quando, por exemplo, é chamado para tratar de uma mãe que sabe da notícia da morte próxima de sua filha e que não encontra mais sentido em viver ou falar, porque tais ações não dariam conta de irredutibilidade do sofrimento ora apresentado. Devemos haver com nossa responsabilidade nessa situação?

Com essa perspectiva, trataremos no capítulo seguinte sobre a clínica da psicanálise na instituição hospitalar e seus desafios frente ao que sua responsabilidade deve sustentar em um espaço predominantemente médico.

#### 4 A CLÍNICA PSICANALÍTICA NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Sabe-se que Freud, médico vienense, inicia seu percurso da psicanálise ainda quando trabalhava no hospital. A partir das suas observações e prática, coloca em questão o saber instituído, quebrando a hegemonia de vários paradigmas do campo da ciência médica para demonstrar sua teoria. Embora tenha formação em medicina, Freud afirma que nunca sentiu “qualquer predileção particular pela carreira de médico. Fui, antes, levado por uma espécie de curiosidade, que, era, contudo, dirigida mais para as preocupações humanas do que para os objetivos naturais.” (FREUD, 1925[1924]/1996, p. 16). Tanto que apenas a psiquiatria exercia atração sobre ele. Ao se formar, em 1882, Freud foi trabalhar como assistente clínico em um hospital Geral, em Viena.

A formação médica de Freud o levaria à busca pelo saber científico e por uma clínica onde a dimensão do visível prevalecia. Todavia, acolheu os impasses com os quais se deparou como campo de investigação e pesquisa. Sem a certeza de que alcançaria êxito, tentou realizar uma ponte entre a psicologia e a neurologia. Seu esforço pode ser conhecido no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1895/1996). Ao concluir sobre a impossibilidade de formalizar as discontinuidades entre a medicina científica e a sua psicologia dos processos mentais, o médico vienense abandona o seu *Projeto*, apostando em um caminho novo para “abrigar em sua experiência algo que não é passível de ser evidenciado nos termos requeridos por determinada ciência ideal.” (DARRIBA, 2012, p. 88).

Junto ao médico Jean-Martin Charcot (1825-1893), Freud tem a possibilidade de atender às histéricas, e propõe uma investigação sobre as causas e os objetivos dos sintomas através da palavra. Sua primeira produção se deu entre 1893 e 1895, cinco anos depois de voltar à Paris, junto com Breuer (1842-1925), o livro *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). Esses estudos trazem a perspectiva de associar a etiologia dos fenômenos histéricos a um conteúdo sexual. Tanto Breuer quanto Charcot renunciam a essa hipótese etiológica, e Freud empreita uma pesquisa sobre tal relação.

Além de considerar a etiologia sexual das neuroses, Freud abandona o hipnotismo, ao perceber que nem todos os seus pacientes entravam em estado hipnoide, e que não conseguia colocá-los em um estado tão profundo de hipnose quanto desejava. A questão que se apresentava agora se destinava em como obter as lembranças patogênicas. Para tal, Freud pedia para que seus pacientes lhe contassem algo que ocorrera na época do início dos

sintomas, de modo que alguns pacientes não se lembravam de nada, e outros descreviam algo, mas não conseguiam prosseguir.

sem dúvida, isto parecia um processo mais laborioso do que levar os pacientes à hipnose, mas poderia resultar como sendo altamente instrutivo. Assim, abandonei o hipnotismo, conservando apenas meu hábito de exigir do paciente que ficasse deitado num sofá enquanto eu ficava sentado ao lado dele, vendo-o, mas sem que eu fosse visto. (FREUD, 1925[1924]/1996, p. 34).

Insistindo nesse novo método, Freud assegurava aos pacientes que eles sabiam de alguma coisa, e que eles precisariam se concentrar para que alguma lembrança pudesse vir à tona. Assim, o pai da psicanálise verificou que “sem nenhuma hipnose, surgiam novas lembranças, que recuavam ainda mais no passado (...). Experiências como essas fizeram-me pensar que seria de fato possível trazer à luz, por mera insistência” (FREUD, 1893-1895/1996, p. 283). Neste sentido, esses foram elementos essenciais para a construção de um saber sobre a neurose ou doenças nervosas, como é chamado pela psiquiatria dessa época.

Nesse momento, podemos perceber que há uma mudança de produção de saber do campo do olhar para a voz. Ao abandonar a hipnose, Freud abandona também a sugestão, ou seja, distancia-se de qualquer influência que possa produzir um diagnóstico pautado em um saber já instituído, e adota a regra da associação livre. Embora considerasse a tarefa difícil, Freud apostava que os pacientes, através da regra fundamental, seriam capazes de trazer à tona elementos esquecidos na consciência. Essa virada provocada por Freud dá início a um novo modo de produção de saber, por causar uma ruptura clínica e teórica e por sua

resposta não ter sido pautada pelo aprimoramento do método (para que o objeto ceda) e sim pelo ceder ao objeto. Ou seja, neste momento crucial, sua resposta não é técnica, mas ética. A passagem do método catártico à psicanálise, da posição de médico à de analista, não é uma necessidade técnica, mas uma decisão através da qual algo da ordem do desejo em Freud fundou uma posição ética no âmbito da clínica. (DARRIBA, 2012, p. 92)

Essa decisão colaborou para supor o saber em outro lugar que não o do campo médico; suposição essencial para a formulação da psicanálise e a abertura de um saber “não sabido” do lado do sujeito, e que apresentou como consequências uma nova visão sobre o sintoma e uma nova clínica. Pode-se aferir que a psicanálise tem seu nascimento dentro de um espaço predominantemente médico e que suas relações são possíveis de estabelecer na medida em que, apesar de ocupar o mesmo espaço, destinam-se a métodos e objetos diferentes, embora a clínica, dentro das instituições, apresente especificidades que veremos adiante. Essas diferenças reverberam na implicação da prática do analista na instituição, apontando para sua responsabilidade diante do sujeito do inconsciente presente no hospital.

#### **4.1 A construção dos dispositivos clínicos no hospital**

No estado de conhecimento que realizamos no primeiro capítulo, constatamos que “o lugar da psicanálise no hospital” passou pela construção de dispositivos clínicos específicos para tal campo de atuação. Definir tais dispositivos foi uma tarefa árdua, que levou, no primeiro momento, à produção das diferenças e delimitações entre a prática médica e psicanalítica.

Por ser o hospital um lugar no qual há o predomínio do discurso médico, o psicanalista, inserido nesse espaço, necessitou legitimar, através de seus estudos teóricos e formação pessoal, o seu lugar. Para fins de compreensão sobre a prática da psicanálise em meio hospitalar, realizamos um breve comentário sobre as principais conjecturas nesse lócus para, em seguida, tratarmos dos dispositivos clínicos.

##### ***4.1.1 Breves apontamentos sobre o hospital e as práticas médicas***

Segundo Foucault (1980/2013), os hospitais, a partir do século XVIII, passam a ter um papel significativo na produção de saber sobre as doenças e o corpo. Se as instituições hospitalares antes eram apenas destinadas à reclusão dos casos intratáveis e à caridade, a partir desse período, tornam-se espaço médico destinado à cura e ao tratamento de doenças fazendo uso de medicamentos. Além disso, os hospitais se tornaram instrumentos para a organização do saber médico, com a implantação de normas e condutas a serem seguidas para alcançar o objetivo de restabelecer a saúde do paciente.

Já no século XIX, a clínica médica se utiliza do hospital não apenas para aplicar o que foi repassado aos profissionais em formação, mas também para aprendizado. É no exame aos doentes que a produção de verdade se instaura, tanto para os experientes quanto para os aprendizes. Extensivamente, com vistas ao controle da produção de saber sobre o corpo ou sobre as doenças, fez-se necessária a criação de normas para a limitação dessas práticas que, ao mesmo tempo, deveriam servir como suporte aos avanços da medicina. Ao se estabelecer institucionalmente, a medicina, enquanto representante de um discurso que versa sobre a vida, a saúde e a doença, apresenta consequências na prática hospitalar promovendo um ideal de saúde.

A prática médica busca eliminar a doença, objetivo posto nos seus códigos de ética cuja conduta médica deve se dirigir à saúde do homem e cujos conhecimentos devem ser

usados em benefício do paciente. Assim, torna-se nítido que o ideal de um paciente doente é um paciente saudável. Canguilhem (2005) aponta uma questão interessante quando coloca em jogo a natureza do bem e do mal e afirma que as discussões geralmente giram em torno da natureza do mal. Entretanto, ninguém discute o ideal do bem. Esse ponto abre discussões para as repercussões na clínica médica: quando, diante do paciente, o médico deve lhe oferecer um bem, de que bem se trata? Quem pode dizer o que é melhor para o paciente?

Canguilhem (1966/2012), em sua tese, aborda a questão do normal e do patológico na medicina em uma perspectiva filosófica, histórica e médica. As discussões giram em torno da problemática do que é considerado normal e patológico. O autor defende a ideia de uma normatividade da vida, que difere da normatividade biológica. Contudo, diz que ambas estão relacionadas com o modo que cada organismo se articula em seu sintoma. A norma, para o médico, está ligada a seus conhecimentos em fisiologia, decorrentes de estatísticas que compõem um padrão para diferenciar o normal do patológico. A normatividade da vida que o referido autor trata diz das condições que o indivíduo/organismo cria para lidar com sua doença e com sua vida. Isso quer dizer que essa normatividade implica em subjetividade e permite afirmar que não é absurdo considerar o estado patológico como normal, pois “não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver” (CANGUILHEM, 1966/2012, p. 165).

Citemos, por exemplo, o caso de um paciente que se encontra tetraplégico devido a um acidente. Durante sua internação, afirma para todos que está bem e não necessita de cuidados especiais. Entretanto, a equipe do setor no qual se encontra (médicos, enfermeiros, entre outros) não acredita nisso, pois, muitas vezes, é direcionada por um ideal de saúde em que o corpo deve seguir o padrão biológico do corpo são, ou seja, um estado físico perfeito. Devido à crença em um ideal de saúde padronizada, a equipe acredita que o paciente necessita de apoio psicológico e social para superar a nova fase de vida.

Mesmo o paciente reafirmando que está bem, e assegurando que irá conseguir se adequar à nova rotina, ao encontrar novas formas de vida, é difícil para a equipe crer na afirmação desse estado de bem-estar. A normatividade de vida é isso: construção de normas, de mecanismos e de sentidos para se manter vivo. Independente do que se entenda por normal nas ciências ditas objetivas, o que também deve ser levado em conta é a forma como cada um consegue criar possibilidades para lidar com a doença.

Podemos também acrescentar, seguindo Canguilhem (1966/2012), que o estado em que nos encontramos depois da doença nunca é igual ao estado anterior. Compreender isso é condição *sine qua non* para criar novas normas de vida que irão se adaptar e proporcionar melhores condições para o estado atual, e permitir que algo anterior possa ter outras significações.

Constata-se que há uma mudança da clínica médica de um olhar sobre a doença para um modo de intervenção, para a manutenção da saúde. Dessa forma, os interesses médicos correspondem a um ideal normativo de saúde imposto pela sua conjectura histórico-social e econômica.

A medicina, quando ultrapassa seus limites propriamente clínicos, estendendo seu domínio de objetos para além do corpo doente, está também ampliando suas funções com finalidades essencialmente terapêuticas, de normalização do indivíduo para a função de prevenção e, mais precisamente, de promoção de saúde. Daí a importância considerável que a medicina genética tem hoje, viabilizada pela racionalidade da biologia molecular, em função de seu caráter eminentemente preditivo e preventivo, de detectar, antes mesmo de o indivíduo ter nascido, suas predisposições à doença. (PINHEIRO, 2006, p. 53)

Clavreul (1978) alerta que, embora a medicina esteja ligada à ideologia predominante da época, não se deve restringir os problemas da ética médica à ideologia dominante. Por outro lado, Lacan (1966/2001) aponta que é a partir dessas mesmas exigências sociais e ideológicas que os problemas da medicina passarão a existir. Ambas as afirmações permitem entender que a reflexão distanciada sobre a prática, ou seja, aquela que não justifica os procedimentos a partir de crenças tomadas *a priori* como verdades, é atitude fundamental para libertar a *práxis* do dogmatismo inerente à própria construção do conhecimento.

