

## O LUGAR RESERVADO AO SUJEITO NUMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE.

Raphael Marques de Miranda Costa<sup>1</sup>  
Luciano Lima de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

No presente artigo discutimos a importância do conceito de sujeito para o psicanalista que se insere numa equipe multiprofissional de um hospital, através de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Refletindo a partir de nossa prática e de algumas dificuldades que enfrentamos nesse âmbito, tomamos Freud e Lacan como guia, para pensarmos algumas questões que versam sobre o sujeito para a psicanálise, levando em consideração a ciência e o discurso médico. A partir de nosso posicionamento, elaboramos alguns contrapontos em relação a um dos eixos norteadores que regem o Programa de Residência no que diz respeito à concepção de sujeito que formula. Vimos ser imprescindível garantir a especificidade da psicanálise para que nossa atuação preserve a singularidade e que, dessa forma, possamos contribuir, respeitando nossos limites, com uma equipe multiprofissional.

**PALAVRAS-CHAVE:** psicanálise; sujeito; residência multiprofissional.

### ABSTRACT

In this article ,we discuss the importance of the concept of subject for the psychoanalyst who is part of a multidisciplinary team in a hospital, through a Multidisciplinary Residency Program in Health Care. Reflecting from our practice and some difficulties in this area , we took Freud and Lacan as a guide, to think some questions that deal with the subject in psychoanalysis, taking into account the science and medical discourse. From our position, we make some counterpoints in relation to one of the guiding principles governing the residency program with regard to the conception of subject that is formulated. Seen to be essential to ensure the specificity of psychoanalysis for our operations preserve the uniqueness and thus we can contribute, respecting our boundaries, with a