Os pacientes procuram o médico acreditando que ele possui resposta para todos os seus males. Eles se apoiam em um significativo mestre da saúde, e julgam que os médicos são os seus detentores. Daí acreditarem que estes podem proporcionar e dar o estatuto de saúde a que tanto almejam. Assim, acabam aceitando as intervenções que acreditam ser necessárias para que sua demanda seja atendida. Sabemos, com Clavreul (1978), que o discurso da doença é o discurso da medicina. A este profissional cabe a posse do saber sobre a doença do paciente. Dessa forma, apenas ele poderia apontar o tratamento.

Ao longo da história das práticas médicas, já aparecera uma posição apontada por Donnangelo (1979), a qual considerava que o ato médico implica em uma relação que envolve pelo menos dois agentes: o médico e o seu objeto de intervenção, que, no caso, é o paciente, ou parte de seu corpo. É nessa relação que algo se estabelece e que proporciona a construção de um vínculo terapêutico que, em alguns momentos, se torna mais importante do que a

própria prescrição do tratamento. Na medida em que o médico assume uma posição marginalizada diante de seu ato, ao responder por uma instituição, faz com que se afaste momentaneamente da terapêutica que possibilitou a sua prática. Isso é consequência do espírito científico do final do século XIX, que primou pela tarefa de responder à patologia humana por uma perspectiva científico-biológica. Pode-se apontar aqui o problema ético da responsabilidade médica, ao agir, na maioria das vezes, seguindo um ritual científico, desconsiderando o vínculo estabelecido com a clínica e o paciente, o que acarreta consequências no tratamento.

Considera-se que se pode alcançar o conceito de saúde definido pela OMS como completo bem-estar biopsicossocial. É impossível, na medida em que não há como definir o que é esse completo bem-estar, porque “estar bem” é do campo da subjetividade, a saúde é um valor que não pode ser objetivado. Além do mais, o completo bem-estar implicaria em um estado fora da temporalidade, dado que esse contínuo só poderia existir em um campo imutável, além ou aquém de qualquer tipo de relação, inclusive aquela estabelecida pela simples passagem do tempo, por sermos mortais. Mesmo fazendo uso de todo o aparato tecnológico que está em suas mãos, o médico sabe que algo fica de fora do benefício terapêutico empregado por ele.

A prática também ensina, e isso os médicos podem confirmar, que, em alguns casos, quando o paciente aborda o médico, não quer simplesmente a cura. O paciente coloca o saber médico à prova exigindo que o profissional possa tirá-lo da sua condição de doente, o que implica que ele pode querer permanecer nessa posição (LACAN, 2001, p.10)

A medicina encontra-se sustentada por ideais de saúde que são produzidos a partir do contexto sociocultural. Esses ideais servem como algo que é necessário alcançar. Assim, é atribuída à medicina a responsabilidade para proporcionar tal fim aos que a ela se dirigem. Ao colocar-se em um lugar de tudo-saber e tudo-poder, por vezes, ignora a dimensão do desejo, já que não corresponde ao seu objeto de intervenções. Entretanto, o modo como responde à demanda pode mudar todo o rumo da clínica. É no ato clínico, quando, ao interrogar, ao prescrever e ao diagnosticar, a medicina leva em consideração a existência de cada caso particular; é dessa maneira que ela conseguirá responder de um lugar próprio sem perder de vista sua responsabilidade.

Lacan, no artigo *O lugar da psicanálise na medicina*, assinala que

[...] à medida que o registro da relação médica com a saúde se modifica, em que esta espécie de poder generalizado que é o poder da ciência, dá a todos a possibilidade de vir pedir ao médico seu ticket de benefício com um objetivo preciso imediato, vê-se desenhar a originalidade de uma dimensão que denomino demanda e é no registro

do modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica. (LACAN, 2001, p.10)

É no nível da demanda que o ato médico se submete ao poder da ciência para justificar e legitimar sua prática em torno de uma estrutura diagnóstica no qual prevê caminhos a serem seguidos visando a cura e reabilitação do paciente, pois considera-se que a doença apresenta uma causa e que esta pode ser passível de comprovação. Tal fato se contrapõe quando nos referirmos ao sofrimento psíquico, posto que não há como determinar uma causa, mas elementos subjetivos que rearranjados provocam um sofrimento. Considerar a clínica do um a um é válido não somente para a psicanálise, mas também para a medicina uma vez que a clínica avança entre a tensão da singularidade do caso e da generalidade da teoria.

Tal consideração permite afirmar que a responsabilidade da medicina, mais precisamente do médico, está ligada não somente a uma questão moral definida por códigos de conduta, mas também pela sustentação de uma causa que coloca em jogo a atividade clínica da escuta do sofrimento do paciente. Desde a época anterior ao período cristão, era imputada à medicina a função do bem, ou seja, sua prática sempre foi baseada no princípio da beneficência, que continua presente no juramento dos médicos. Entretanto, o que também observamos é que se deve ter o cuidado de saber até onde é possível ir e como responder às demandas que se apresentam.

Não podemos deixar de considerar que o campo da saúde coloca em jogo duas ordens de responsabilidade, a saber: a responsabilidade do médico na medida em que deve se responsabilizar pelo seu ato e a responsabilidade do doente em sustentar ou não sua doença. “Portanto, não devemos pensar que, na nossa sociedade medicalizada o indivíduo é passivamente arrastado a uma condição de mero objeto científico” (PINHEIRO, 2006, p.46), pois ele (paciente) também é responsável por seu processo saúde-doença. Assim, o campo da saúde liga-se a um modelo e prática que coloca na somente o discurso médico como propagador da saúde, mas, principalmente, o paciente como principal responsável pelo cuidado de si.

Tal prática de cuidado de si implica um reconhecimento de si como sujeito autônomo e responsável que pode, a partir de decisões corretas (saudáveis), definir o curso de seu destino tendo em vista seus limites físicos que o singularizam e o situam entre a vida e a morte. (PINHEIRO, 2006, p. 52).

A história da clínica médica e suas repercussões no campo da saúde abre espaço para diversos profissionais adentrarem no ambiente hospitalar e questionar o que está em jogo nessa instituição bem como possibilitar construção de um novo saber. Ao mesmo tempo, o

hospital se constitui como lugar de cura trazendo o imperativo do discurso científico. Frente a isso, temos a entrada da psicanálise nesse espaço que tanto levará quanto receberá contribuições, ao se inserir nesse ambiente. Mas como ela se posiciona nesse contexto?

#### ***4.1.2. Os dispositivos clínicos no hospital***

A prática impôs aos analistas presentes no hospital o manejo dos dispositivos clínicos que pudessem atender a demanda institucional sem perder de vista a orientação freudiana sobre os fundamentos éticos que configuram a prática analítica que se relacionam com a linguagem, o sofrimento psíquico e o inconsciente. Os entraves clínicos encontrados no hospital indicavam a necessidade de ir em oposição a um certo “ideal” de clínica referenciado pelo consultório particular e pelo ideal da saúde que perpassa os profissionais presentes na instituição. Assim, a construção da psicanálise no hospital passa por um percurso próprio do analista ao mesmo tempo em que entende

(...) o hospital como modelo exemplar de uma instituição disciplinar, observamos nele a marca da hierarquia, do controle, da rigidez, da manipulação, da falta de cerimônias, da falta de pudores ao despir os pacientes de suas defesas físicas e psíquicas, por meio de exames minuciosos, que desnudam o corpo e desvelam a alma, destituindo o paciente de qualquer privacidade em seus recônditos mais íntimos. Paralelamente, percebemos nosso trabalho controlado, observado e descortinado, por intermédio de inúmeros mecanismos burocráticos que se infiltravam na clínica, organizando, avaliando, mensurando e, muitas vezes, procurando determinar os caminhos a serem seguidos. (PINHEIRO & VILHENA, 2007, p.203).

A visibilidade e a transparência hospitalar contribuem para um campo clínico marcado pelo olhar do outro, a intimidade do paciente revelada e a nossa práxis vigiada. Frente a tais especificações, resta aos psicanalistas investigar e elaborar o que é possível realizar na instituição colocando a singularidade de cada caso como peça fundamental na legitimação de sua prática.

Pinheiro & Vilhena (2007), ao abordarem a questão dos dispositivos analíticos na instituição hospitalar, realizaram entrevistas com psicanalistas que trabalham em hospital e concluíram que todos os entrevistados apontaram os elementos constitutivos da prática analítica no consultório privado que já foram identificados por Freud, em 1913, a saber: entrevistas preliminares, questão do tempo, divã e pagamento. No entanto, percebe-se também que esses elementos ganham uma configuração específica no ambiente em que estão inseridas e ao tentarem aproximar tais contextos acabam por delimitar diferenças.

Figueiredo (1997) como apontado no primeiro capítulo também indicou os dispositivos clínicos na instituição como articuladores possíveis na clínica psicanalítica. Um ponto também a ser destacado é o trabalho em equipe, o que irá diferenciar o trabalho do analista dos profissionais envolvidos na instituição é o manejo quanto à transferência e às demandas que lhe chegam.

Abordaremos aqui as entrevistas preliminares, o tempo, a transferência e o trabalho em equipe como elementos a partir da experiência do estágio realizado pela autora.

a) **Entrevistas preliminares.** Para Freud, as entrevistas preliminares são chamadas de tratamento de ensaio. São caracterizadas por um primeiro contato com o paciente. Freud (1913/1996) refere-se a esse período para conhecer o paciente e decidir se continuará ou não com o tratamento.

A função das entrevistas preliminares é de marcar um limiar, instaurar um corte com o que vier da demanda. E quem faz isso é o analista.

Apenas ele pode ser a causa possível disso, não por sua resposta, mas por sua oferta antes da demanda. A oferta não responde, ela se coloca de antemão, ela é a condição primordial, inaugural, e deve ser bem distinguida da resposta. Ela é prévia à demanda que deve produzir. A oferta é [...] um ato de posição do inconsciente, do inconsciente suposto. Ela é assim desde a instrução da associação livre, aliás, já que ela, ao convidar a falar sem censura, é convite para que se emita significantes sem consideração pela coerência, a correção ou a validade dos significados produzidos. (SOLLER, 2013, p.16)

No processo analítico, o corte nas entrevistas preliminares indica a entrada em análise. Em um hospital geral, dificilmente haverá a possibilidade de um empreendimento desse tipo, a não ser que seja em enfermarias nas quais há a continuidade de tratamento como, por exemplo, a hemodiálise. No entanto, ao propor a oferta, o analista na instituição abre possibilidades para a “construção conjunta entre paciente e analista de uma demanda de análise, de forma a permitir que os sintomas apresentados deixem de se referir exclusivamente ao corpo biológico e possam se inserir na dinâmica dos investimentos libidinais” (PINHEIRO & VILHENA, 2008, p. 207). Assim, contribui para que o sujeito possa se situar em relação à posição ocupada por um Outro, ao mesmo tempo em que constrói um lugar no qual a palavra é considerada a principal ferramenta de trabalho.

Certa vez, em um atendimento na UTI, uma moça que estava com o pai internado falou: “eu sei que aqui é o lugar onde eu posso falar e ser escutada. Onde eu posso falar sem medo de ser punida, falar o que eu quiser” (sic). De alguma forma, ela encontrou esse lugar, que é ofertado pelo discurso analítico. Lugar do Outro que convida o sujeito a falar o que lhe

vier à cabeça assegurando a este que sua palavra não será em vão e que algo poderá ser elaborado.

b) **Temporalidade.** O tempo no hospital é determinado em prol dos avanços médicos em relação à doença do paciente. Quem determina a alta hospitalar é o médico. Desse modo, tanto os outros profissionais como os pacientes ficam submetidos a uma avaliação diagnóstica realizada em prol de um conjunto de ferramentas que avaliam a melhora biológica e definem o tempo da permanência no hospital. A instituição hospitalar atende a um número considerável da população, bem como apresenta uma ampla oferta quanto aos serviços que vão desde a emergência às enfermarias específicas como neurologia e hemodiálise.

Tendo em vista que o hospital necessita de uma organização não apenas espacial, mas também temporal, o psicanalista deve atuar com o tempo que lhe é disponível, uma vez que seu trabalho é no leito dos pacientes, e não ultrapassa o hospital a não ser que haja encaminhamentos para outros dispositivos da rede de saúde.

A brevidade da permanência do paciente no hospital induz a uma aceleração também do trabalho do analista para a produção de efeitos visíveis e rápidos. Entretanto, o tempo no qual trabalha o analista é um outro que implica o tempo do sujeito, da elaboração do saber inconsciente. O analista no hospital, embora por tempo determinado, pode possibilitar ao sujeito, minimamente, uma pausa subjetiva no *chronos*, e pensar sobre seu sofrimento e as implicações que isso causa em um tempo próprio ao inconsciente.

Sendo assim, os efeitos produzidos pelo discurso do inconsciente são relatados em um tempo *a posteriori*. Lembro-me de um familiar que foi atendido durante um período de dois meses no hospital por estar com uma filha internada, primeiramente na UTI, depois, no setor de Neurologia. Durante esse tempo, o atendimento era realizado três vezes na semana. A mãe sempre se esforçava para estar nos horários marcados. Após dois anos da alta hospitalar da filha, a mãe liga para a estagiária que a atendeu para continuar com o “atendimento psicológico” que iniciou no hospital. Relata ainda que tal período foi importante para sustentar o sofrimento pelo qual ela e a filha passaram e que agora tinha condições de continuar.

c) **Transferência.** Esse dispositivo é fundamental para articular a fala do sujeito à sua realidade, e é essencial para o trabalho analítico, uma vez que Lacan pontua: “no começo da psicanálise é a transferência” (LACAN, 1967/2003, p. 252), fato que também fora observado

por Freud desde seus *Estudos sobre Histeria*, quando percebia que havia um elemento a mais no tratamento. A transferência, caracterizada por uma suposição de saber à figura do analista, remete a este o suporte de posição de um *suposto saber*. Desse modo, a transferência não se restringe somente ao tratamento analítico, posto que esse fenômeno ocorre quando há uma demanda e uma suposição de saber dirigida a alguém ou até mesma dirigida à instituição. Daí, o manejo da transferência ser o grande diferencial do trabalho analítico nas instituições, pois nesses espaços os desafios são diversos. A psicanálise adverte que só há um sujeito em análise e que o saber está do lado do sujeito.

Essa *dérmache* só é possível se o analista *sustenta seu lugar*. É essencialmente para isso que ele não se toma por médico, nem por “paramédico” ou por psicólogo, ainda que essas sejam formações que ele teve antes de sua própria análise, no momento em que essa se revelou didática. O saber do psicanalista lhe concerne em primeira ordem, uma vez que ele aprendeu (...) que o saber é inseparável de tramas não sabidas, inconscientes, e que as tramas de cada um sustentam-se de diferentes modos, em uma singularidade que escapa a todo e qualquer projeto de classificação. (SZPIRKO, 2000, p. 60)

Considerar o saber no lado do sujeito bem como seu modo singular de se posicionar frente ao outro é o que diferencia o trabalho do analista dos profissionais presentes na instituição. Assim, consideramos também que o posicionamento do sujeito diante das respostas que ele dará diante das possibilidades de tratamento oferecidas a ele dependerá do modo como se constitui enquanto sujeito. Fato pelo qual será possível ter acesso pela forma como atua em transferência, e disso ele é responsável.

d) **Trabalho em equipe.** O hospital apresenta inúmeros profissionais para atender o paciente de forma integral, segundo as diretrizes do SUS. Os profissionais envolvidos responderão cada um pelo seu fazer. Como a psicanálise não é uma profissão, seu discurso entra na instituição, na maioria das vezes, pela contratação de psicólogos e, estes, por sua vez, são atravessados pela escuta analítica.

Na experiência como estagiária, inicialmente, a equipe não recebia os estagiários de psicologia a contento. Entretanto, com nossa permanência e insistência, conseguimos construir um lugar para o nosso trabalho. Abrimos as portas e fomos adentrando no hospital sem saber o que nos esperava, mas com o desejo de ir além do que se via. O vínculo com a equipe foi construído a cada dia, a cada momento, a cada presença. Com a construção de um lugar para a psicologia na instituição, os encaminhamentos começaram a surgir por todos os lados. Porém, tais demandas passaram por nossos questionamentos e realocação das demandas no discurso, posto que muitos direcionamentos de pacientes não correspondiam

necessariamente ao nosso fazer, mas apresentavam algum mal estar ou mal entendido diante da situação que estavam envolvidos como, por exemplo, uma mãe (residente em um distrito distante do hospital) que estava na pediatria há uma semana com o filho de dois anos, internação da qual não esperava, pois foi ao hospital apenas para uma consulta, e teve que permanecer na instituição. A equipe pediu atendimento da psicologia devido a mãe “não falar muito” e realizar apenas ao que lhe era pedido. Questionamos a equipe qual seria o problema nisso?. Quando fomos escutar a mãe ela relatou que estava preocupada com os outros filhos que estavam em casa, inclusive com o mais novo que só tinha 11 meses. O caso foi encaminhado para o serviço social. Nesse caso, observa-se que uma simples pergunta poderia permitir que a paciente pudesse falar sobre essa sua apatia na instituição que se referia a algo simples de resolver e obteria o encaminhamento a quem teria condições de resolver tal incomodo.

Cabe então, ao receber encaminhamentos que ora se apresentam confusos ou “fora de lugar” realocar as demandas possibilitando um espaço de acolhida e escuta do sujeito redirecionando a demanda ao que a psicanálise trabalho, o desejo (FIGUEIREDO, 1997).

#### 4.2 A responsabilidade do analista no hospital

A instituição hospitalar prima por uma cientificidade e objetividade que levariam à cura do corpo doente. Ideal que passa também pela condução do tratamento de quem está promovendo saúde. Lacan (1959-60), no livro 7, *A ética da psicanálise*, alerta para o perigo de o analista ser seduzido por determinados ideais que promoveriam aquilo que Freud já advertia quanto ao *furor sanandis*. Os ideais ao qual Lacan aponta são: 1) o **ideal do amor humano** – o ideal genital; 2) **ideal da autenticidade**, que leva a construir normas clínicas que facilitam cair em uma armadilha de ideais morais; e 3) **ideal de não-dependência** perpassada por uma lógica preventiva na qual a educação enlaça os determinantes a serem seguidos. O percurso nessa obra de Lacan é fundamental para uma reflexão e diferenciação entre uma ética que é própria do psicanalista e uma outra que corresponde a ideais morais regida por uma política que prima pelo bem.

Os ideais retratados por Lacan foram estão relacionados com as considerações freudianas em 1913, quando alertava aos analistas iniciantes sobre o cuidado em não ceder às exigências institucionais e ao seu próprio narcisismo.

A responsabilidade do analista está ligada a uma ética que não é a mesma atribuída a cada profissão presente no campo hospitalar que é regida por um código de regras. Trata-se da ética o que concerne ao desejo dos seres falantes. O desejo para Lacan (1959-60, p.35) “não tem o caráter de uma lei universal, mas, pelo contrário, da lei mais particular-mesmo que seja universal que essa particularidade se encontre em cada um dos seres humanos”.

Sabemos que, no hospital, há o predomínio do saber médico. A ética da medicina refere-se a um discurso que separa o homem de sua doença, tentando constituir o homem em uma normalidade. O Bem está do lado do homem normal e saudável, à imagem ao qual se pode identificar. E, do lado da doença, está o Mal, que deve ser eliminado. Para tentar restabelecer essa ordem, o discurso médico funciona como um imperativo, ditando os modos de vida do sujeito. Imperativo que vem através de um enunciado dogmático, a prescrição médica. Deste modo, o médico, representante do discurso científico, ao diagnosticar, produz mecanismos de lidar com a doença a partir de uma estrutura diagnóstica que permite sanar as disfunções orgânicas.

Como antes dito, percebe-se que o discurso médico científico nem sempre consegue dar conta do mal estar que assola no hospital. Isso fica claro, quando, por exemplo, há um paciente que resiste ao tratamento ou questiona o fazer da equipe. Esses pacientes fogem da racionalidade médica e cobram do outro uma posição no discurso. É nesse momento de vacilo do discurso científico que a psicanálise pode ser convocada por esse saber que predomina no hospital para possibilitar outro olhar sobre aquilo que escapa ao saber médico: o sujeito. Para a psicanálise não se trata de preencher as lacunas da medicina, mas de possibilitar um discurso que introduza o sujeito no seu sofrimento (CLAVREUL, 1993).

O discurso analítico não responde de um lugar de mestria, marcando a diferença principal entre o fazer médico e o “fazer” psicanalista. Sendo assim, o discurso do analista estabelece um modo de laço social que marca a falta como presença convidando o sujeito a falar; portanto, trata-se de um saber a ser buscado e não imposto pelo médico ou pelo analista. Constitui-se, dessa forma, um saber a ser construído, ao mesmo tempo em que constrói um lugar ao analista, já que este também não está dado.

Temos, então, que a clínica é a produção teórica dos efeitos que a prática produz, mas resta à prática algo inapreensível pela linguagem/pelo simbólico, e que produz efeitos tanto para aquele que pratica o ato quanto para quem recebe. O ato analítico provoca a emergência do sujeito do inconsciente. O inapreensível na prática clínica é o inconsciente, que

como afirma Lacan (1964a/2008), é sempre um achado e, uma vez apresentado, está prestes a escapar de novo, instaurando a dimensão da perda. Daí, considerarmos que o inconsciente não está dado, a ele se deve chegar.

No Seminário livro XVII, ao tratar sobre os lugares do discurso, Lacan (1969/2008) discute sobre a frase freudiana “onde o Isso estava o eu deve advir”, para se posicionar frente ao lugar do analista e do sujeito no laço social. O que Freud (1933 [1932]/1996) alude com essa máxima é que o Isso, através da linguagem, manifeste para o eu algo da verdade do sujeito, uma vez que o sujeito do inconsciente se manifesta onde o Isso fala. É reconhecendo esse outro saber “não-sabido” que o sujeito se responsabilizará pelas suas escolhas e pelos caminhos que deverá seguir. E a ética do analista está justamente em não se colocar no lugar de mestre, ditando aquilo que deve ser seguido pelo sujeito, mas de fazê-lo produzir um saber singular. Assim, a psicanálise atua na contramão das certezas científicas, que permeiam a instituição hospitalar sobre o comando do saber médico, apontando as (in)certezas do sujeito.

Esse mesmo aforismo freudiano podemos articulá-lo ao lugar a ser ocupado pelo analista. É Lacan que afirma categoricamente que “é ao analista, e a ele somente, que se endereça essa fórmula que tantas vezes comentei, *Wo es war, sol Ich werden*. Se o analista trata de ocupar esse lugar no alto e à esquerda que determina seu discurso, é justamente porque de modo algum está lá por si mesmo” (LACAN, 1969/2008, p. 55).

Kehl (2009, p.73) assinala que “a ética da psicanálise não responde a um ‘dever conhecer’, mas a um ‘deixar falar’ a verdade do sujeito”. Não se trata de adaptar ou normatizar o paciente, mas possibilitar que algo do sujeito possa advir. E isso é feito através da palavra e da escuta ofertada pelo analista. Escuta sobre o inconsciente e suas manifestações que pode ser realizada independente do lugar no qual esteja o sujeito, sendo assim, a escuta analítica no hospital é possível pela presença do analista.

O que se deve ter como norte da prática da psicanálise é a ética que funda a clínica. Ética que tem relação com o desejo e o caminho trilhado pelo analista. Independente do lugar aos quais os analistas decidam ocupar “os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, àqueles tomados a psicanálise estrita e não tendenciosa” (FREUD, 1919/1996, p.181). De acordo com essa afirmação freudiana, podemos aferir que a responsabilidade do analista diz respeito a sustentar esses “ingredientes mais efetivos e mais importantes” que arriscamos afirmar que sejam o inconsciente e sua escuta.

A ética e clínica psicanalítica articulam-se através do ato, e segundo SOUZA (1996) pode-se dizer que enquanto a ética concerne à afirmação de um ato no qual emerge das relações do sujeito com seu desejo inconsciente sendo consentido pelo mesmo, para a clínica o ato é o analítico, ou seja, institui e sustenta a experiência do sujeito, causando um trabalho sobre um saber inconsciente e a dimensão conflitante da divisão subjetiva.

O ato é correlativo a uma posição a ser tomada pelo analista, posição exigida pelo dispositivo da análise e que especifica o analista em seu dever e mister: o de ocupar um lugar outro, totalmente distinto daquele onde é requisitado. Requisitado a se oferecer enquanto um da totalização, um da união, trazer o um contável, um da diferença. [...] Requisitada sua presença como encontro, encontro do que se espera, presentificar o encontro faltoso, achado do que não se procura. Esta é a posição exigida ao analista, posição que lhe obriga a um contínuo apagamento das paixões do eu, eu sempre pronto a deixar-se afetar por tudo o que é da ordem do narcisismo, do amor, da estima, dos ideais. (SOUZA, 1996, p. 172).

A posição exigida ao analista remete à tarefa de sustentação da transferência, o sujeito suposto saber e sua destituição. Posição que exige a renúncia aos ideais e para, além disso, é exigida a renúncia a um ideal do bem como condição de possibilidade do desejo do analista. Lacan (1959-1960) foi incisivo quanto aos riscos de aceitar os ideais, pois uma vez presentificando-os na experiência analítica podem comprometê-la com um humanitarismo piegas degradando-a no ideal de querer o bem do sujeito.

A direção apontada por Lacan e Freud é do encontro com a castração e a cura. O sujeito precisa se deparar com sua falta constituinte para assumir sua responsabilidade diante daquilo que o determina, seu inconsciente. E a responsabilidade do analista sustenta esse ato que promove a dimensão do não saber e não responde por determinados ideais produzidos pela cultura. Assim, a responsabilidade frente ao ato “é o cerne da questão ética, da ética que convém à clínica analítica” (SOUZA, 1996, p.174).

Colocar-se para escutar o que está além dos ditos é uma função a que poucos conseguem seguir. A escuta impõe limitações frente ao desejo de curar ou de fazer o bem, mas tal escuta é necessária para que, através da fala, o sujeito possa emergir e se responsabilizar pelos seus impasses. Dentro da prática hospitalar, alguns profissionais, dentre eles médicos que têm uma aproximação com a psicanálise relatam experiências nas quais o resgate da fala proporcionou aos pacientes uma experiência outra sobre seu sofrimento. Resgatamos o exemplo de Del Vogo, médica, que compartilha conosco sua experiência em prática ambulatorial de doenças pulmonares.

Marie-José Del Volgo (1998) apresenta um termo denominado “o instante do dizer” para referir-se a um atendimento de escuta na consulta médica e embora seja um curto

período, geralmente dois a três momentos, coloca o “instante do olhar” próprio do discurso médico em paralelo ao “instante do dizer” referente ao psicanalista e define tal instante como

um instante de gênese, no sentido em que é criador de acontecimentos psíquicos. Propriamente falando, ele os engendra, à condição que o encontro tenha lugar. Esse tempo mútuo deixa a lembrança de um encontro, deixa traços na história dos pacientes e na nossa, e é enquanto fato de história que o instante de dizer cria uma irreversibilidade; abertura a uma criação, o instante de dizer é produtor de reelaboração e de reconstrução. (DEL VOLGO, 1998, p. 29)

A adoção dessa posição nas suas consultas permite a Del Vogo (1988) criar uma oferta de escuta que é apreendida pelos pacientes como surpresa, o que permite um “efeito de ruptura no encadeamento dos cuidados e dos exames complementares, propício a uma abertura em direção ao desconhecido” (DEL VOLGO, 1998, p. 144). Deixar falar o paciente é uma aposta da autora para que seja possibilitada a descoberta do inconsciente pelo paciente a partir de seus dizeres, dessa forma complementa que o paciente, através da relação estabelecida com o médico por um vínculo transferencial, “pode ser levado a historicizar seu sofrimento, a entender sua queixa de uma maneira inédita” (DEL VOLGO, 1998, p. 145).

Com a possibilidade de abertura para a fala, o sujeito poderá se reposicionar frente ao seu sofrimento de uma outra forma, e poderá trazer uma verdade sobre o mesmo. Del Vogo (1998) alerta que é o sofrimento atual do paciente, quaisquer que sejam suas queixas, que justifica a intervenção do psicanalista. As palavras que ele diz falam sobre seu desejo e a responsabilidade do analista se coloca quando permite a possibilidade de tal ocorrência que tem, como consequência, o reposicionamento do sujeito no discurso. Em paralelo a isso, a responsabilidade do sujeito também vem à tona, pois ele também é responsabilizado quando é colocado a falar. Como assinalara Del Vogo, “sua atualização na fala tem alguma chance de reduzir o sofrimento atual, desde que permaneçamos nos limites de nosso dispositivo.” (1998, p. 170). Permanecer nos limites da clínica na instituição nos autoriza a falar sobre os efeitos terapêuticos que poderiam ter risco de anulação por fazermos referência a uma realidade objetiva que difere do nosso discurso e do nosso objeto de intervenção, o inconsciente.

Relacionamos esse “instante de dizer” ao tempo disponibilizado no hospital, pois se trata de um curto período em que é ofertado um lugar de fala; embora isso possa ter outros desdobramentos como a possibilidade da continuação em consultório particular. Nesse contexto, mostraremos algumas situações com as quais nos deparamos no hospital e demonstraremos como a responsabilidade do analista está colocada na instituição bem como sua implicação nas questões aí colocadas.

### **4.2.1 Da transferência**

No contexto hospitalar, o vínculo transferencial pode vir, inicialmente, direcionado à instituição, a um setor ou a uma pessoa específica que não o analista. Portanto, a transferência pode se dirigir a um saber diferente do ofertado pela ciência. Para tal, é necessário que compreendamos o conceito de transferência a fim de que possamos operá-la no ambiente hospitalar, ou seja, fora do consultório privado.

Quando um paciente procura um tratamento, possivelmente ele quer a cura de seu sintoma. E supõe que o saber e a sua cura está atrelado a outro. Tal suposição é trabalhada no fenômeno da transferência; se esta é o amor ao saber, no sentido de que a mesma, como aponta Lacan (1964a/2008), é a atualização da realidade do inconsciente. O que o analista, diferentemente do médico, precisa reconhecer é o não-sabido como contexto do saber, de um saber que é inconsciente e que a partir da falta produza seu próprio saber. O psicanalista constitui-se como um Outro no qual o paciente será levado a acreditar que sua fala não será em vão e que a partir dela algum saber será elaborado. A transferência se apresenta aqui quando o sujeito transpõe para o analista o detentor desse saber.

A transferência não é a atualização da ilusão que nos levaria a essa identificação alienante que constitui qualquer conformização, ainda que a um modelo ideal, de que o analista, em caso algum poderia ser suporte - a transferência é a atualização da realidade do inconsciente (LACAN, 1964a/2008, p. 144).

O que Lacan acaba de dizer nos remete à diferença que se coloca quanto ao manejo da transferência por parte dos médicos e dos psicanalistas. Os primeiros trabalham com a demanda da forma como chegam, e o analista recebe a demanda e a direciona para o que está por trás desse pedido, que se refere ao desejo do sujeito. Obviamente, em um hospital, não chegaremos tão longe, mas alguns efeitos poderão ser passíveis de visualizar na operação do discurso analítico.

Como exemplo, podemos fazer referência a uma situação na qual a filha de uma paciente - que chamaremos a partir daqui por Flora - que estava internada no setor da alta complexidade me procurou angustiadamente e chorosa, pois queria falar com a médica. Sua mãe já estava internada havia 13 dias no setor e sempre no mesmo leito. Quando a porta se abria, ela conseguia ver sua mãe. O problema é que, neste dia, a trocaram de lugar. Essa foi a razão de sua angústia. Convidei a médica para conversar com ela.

Ela, apressadamente, e ainda chorosa, pediu para a médica colocar a mãe no mesmo lugar em que ela estava, pois não poderia ficar longe dela. Flora havia prometido à

mãe que nunca se afastaria dela, e iria cuidar dela até seu último dia de vida. A médica prontamente respondeu que não tinha motivos para ela ficar nervosa, pois sua mãe continuava sendo tratada e o lugar não importava. Flora, obviamente, não se contentou com as palavras da médica e disse: “Doutora, a senhora não entende. Eu fiz uma promessa à minha mãe e quero cumpri-la. Eu preciso dela perto de mim, preciso que ela fique no lugar onde estava para que, assim, eu possa vê-la”. Mesmo Flora relatando sobre sua angústia, a médica continuava irredutível na sua decisão de não trocar a paciente de lugar. Então, intervenho: “Doutora, o que pode ser feito? O que podemos fazer?!”. Essa pergunta abriu espaço para que a médica se posicionasse frente a uma demanda transferencial que Flora lhe fez, fazendo com que ela se incluisse na cena. A médica voltou o olhar para Flora e perguntou: “Isso é muito importante pra você?”, ao que Flora respondeu: “É sim, doutora! Muito importante!”. Então, a médica disse que, quando sair algum paciente do setor, pedirá para fazer a permuta e, assim, a mãe de Flora voltará para o mesmo lugar no qual seu olhar podia alcançá-la.

Uma intervenção desse tipo – o leitor pode pensar – poderia ser realizada por qualquer membro da equipe que fosse sensível quanto ao discurso trazido pela filha sobre a promessa feita à mãe. A diferença entre a posição do analista e dos profissionais da instituição nesse tipo de intervenção refere-se à denúncia do desejo que está operando e, em paralelo, colocá-lo para ser dito.

Flora deu o testemunho de sua divisão. Ela sabia o que queria e o que desejava, e sofria por isso. Por outro lado, era necessário que essa divisão operasse um efeito na equipe. Efeito que pode ser observado na médica, com quem o ato analítico de confrontá-la com a arbitrariedade de uma norma a ser cumprida (pois ela sabia o que era melhor para a paciente e filha) pode ser retificada: ela, a mãe, pode ser mudada de posição. Isso não é uma psicanálise, mas efeito do ato analítico e sua ética. Os efeitos analíticos são provenientes do ato. E este tem relação com o desejo do analista.

Há desejo do analista no tratamento. [...] todos os seus enunciados não valem tanto por sua face de enunciado como pela enunciação que, necessariamente, a partir deles, se posiciona. Desde então, é igualmente conveniente, para se situar nessa questão da ética, afirmar que o desejo do analista nada é senão sua interpretação. Ao se tomar as coisas por sua face de enunciado, ocupa-se de técnica- mas quando elas são tomadas por sua face de enunciação, ocupa-se de ética. [...] o desejo do analista é portanto, sem dúvida, uma categoria ética; mas é igualmente importante- aí está o passo a ser dado- que seja operatório, que ele seja técnico no tratamento. (MILLER, 1996, p. 111)

Então a pergunta “o que podemos fazer?!”, destinada à médica, é relativa a uma técnica que condiz com a ética do analista, pois não se trata de “vacilar entre a exclamação e a

interrogação, mas deixar exatamente indeciso, indeciso diante de uma afirmação- nada além do que um vazio.” (MILLER, 1996, p. 112).

A médica não considerava outra possibilidade de escolha além do que ela já havia feito. A mudança de um discurso a outro promove a emergência do discurso do analista e o saber que a psicanálise opera é aquele com o qual o sujeito é forçado a mudar de posição.

Do mesmo modo, por ser sempre ruptura com o instituído e inauguração de um novo começo, o ato analítico exclui qualquer vínculo com os ideais, valores constituídos e consolidados a exigirem continuidade, preservação. O ato é acontecimento e irrompe na contracorrente dos ideais suspendendo todo o instituído até então. O ato analítico, em sua particularidade, suspende o saber e as paixões. (SOUZA, 1996, p.174)

A médica muda seu posicionamento quanto a deslocar a paciente de lugar não porque a filha pediu, já que o pedido estava sendo feito desde a madrugada. Algo deve ter apontado para o saber instituído desse sujeito, uma vez que ela mudou ao ouvir novamente sobre o sofrimento da filha. Algo insurgiu, e a divisão subjetiva quanto ao saber o que era melhor ou não para a paciente surge como uma questão. É quando há dúvida que podemos nos deslocar das nossas certezas.

Em *A Dinâmica da Transferência* (1912/1996), Freud aborda o porquê da transferência ser um meio de resistência, e o porquê dos médicos não utilizarem isso como algo para facilitar o processo terapêutico, em vez de dificultá-los. O que podemos perceber nesse caso é que uma simples intervenção possibilitou que a médica percebesse o quanto sua função era importante e que, talvez, se ela soubesse manejar essa transferência não necessitasse de um analista por perto. Mas, como diz Freud,

o médico tenta compeli-lo (paciente) a ajustar esses impulsos emocionais ao nexo do tratamento e da história de sua vida, a submetê-los à consideração intelectual e a compreendê-los à luz de seu valor psíquico. Esta luta entre o médico e o paciente, entre o intelecto e a vida pulsional, entre a compreensão e a procura da ação, é travada quase exclusivamente, nos fenômenos da transferência (FREUD, 1912/1996, p. 119).

O que a médica tentou fazer foi convencer Flora de que sua angústia não tem razão, pois isso não interferia no seu tratamento. O que a médica não sabe é que pode até ser que para a paciente não tenha efeitos, mas a mudança de posição da médica teve consequências também para Flora, pois, após esse momento, Flora deixou ser levada pelos seus desejos e passou a falá-los, mesmo que por meio de condensações e deslocamentos. Isso a proporcionou o início da construção de um saber que lhe é singular.

#### 4.2.2 O não-saber

Em uma das minhas visitas no setor de Alta Complexidade Pediátrica do referido hospital, a equipe (enfermeira e auxiliares) solicitou-me o atendimento aos pais de uma menina de 10 anos, que estava internada há algumas horas no setor, transferida da sua cidade natal. O diagnóstico foi a constatação de um tumor cerebral inoperável. A paciente estava sem nenhum prognóstico médico e em coma profundo. Os médicos conversaram com os pais e relataram que nada mais podia ser feito. E que agora só restava esperar pelo momento de sua morte.

O atendimento foi realizado em uma sala do consultório médico, que estava vazia no momento. Os pais sentaram-se e uma escuta foi possibilitada. A mãe relatara que não conseguia chorar, nem falar, o que a deixava tensa, pois queria desabafar de alguma maneira. Nasio (1997; 2007) considera que há duas maneiras de reagir dolorosamente à perda do ser amado: quando estamos preparados para o seu fim, no caso, por exemplo, de pacientes terminais ou quando a perda vem súbita e imprevisível. O sentimento doloroso advém da ruptura do laço social estabelecido com o objeto de amor e as formas que encontramos para lidar com essa ruptura imprevisível, segundo Nasio (2007) são o grito e a palavra. A mãe não conseguia falar nem chorar.

Constantemente, a mãe evocava o nome de Deus e de Nossa Senhora, pedindo ajuda. Quando interrogada sobre que ajuda ela pedia, não sabia responder: “Num sei, num sei... oh, meu Deus, eu num sei de nada, num sei o que eu quero...” (sic). O pai, escutando a esposa, e tentando, de alguma forma, elaborar seu luto, dizia que nada podia ser feito e que “o jeito era esperar a hora dela (da filha) ir” e se conformar com a situação. Em uma situação de desamparo, tentamos buscar algo que nos sustente frente ao sofrimento. A religião, na figura de Deus, é o amparo encontrado por muitos numa tentativa de ter acesso ao Outro que atende à demanda de amor e de proteção.

Geralmente, nessas situações, há uma urgência quanto ao tempo. Tempo para resolver o mal estar com eficiência. Tal imposição coloca não só o sujeito diante de impasses, mas também os envolvidos. Embora no hospital o tempo de encontro com o analista seja determinado pela rotina hospitalar e quando algo insurge o analista pode

... introduzir a dimensão de que “há tempo” abre o espaço para o movimento dos tempos lógicos propostos por Lacan. Diante da demanda de concluir instalada na urgência, o analista introduz uma pausa, oferece um tempo para compreender o que se passa com aquele sujeito, onde algo de sua verdade- mas não toda- possa emergir. Passamos “da conclusão antecipada que se plasma no ato à reintrodução do tempo do significante e do sentido que havia sido ignorado” (CALAMY, 2009, p. 132). O

sujeito em seu encontro com o analista pode então alcançar uma verdade que vai ser submetida à prova da dúvida, mas que não poderia se submeter se não alcançasse primeiro algo dessa verdade. (BATISTA, 2011, p.139)

O meu silêncio diante da escuta ao que aqueles pais discursavam causou um desconforto naquela cena por parte da mãe. Então ela disse: “Mulhé, fala alguma coisa, tu só fica aí calada, escutando nós. Fala, que eu quero ouvir alguma coisa.” (sic). “O que você quer ouvir?”, perguntei. Ela respondeu: “Alguma coisa que me console” (sic). Continuo: “o que te consolaria?”. “Num sei, num sei...” (sic), respondeu a mãe.

Mannoni (1995) fala que o inominável da morte deixa o sujeito sem palavras para nomear essa passagem sem volta e que não apresenta substitutos. A autora ressalta, ainda, a importância da fala, da presença humana como sustentáculo fundamental para a escuta daquele que, de alguma forma, necessita de um suporte que o traga de volta à dignidade humana, e permite também fazer uma ligação entre o que a morte apresenta de inominável e a possibilidade de nomear a vida que segue.

A consideração de Mannoni (1995) incide no lugar que o analista ocupa diante do sujeito ao qual é possibilitada a palavra, uma fala que será útil, e que a associação das palavras poderá levar a alguma construção de saber sobre esse real que invade e insurge de forma, às vezes, avassaladora. A responsabilidade do analista é colocada na sustentação desse lugar de “possível” amparo disponível para o encontro de possíveis saídas frente ao inevitável da dor e do sofrimento; é comum esse tipo de situação se apresentar no hospital.

A escuta do analista e o seu silêncio remete à falta no Outro. Trata-se de um mais além da técnica, que é próprio da psicanálise, onde se situa o desejo do sujeito, e isso é possível ao analista por ele próprio ter passado por um percurso que o levou a considerar um não sentido. Ao sustentar a dimensão da contingência ao qual todos estamos submetidos, a dimensão do inconsciente emerge como ruptura sobre um sentido estabelecido. Isso significa que dizer sobre algo que não nos incide, que não faz parte da nossa vivência, não levará a elaboração do outro. É na medida em que o sujeito se encontra dividido entre o que sabe e o que não sabe que algo aparece como questão e o possibilita a elaborar o não sentido frente ao desamparo.

Inicialmente, a posição psicanalítica diante do sofrimento humano pode ser decepcionante. O que eles mais querem, o que todos nós queremos, é alguém para nos dizer algo que possa tornar o nosso sofrimento o menos angustiante, mesmo não sabendo o que aplacaria essa angústia. Freud (1927/1996) já apontara sobre a procura do ser humano por algo que sirva de consolo e desamparo. Mas o que nos consolaria? A leitura freudiana indica

ainda que não há nada que preencha esse vazio. Entretanto, há paliativos que servem momentaneamente para encobrir a nossa castração. Dialogando com Moretto (2006), sabemos que essa angústia diante do não saber advém da falta de significantes e o que pode um psicanalista é se oferecer com um Outro que possibilita a fala, e torná-lo um lugar onde as pessoas encontram um saber sobre. Entretanto, supõem, pela via da transferência, que este saber está no Outro-analista. Essa suposição por parte do analisante nos coloca em uma função delicada, na medida em que a responsabilidade do fazer do analista implica uma postura em que “o sujeito analista ceda em seu desejo ao exercício da função de analista, para que o desejo relativo a essa função possa operar no tratamento, livre dos entraves da sua subjetividade” (MAURANO, 2006, p. 38).

Na posição que um analista escolhe assumir – um lugar onde nada sabe – é que se encontra o desejo do analista, uma posição que pode ser incompreendida por parte de alguns, justamente por não dar respostas e, sim, como nos aponta Maurano (2006, p. 34) por “manejar a transferência para colocá-la a serviço do trabalho analítico, e, portanto, vencer as resistências que tentam obstaculizar o processo analítico”. Então, ainda com a autora, “é através da intervenção do desejo do analista que a transferência efetiva-se como viabilização do tratamento” (MAURANO, 2006, p.10).

O lugar que o analista ocupa é referenciado na ética e não na técnica. Quando falamos em técnica, pressupomos uma detenção de conhecimento que universaliza o objeto, e isso acaba por findar a manifestação singular. Daí que o lugar do analista “não pode ser o de um outro sujeito – a intersubjetividade está fora de questão – deve ser o objeto que falta, lançando o sujeito ao desejo” (FIGUEIREDO, 2004, p. 26) Essa forma de perceber a posição do analista é que permite Maurano (2006) dizer que “o analista se empresta como objeto. Mas não como objeto qualquer, e sim como o que falta... é esse objeto que é causa de desejo, que está no lugar de comando, lugar de agente no discurso do analista” (MAURANO, 2006, p.60-61). O analista, em sua posição, convoca o analisante ao discurso, para que ele possa produzir o significante a que lhe referencia e reposicionar-se na sua forma de lidar com a falta de objeto e com a impossibilidade de abarcar o real. Ao ocupar sua função no hospital, o analista pode oferecer esse lugar de produção de significantes embora em tempo recortado. Sua responsabilidade é de frente ao *chronos* exigido na instituição favorece a emergência de um *Kairós*, um tempo oportuno de um acontecimento surpreso que permite a possibilidade do sujeito se posicionar frente a sua falta que independe do tempo instituído.

E como dar conta dessa posição? Muitas vezes, isso pode ser insuportável, porque, provavelmente, em algum momento, algo nos virá como muito semelhante e, então, como resguardar o nosso *eu* para que o sujeito do inconsciente possa aparecer? Quando respondo à demanda do sujeito, o que faço é aplacar a minha própria angústia diante daquilo que não tem como dar conta, o Real. Porque ao significar aquele sofrimento estou falando do meu sofrimento diante do insuportável que se apresenta no outro, mas que implica em mim (ao eu). E o que um psicanalista deve fazer é permitir um espaço de elaboração de questões do sujeito que é o do inconsciente.

Daí, a importância de uma análise pessoal como fundamental na formação de um analista, constituindo o tripé da formação psicanalítica: análise pessoal, formação teórica e supervisão clínica. Safouan (1991) ao falar da importância da análise dirá que ela “é necessária justamente para garantir a neutralidade do analista: a não interferência de seu desejo nas análises das quais se encarrega” (SAFOUAN, 1991, p. 8).

O encontro com a morte da filha ocasionou na mãe uma ruptura com os significantes que a estruturavam. A morte, concebida como algo sem representação inconsciente, nos deixa à mercê de um Outro, e inicia-se uma busca por restaurar uma organização subjetiva que supostamente existia antes desse encontro.

A filha faleceu duas horas após o comunicado da médica. Entretanto, um outro fator se apresentou. A criança tinha uma irmã gêmea. A equipe médica solicitou à mãe, que ela retornasse o mais rápido possível ao hospital (dois dias após a morte da filha), pois o tumor era genético e a outra filha poderia desenvolver. A mãe retorna ao hospital e é constatado que a gêmea também possui um tumor cerebral, mas que foi diagnosticado ainda no início. O diagnóstico ainda prematuro permitiu à criança e à mãe um outro destino. A criança não precisou fazer cirurgia. No entanto, passou um mês e meio internada realizando tratamento medicamentoso para destruir o abscesso, que obteve êxito total. E, para a mãe, um outro caminho despontava, o caminho sem a outra filha, mas um sofrimento passível de elaboração de mudança de posicionamento, quando ela se permitiu e conseguiu falar. Durante a internação, a mãe pediu atendimento e, no final, agradeceu por todos “aqueles momentos”.

Tanto os momentos lembrados pelo sujeito como o caminho escolhido por ele diante do inesperado que o atingiu refletem uma noção de responsabilidade que “implica engajamento, em ato, por parte de um sujeito. Não se trata de uma noção abstrata; ao contrário, implica o sujeito em sua resposta diante de uma convocação- seja sob a forma de sua palavra ou de seu ato” (VORSATZ, 2013, p. 121). A finitude de uma das filhas

promoveu o engajamento dessa mãe sobre um saber outro. Saber elaborado em um tempo subjetivo que de alguma forma obteve efeitos, talvez não previsíveis nem satisfatórios, mas efeitos sobre seu sofrimento e saber.

Esse caso apresentou-se como a constatação do meu caminho como analista ao deparar-me com um lugar de não saber sobre o sofrimento do outro e nada poder fazer para minimizar a dor dele. Sem cair no assistencialismo ou num ideal de bem, a posição do analista se torna puro semblante de saber suposto por um outro. É quando isso ocorre que se abre o trabalho analítico. E foi essa suposição e aposta no inconsciente que possibilitou acompanhar esse sujeito que perdeu uma filha e tantas outras coisas. Acredito que foi nesse caso, no primeiro atendimento a essa mãe, que me deparei com a responsabilidade do analista: sustentar uma ética do desejo que prima pelo saber inconsciente e seus efeitos. Posição não fácil de sustentar, por revelar, em nós, a nossa própria falta. Talvez a responsabilidade do analista também se relacione à capacidade em suportar seu próprio inconsciente.

#### ***4.2.3 A questão da escolha***

Chega para o serviço de psicologia um pedido para “dar conta” de um mal-estar que estava ocorrendo no setor da maternidade. A enfermeira responsável pelo setor pede para atender uma mãe e “descobrir” o motivo dela chorar desde que chegou ao hospital. A paciente já havia recebido alta e estava aguardando a família que residia em outro município. Percebe-se aqui a atribuição que é colocada ao profissional responsável pela escuta: dar conta daquilo que o discurso médico não consegue nomear. Estas situações fora do protocolo colocam a trabalhar todos os profissionais da equipe multidisciplinar, por gerarem, muitas vezes, um incômodo, por revelar algo do não saber frente ao corpo que sofre. E é desse lugar que o analista é convocado a responder. Escutando esse incômodo, pode-se constatar que ele se devia ao fato de que a paciente e o bebê já estavam de alta, mas não se sabia o porquê desse choro, e não a queriam tirar do hospital sem sabê-lo.

A equipe nessa situação foi sensível, ao observar que algo estava acontecendo para além da função orgânica corpórea, e correspondia a um sofrimento psíquico incontornável no momento e que precisava de alguma forma ser dito para alguém.

Por sustentar a noção de sujeito no campo da linguagem, a psicanálise aposta no “ser falante”. Assim, o convite do analista é de colocar em palavras o sofrimento vivido, sem fazer menção a um “saber fazer”, e apostando na transformação do grito em palavra, do choro

em chamado possibilitando construir, ao mesmo tempo, a trama significativa de cada um que se dispõe a falar sobre seu sofrimento. Como o analista pode fazer isso?

Ao escutar a demanda da equipe, a visita ao leito da paciente foi realizada e marcada por uma pergunta dela: “Se eu te falar uma coisa, promete que não vai falar pra ninguém?” (sic). Nesse ponto, percebe-se que algo pode ser construído a partir do manejo do analista e “como no hospital não se trata de um analisante falando pra um analista, mas pessoas falando para um analista, podemos pensar que a escuta do analista pode operar escutando o ponto em que se posiciona como sujeito. O que opera é a lógica da contingência.” (MOURA, 2011, p. 107). Assim, o analista fica na posição de reserva esperando ser surpreendido pela divisão subjetiva própria ao sujeito.

A situação de urgência tomada pela psicanálise difere claramente da clínica médica por seu objeto e por sua direção, pois o psicanalista, na urgência considerada como subjetiva, situa o sujeito a “outra cena”, a do inconsciente. Quando a paciente diz: “se *eu te falar* uma coisa não conta para *ninguém?*”, de que saber se trata já que *ninguém* pode saber ou ter acesso? Não nos cabe fazer um juízo moral nem romper com o compromisso ético estabelecido com o sujeito, mas marcar a existência do inconsciente, o que, por si só, pode ter como efeito um alívio para a angústia do sujeito. A paciente relata um conflito. Uma decisão a ser tomada. E qualquer decisão indicará uma perda. Uma perda que ela não quer. E ela pergunta? “O que eu devo fazer? O que eu escolho?”. Ela busca uma resposta tentando entregar ao outro a responsabilidade das suas escolhas. No entanto, o que o psicanalista faz é oferecer sua escuta para alguém que se põe a falar e possibilitar um lugar onde o sujeito construa um saber sobre o seu sofrimento, que carrega uma verdade própria do seu desejo. Entretanto, este supõe, pela via da transferência, que este saber está no Outro, o analista.

Essa suposição, por parte do paciente, implica em uma postura ética no fazer do analista em que “o sujeito analista ceda em seu desejo ao exercício da função de analista, para que o desejo relativo a essa função possa operar no tratamento, livre dos entraves da sua subjetividade” (MAURANO, 2006, p. 38). O que a psicanálise instaura é justamente o contrário, pois é ele, o sujeito, que o analista supõe o saber (LACAN, 1969) e é disso que se trata a responsabilidade do psicanalista, é deixar o sujeito jogar com o seu saber para que possa produzir algo condizente com seu desejo e com sua escolha. Temos então que se do ponto de vista da técnica a atenção flutuante é a contrapartida da associação livre, do ponto de vista da ética a suposição de saber do paciente é a contrapartida do ato analítico e de sua responsabilidade pelos efeitos desse ato.

Se o desejo é para a psicanálise o meio pelo qual o sujeito irá se responsabilizar temos que

[...] em sua opacidade intrínseca e constitutiva, o desejo move e convoca o sujeito a se responsabilizar por aquilo que, sendo o mais radicalmente alheio, é-lhe, paradoxalmente, o mais íntimo. A torção entre causalidade e responsabilidade é recolocada sob a forma de um imperativo ético interno ao campo psicanalítico; diante da injunção inconsciente caberá ao sujeito o passo ético da responsabilidade. Ou então a opção pelo recuo, com o ônus (e o bônus) da culpa. (VORSATZ, 2013, p. 148)

A situação de urgência no qual se encontra o sujeito torna-se um convite ao analista e ao sujeito para uma pausa, “o analista oferece um tempo para compreender o que se passa com aquele sujeito, sustentando, entretanto, o espaço para o sem sentido” (BATISTA, 2013, p. 42). Com essa oferta, o analista parece produzir um “efeito de apaziguamento no sujeito justamente por apontar para esse lugar do contingente, fora de sentido, para que o sujeito possa se localizar no que se refere ao horizonte de sua demanda.” (BATISTA, 2013, p. 43).

Na situação descrita, podemos ainda pensar na tentativa que o discurso médico empreende para entender o sofrimento humano a partir da perspectiva de um ideal. Se o bebê e a mãe estavam bem, organicamente, não havia razão para o choro. Então, por que ela chorava? O modo de operação da psicanálise diante dos impasses do mal-estar difere das propostas do discurso dominante e é por essa razão que se constata a preservação de sua clínica oferecendo a fala ao sujeito para que este possa dizer de seu desejo.

A sugestão da equipe de psicologia, em prol da demanda que se apresentava, foi a mudança da alta hospitalar para o dia seguinte, para que fosse possível um novo momento de escuta. A equipe aceitou, mas a paciente, ao ser informada pelo seu ouvinte da possibilidade de permanecer mais um dia na instituição, não aceitou e respondeu: “Eu preciso sair daqui para resolver essa situação, se eu ficar, eu enlouqueço, preciso decidir lá” (sic). A proposta da permanência da paciente por mais um dia no hospital deve ser considerada pela equipe, instituição e paciente, pois se trata, aqui, de uma escolha perpassada por um discurso da saúde que visa o bem-estar e a cura. Entretanto, optamos por acolher a decisão do sujeito, posta a escolha deste em referir-se a uma Outra cena.

A equipe demorou em pedir “socorro” pelo mal-estar ocasionado por essa paciente que “não parava de chorar desde que entrou”. Se ela já estava lá, porque não considerar seu sofrimento de início? O que se passou e o que pensava a equipe sobre o ocorrido? Não se trata, portanto, de uma garantia de cura ou de diminuição de mal-estar para a paciente, não sabíamos o que era melhor ou pior, saber que estava do lado dela, bem como a

escolha de ficar ou não que remetia a uma cena na qual a equipe não tinha acesso, pois o que se apresentava era um mal-estar representado pelo choro.

A escolha a ser realizada pelo sujeito o coloca na posição de tornar-se responsável por isso que o determina e, como visto no capítulo anterior, a responsabilidade é pela decisão sobre qual posição assumir. Em contrapartida, a responsabilidade do analista conduz a respeitar tal decisão sem fazer menção a um juízo moral e ao *furor curandis*, que incrementa os ideais presentes no hospital. Assim, a decisão a ser tomada representava algo para além do mal-estar apresentado e ia de encontro ao íntimo do sujeito, que precisava escolher o que suportaria mais ou o que poderia perder.

Miller (1996) aponta que na dimensão da ética há também escolha e se questiona ao mesmo tempo em que aponta para uma possível resposta:

se não houvesse a escolha, por que autorizar um sujeito a recolocar em jogo, na experiência psicanalítica, sua posição? Penso que o analista não recebe casos clínicos- o psicanalista, caso receba casos, recebe apenas casos éticos. Lacan evoca isso desde suas primeiras notas escritas sobre esse tema em Para uma ética- a ética toca à existência, isto é, a dimensão impensável onde se decide a posição subjetiva, a escolha. (MILLER, 1996, p.113)

Isso lembra o que Freud coloca na conferência XXXI, no qual o *eu* quer advir como aquele que quer o que deseja, ou seja, colocar às claras e escolher por onde caminhar, daí a metáfora com o canal do *Zudertsee*, que drena vários caminhos, mas o sujeito deve escolher qual caminho seguir. Logicamente, a psicanálise é uma aposta que comporta um risco no qual o analista como portador do ato não pode ser irresponsável (MILLER, 1996).

A escolha dos casos relatados não foi arbitrária, pois tais situações despertaram o início de uma prática que se estendem no percurso da analista em questão. Questões que apontaram para o desejo de analista e da responsabilidade de sustentá-lo em um lugar no qual a construção da posição do analista foi sendo galgada no decorrer do percurso. A escuta dos mais diversos sujeitos e pacientes presentes na instituição indicou o caminho a escolher baseado no tripé analítico fundamentado por Freud: a formação teórica, a análise pessoal e a supervisão clínica. Elementos essenciais para a responsabilidade do analista que se inicia em seu desejo de escuta de um saber não reconhecido por tantos discursos presentes no hospital, mas contingente e surpreendente que insurge nas brechas que encontrar.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta que nos constitui também nos revela. A perda de alguns ideais e a busca por estes nos encaminham a escolhas e estas implicam renúncias. Mas são essas escolhas que nos posicionam diante do Outro.

O hospital nos revela o real em sua forma “nua e crua”: a degradação do corpo humano. Como já visto, Freud (1930) apontou que o corpo é uma das três maiores causas do sofrimento humano, então, como não se sensibilizar diante daquilo que nos é tão próximo? O corpo, dentro do hospital, é representado por um discurso biomédico. Ele deve ser medicamentado, “normalizado”, fragmentado. A psicanálise, por outro lado, subverte essa lógica e dá a palavra ao corpo, pois esta pode ajudar o ser falante a suportar melhor sua condição. A palavra dada ao sofrimento pelo sujeito pode ajudá-lo a encontrar um lugar para novos modos de experimentar seu adoecimento.

Como assinalado no primeiro capítulo, muitos trabalhos foram e estão sendo produzidos sobre as práticas dos diversos psicanalistas inseridos em hospitais. As produções analisadas no início deste trabalho apontam para a experiência de cada analista, percorrendo um caminho sobre uma pergunta que sempre retorna: “o que pode um analista no hospital?”; pergunta latente em todos os trabalhos de psicanalistas que fizeram seu percurso em instituições. O que pode ser feito para não se desviar do que propõe a psicanálise? Por que tal pergunta é tão frequente? O que os analistas não conseguem dar conta e que parece retornar sobre a forma de um enigma? Em geral, quando fazemos esta pergunta no campo da clínica individual, retornamos para a particularidade de cada caso. O que se modifica numa clínica institucional?

Lembro-me de uma conferência no Campo Lacaniano, em Fortaleza, em 2012, em que Dominique Fingermann fez uma pergunta sobre como o analista faz uso da criatividade na instituição hospitalar. Tal questionamento surgiu devido às surpresas que ora se apresentam na clínica. Surpresas que incidem na dimensão subjetiva da divisão do sujeito. Em associação, tal pergunta me fez lembrar uma situação vivida por uma colega inserida na enfermaria da oncologia, ao tentar estabelecer uma aproximação com uma criança de seis anos, que se recusava a usar a máscara e tinha dificuldades em aceitar o tratamento quimioterápico que lhe era exigido, bem como a aproximação com a estagiária de psicologia, que também tinha sua escuta perpassada pela psicanálise. Um dia, ao permitir que ela se aproximasse, ele relatou que não utiliza as máscaras dadas pelas enfermeiras porque era um

herói e heróis não usam máscaras brancas. Minha colega encontrou uma máscara verde e levou para ele. Tal situação possibilitou uma parceria libidinal na qual a criança permitiu não só o tratamento medicamentoso, mas também se mostrou interessado em passar mais horas com ela, falando sobre sua doença e seu heroísmo. O que há de diferente nessa situação? Qualquer um poderia fazer isso. A meu modo de compreender, o que se trata aqui é das relações entre a criatividade e o trabalho na transferência. A criatividade pode demonstrar a abertura para a criação de um vínculo necessário ao analista, uma vez que precisa de um falante para posicionar a dimensão desejante.

A surpresa no hospital também nos aparece na clínica, pois o sujeito que consideramos é o do inconsciente, do desejo. O sujeito que vacila, que está onde não esperamos, necessariamente, que ele esteja. E quando percebemos estamos sendo surpreendidos por ele.

A prática no hospital impõe o recriar próprio à clínica psicanalítica. Criação que impõe a responsabilidade do analista frente ao seu ato e as consequências deste. Daí, a preocupação de Freud e Lacan em sempre alertar sobre a promessa da cura analítica, felicidade e bem-estar. O que o analista advertido de seu desejo faz remete à direção de um tratamento que pode mostrar a possibilidade de uma mudança de posição frente a algo que parece insuportável e do qual o sujeito pode considerar que não conseguiria viver sem.

O tempo no hospital não permite um empreendimento de uma análise, pois se trata de um tempo determinado. No entanto, o tempo que nos é disponível nos possibilita marcar nossa presença com a oferta de um discurso que permite colocar em xeque o agente discursivo possibilitando um giro no discurso que pode acarretar um novo saber frente a divisão do sujeito, abrindo novas possibilidades de lidar com seu sofrimento. Sabemos que nem sempre conseguimos isso, visto que o lugar do analista se refere a uma função que perpassa o simbólico e a suposição do Outro. A instituição hospitalar não se caracteriza por uma busca da escuta do inconsciente, entretanto, se há oferta, por vezes, a demanda dessa escuta pode ser criada.

A questão de como sustentar a responsabilidade do analista na instituição hospitalar se faz pertinente ao exercício da clínica psicanalítica em seus vários dispositivos. Embora haja limites nos dispositivos clínicos no, o limite maior que o analista se defronta é com o limite da sua própria ação, pois este remete sempre ao seu desejo, desejo que tem a ver com a falta e com a ética.

Os casos expostos apontaram para o questionamento da responsabilidade do seguinte modo: a primeira vinheta demonstrou a importância da teoria que apontou para a delimitação do que é psicanálise, o que apresenta como consequências o próprio fazer analista já que permite situar e diferenciar o modo das respostas à demanda e legitimar a função do analista, ou seja, indica que a presença física e a palavra dita não garante que o inconsciente possa advir.

No segundo caso, sobre a morte, a pergunta remeteu ao que pode o analista diante da morte ou se ele pode algo diante do real. O que fazer diante de uma situação como essa, na qual o que se tem como desígnio primeiro é tentar, de alguma forma, amparar tal sofrimento? O silêncio pode ser essa forma de amparo? Logicamente, trata-se de um amparo para o próprio analista, na medida em que o autoriza a se desligar de um humanitarismo que prega a compaixão como forma de acolher o outro. O silêncio também pode ter efeito de ato mesmo em uma situação da irrupção de algo como a morte. Tal silêncio se apresentou de início como insuportável, pois de alguma forma remeteu a impossibilidade de tudo fazer do analista. Situação que colocou o analista à prova de sua função e, portanto de sua responsabilidade com o sujeito do inconsciente. Escuta que colocou o analista diante do seu próprio inconsciente e que o levou à elaboração e questionamento de sua própria análise.

O terceiro fragmento assinalou para a importância da supervisão clínica no percurso do analista por estar frente a um impasse. A dimensão da divisão subjetiva da paciente apontava para uma decisão ética que tinha relação com seu desejo e apontava para a diferença entre o que você quer e o que você deseja. Divisão invadida pela angústia da escolha. O sujeito precisa escolher, isso é um fato. Ao analista, resta suportar a escuta do inevitável e do horror presente da dimensão conflitante em “você quer o que você deseja?”; pergunta que abre para a responsabilidade tanto do analista quanto do sujeito.

A conclusão chegada aponta para a questão fundamental do tripé da formação analítica com que me deparei ao longo do estágio em psicologia hospitalar. A concatenação dos elementos que constituem o tripé é a primeira responsabilidade do analista, pois a autorização para ocupar tal função necessita passar por esses elementos que incidem necessariamente no desejo do analista. Como o nome assinala “tripé” três elementos que precisam caminhar juntos para obter sustentação e que remete ao RSI de Lacan: clínica representando a dimensão simbólica, teoria que encontra no imaginário a sua manutenção e análise que desemboca no real. Será que o laço desses três, o nó borromeano, não poderia representar a função do analista? E como isso se representaria?

Os casos explorados marcaram o início do percurso da estagiária de psicologia como psicanalista. Lugar que desemboca no desejo do analista como função que opera a partir de uma estrutura de discurso no qual implica um único sujeito: o sujeito suposto saber. Tal operação se dá por via transferencial. Desse modo,

É nesse ponto de encontro que o analista é esperado. Enquanto o analista é suposto saber, ele é suposto saber também partir ao encontro do desejo inconsciente. É por isso que eu digo (...) que o desejo é o eixo, o pivô, o cabo, o martelo, graças ao qual se aplica o elemento-força, a inércia, que há por trás do que se formula primeiro, no discurso do paciente, como demanda, isto é, a transferência. O eixo, o ponto comum desse duplo machado, é o desejo do analista, que eu designo aqui como função essencial. (LACAN, 1964 a/2008, p. 229).

Freud, Lacan, Carvalho, Alberti, Del Vogo, Levy e os demais autores e psicanalistas presentes nesta dissertação bem como outros que ficaram por nós desconhecidos no momento de escolher o recorte teórico e a aproximação da escrita, elaboram sua experiência clínica a partir da sua relação com o saber e das questões suscitadas no seu cotidiano a partir da escuta dos sujeitos presentes no hospital. Portanto, cabe a cada um de nós trilhar nosso próprio percurso na psicanálise diante do que nos apresenta enquanto seres desejantes. Ao saber diferenciar nossos ideais do desejo de analista, é possível responsabilizar-se por algo que vai além dos enunciados e vai de encontro à castração.

Por fim, terminamos nossa escrita por aqui com a certeza de que muitas outras questões, como por exemplo, a relação entre o ato analítico na instituição e sua relação com o desejo de analista; a função da criatividade e seus efeitos na prática do analista no hospital e o desenvolvimento da segunda tópica relacionando os conceitos de repetição e gozo com o princípio do prazer que não foi tão contemplado nesta dissertação. Tais possibilidades ficaram no meio do caminho para, possivelmente, outras oportunidades, mas com a certeza de que o percurso empreendido tentou construir conceitualmente a noção da responsabilidade do analista e mesmo assim precisou recortar e escolher uma direção. Tal escolha foi também responsabilidade da autora.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. Martins Fontes: São Paulo, 2007.
- ALBERTI, A. Última flor da medicina: que função para a psicanálise no hospital geral?. In: **Insight-Psicoterapia**, São Paulo, v. 1, n.119, p. 04-09, 2001.
- ALBERTI, S. *et al.* A psicanálise e a prática multidisciplinar no hospital, na clínica com adolescentes. In: **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 56-63, 2011.
- ALBERTI, S. O Hospital, o sujeito, a psicanálise. In: **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.11 n.1 jun. 2008.
- ALBERTI, Sonia & ALMEIDA, Consuelo. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: **Psicanálise, Clínica e Instituição**. ALTOÉ, Sonia & LIMA, Marcia (Org). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- AMERICANO, Bruna. **Um estudo teórico clínico acerca da psicanálise no hospital geral: os tempos do sujeito do inconsciente**. 2010. 110f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.
- BARCELLOS, Ana Paula de Aguiar. **De um saber não sabido: construções de uma análise em instituições públicas**. 2010. 94p. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.
- BARRA, Vanusa B. do R. **O discurso do analista no hospital: possibilidade de laço pela via do amor transferencial**. 2013. 104f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, 2013.
- BASTOS, Liana. **Corpo e subjetividade na medicina: impasses e paradoxos**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.
- BATISTA, Glauco. **A presença do analista no hospital geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva**. 2014. 105f. Dissertação (mestrado em Psicologia)- Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências, 2014.
- CANGUILHEM G. (1966) **O normal e o patológico**. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CARVALHO, Juliana Bulamarqui. **Adolescência, corpo e câncer: sobre a escuta psicanalítica no hospital**. 2010. 139f. Dissertação (Mestrado em Mestrado Em Psicologia) - Universidade de Fortaleza, 2010.
- CARVALHO, Simone Borges. **O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico: como opera o psicanalista?** Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei. 2008. 104p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CASTRO-ARANTES JM, LO BIANCO AC. Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(9): 2515-2522, 2013.

CLAVREAUL J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense; 1978.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. – Brasília: CFP, 2005. 20p. Disponível em:

[http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo\\_etica](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica)

COSTA, Ana. Sobre o saber na pesquisa e intervenção no campo social. In: **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Org CALDAS, Heloisa & ALTOÉ, Sonia. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2011.

COTTET, Serge. **Freud e o desejo do analista**. Rio de Janeiro: Zahar Ed, 1989.

DALL'ÓLLIO, Adriana M. **O corpo adoecido em seu seio: Subjetividade e câncer de mama**. 2006. 142f. Centro de Ciências Humanas – CCH. Mestrado em Psicologia. Universidade de Fortaleza, 2006.

DARRIBA ET AL. Algumas evidências da fundação ética da psicanálise em ‘A psicoterapia da histeria’. In: **Estudos de Psicanálise**, Aracaju, n. 32, p.171-180, Novembro, 2009.

DARRIBA, Vinicius. A psicanálise e o referencial de cientificidade que orienta a terapêutica: fundamentos para o debate na atualidade. In: **Processos de subjetivação, clínica ampliada e sofrimento psíquico**. Org. WINOGRAD, Monah. SOUZA, Mériti de. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

DEL VOLGO, Marie-José. **O instante do dizer: o mito individual do doente sobre a medicina moderna**. Trad. Martha Gambini. São Paulo: Editora Escuta. Goiânia: Editora da UCG, 1998.

DONNANGELO, Cecília. **Saúde e sociedade**. 2ª ed. São Paulo: Duas cidades; 1979.

DUNKER, Christian. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

FIGUEIREDO, Luis Claudio. A metapsicologia do cuidado. In: **Psychê**, Ano XI, nº 21, São Paulo, jul-dez/2007, p. 13-30.

FORBES, Jorge. **Inconsciente e a responsabilidade**. São Paulo: Manole, 2012.

FOUCAULT, Michel. (1980). **O nascimento da clínica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FREUD, Sigmund. (1893-1895). Estudos sobre a histeria. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. II.

\_\_\_\_\_. (1895). Projeto para uma psicologia científica. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XVI.

\_\_\_\_\_. (1898) A sexualidade na etiologia das neuroses. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. III.

\_\_\_\_\_. (1900). A interpretação do sonhos. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. IV, p.101-109.

\_\_\_\_\_. (1908). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. IX.

\_\_\_\_\_. (1910). Psicanálise silvestre. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1912-1915) Artigos sobre a técnica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.. XII.

\_\_\_\_\_. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Artigos sobre a técnica*. **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XII.

\_\_\_\_\_. 1914. Recordar, Repetir, Elaborar. In: *Artigos sobre a técnica*. **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

\_\_\_\_\_. 1915[1914]. “Observações sobre o amor transferencial” In: *Artigos sobre a técnica*. **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII.

\_\_\_\_\_. 1915. Pulsões e seus destinos. In: **Escritos sobre a psicologia do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004.

\_\_\_\_\_. 1917. Conferência XVI: Psicanálise e Psiquiatria. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVI.

\_\_\_\_\_. 1917 [1916-17]a. “Fixação em traumas”. Conferência XVIII. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XVI.

\_\_\_\_\_. 1917 [1916-17]b. Caminho da formação dos sintomas. Conferência XXIII. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XVI.

\_\_\_\_\_. 1917[1916-17]c. O sentido dos sintomas. Conferência XVII. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol.XVI.

\_\_\_\_\_. 1917[1916-17]d. Transferência. Conferência XXVII. **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XVI.

\_\_\_\_\_. (1919) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII.

\_\_\_\_\_. (1923) O Eu e o Isso. In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2007. v..3.

\_\_\_\_\_. (1923[1922]) Dois verbetes de enciclopédia. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVI.

\_\_\_\_\_. (1925 [1924]) Um estudo autobiográfico. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

\_\_\_\_\_. 1925 Algumas notas adicionais sobre a interpretação de sonhos como um todo. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX.

\_\_\_\_\_. 1926. Análise Leiga. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XX.

\_\_\_\_\_. 1927. Futuro de uma ilusão. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXI.

\_\_\_\_\_. (1930) Mal estar na civilização. In: **Edição Standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XXI.

\_\_\_\_\_. 1933[1932] A questão de uma *Weltanschauung*. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII.

\_\_\_\_\_. 1933. A dissecação da personalidade psíquica. Conferencia XXXI. In: **Edição standard brasileira das obras completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII.

\_\_\_\_\_. (1937). Análise terminável e interminável. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, vol. XXIII.

FURTADO, Angela. Mais além da infelicidade banal. **Cogito**. Salvador, v.6, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cogito/v6/v6a13.pdf>

GARCIA, Célio. Responsabilidade da medicina e responsabilidade da psicanálise: a psicanálise não será arrogante. In: **Psicanálise e Hospital 5: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Org. BATISTA, G. MOURA, M. CARVALHO, S. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. v.5.

HOFFMAN, Christian. Eu devo assumir a responsabilidade do inconsciente. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan/jun 2005, p. 41-46.

JORGE, Marco Antonio. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. v.1.

KEHL, Maria Rita. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LACAN, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

\_\_\_\_\_. [1959 (1960)] **O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. [1969 (1970)] **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

\_\_\_\_\_. [1960 (1961)] **O Seminário, livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010.

\_\_\_\_\_. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. **Opção Lacaniana**. Belo Horizonte, n. 32, dez. 2001, p. 8-14.

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

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

LACAN, Jacques. A posição do inconsciente (1964b). In: **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Para-além do “princípio de realidade” (1936). In: **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. A Ciência e a Verdade. (1966). In: **Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Televisão (1973). In: **Outros Escritos**. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LEVY, Betty. **Desamparo, transferência e hospitalização em Centro de Terapia Intensiva**. 2008.108f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2008.

LOPES, André. Psicanálise e universidade: algumas dissimetrias. In: **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Org CALDAS, Heloisa & ALTOÉ, Sonia. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2011.

MACHADO, Maila Val; CHATELARD, Daniela. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidade. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1 jan/jun 2013, p. 135-150.

MACHADO, Maíla. **O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais**. 2012.157f. Dissertação de Mestrado (UNB). (Programa de pós graduação em psicologia clínica e cultura do instituto de Psicologia da Universidade de Brasília), 2012.

MANNONNI, Maud. **O nomeável e o inominável: a última palavra da vida**. Trad. Dulce Duque. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1995.

MARQUES, Gardênia. VIEIRA, Camilla Araújo. Liga de psicologia hospitalar: uma experiência na promoção de saúde no Município de Sobral. **Scientia- revista de ensino, pesquisa e extensão**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2012, p. 95-102.

MARTINS, Luis Paulo L. & DARRIBA, Vinicius.A. Do bem supremo à ética do desejo: contribuições da psicanálise à discussão ética. **Princípios**, Natal, v.18, n.29, jan./jun., p.203-229, 2011.

MAURANO, Denise. **A transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.

MELLO, Denise Maurano. **A nau do desejo: o percurso da ética de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Alfenas, MG: Unifenas, 1995.

MILLER, Jacques-Alain. **Matemas I**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

MOURA, Marisa Decat. O psicanalista à altura de seu tempo? Respostas da psicanálise ao chamado médico. In: **Psicanálise e Hospital 5: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Org. BATISTA, G. MOURA, M. CARVALHO, S. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.v.5.

NASIO, J. -D. **A dor de amar**. Trad. André Telles e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

PINHEIRO, Nadja & VILHENA, Junia. Entre o público e o privado: a clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, 2007.

PINHEIRO, Nadja. **Uma casa com paredes de cristal. A clínica psicanalítica no ambulatório hospitalar**. 2003. 170 f. Tese (Doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica)) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

PINTO, Jefferson. **Psicanálise, feminino, singular**. Belo Horizonte: Autentica Editora, 2008

PINTO, Jefferson. Responsabilidade e contingência: desafios na formação do analista. In: BATISTA, G. MOURA, M. CARVALHO, S. (Orgs.). **Psicanálise e Hospital 5: A responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.v.5.

POLI, Maria Cristina. Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. In: **Estilos de Clínica**. São Paulo, v13, n25, dez. 2008. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282008000200010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282008000200010&script=sci_arttext). Acesso em 09 ago 2014.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

QUINET, A. **Os outros em Lacan**. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

REGO, Vanusa Barra. **O Discurso do Analista no Hospital: possibilidade de laço pela via do amor transferencial**. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Pará, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

RINALDI, Doris. Psicanálise e Saúde Mental: a pesquisa na universidade. In: **Psicanálise, Universidade e Sociedade**. Org. Heloisa Caldas e Sonia Altoe. Rio de Janeiro: Cia de Freud: PGPSA/IP/UERJ, 2011.

ROCHA, Guilherme Massara. Psicanálise Descafeínada. In: BATISTA, G. MOURA, M. CARVALHO, S. (Orgs.). **Psicanálise e Hospital 5: a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. v.5.

- RODRIGUES, Luciana M. **Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a paciente com amputação em reabilitação com prótese**. 2011. 103f. (Dissertação) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2011.
- SAFOUAN, Moustapha. **A transferência e o desejo do analista**. Trad. Leda Mariza Bernardino. São Paulo, Campina: Papirus, 1991.
- SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 29-41. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.
- SEBBA, Ludmila S. **Da adesão à implicação subjetiva: psicanálise no hospital**. 2012. 109f. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2012.
- SERRA, Sandra Torres. **Psicanálise e medicina: uma interlocução histórica, de saber, de prática e de formação**. 2009. 112p. Dissertação de mestrado (Mestrado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- SOLLER, Collete. **O inconsciente que é isso?** Trad. Cícero Alberto e Dominique Fingermann. São Paulo: Annablume, 2012.
- SOLLER, Collete. A oferta, a demanda e ...a resposta. **Stylus revista de psicanálise**. Rio de Janeiro, n. 26, jun. 2013.
- SOUZA, Neusa S. Ética e clínica psicanalítica. In: **Ética, psicanálise e sua transmissão**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1996.
- SZPIRKO, Jean. Ser doente, ter uma doença. In: ALBERTI, S & ELIA, L. (Orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- TEIXEIRA, Leonia. Os lugares do sofrimento e do processo de cura entre medicina e psicanálise: reflexões sobre a iatrogenia. **Revista Universa. Ciências Biológicas, da Saúde e Médicas**, Brasília - DF, v. 1, n.1, p. 81-94, 2002.
- TOREZAN, Zeila e ROSA, Abílio. Escuta Analítica no Hospital Geral: Implicações com o Desejo do Analista. **Psicologia Ciência e Profissão**, Rio de Janeiro, 2003, v.23, n.2, 84-91. 2003.
- TRAVESÍ, Matilde Adelina. **La responsabilidad del psicoanalista en el contexto actual. XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur**. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2006.
- VASCONCELOS, Sabrina. **Palavras em torno do leito: a contribuição da psicanálise no hospital com crianças com síndrome de down**. 2011.76f. Dissertação (Mestrado em Mestrado Prof. Psicanálise, Saúde e Sociedade) - Universidade Veiga de Almeida, 2011.
- VIEIRA, M.A.; REIS, A. **Limites na psicanálise extramuros**. Editora: Companhia de Freud, 2011.
- VORCARO, A. Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. In: NETO, Fuad Kyrillos; MOREIRA, Jacqueline Oliveira (Orgs.) **Pesquisa em psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena/MG: Ed.UEMG, 2010.

VORSATZ, Ingrid. **Antígona e a ética trágica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2013.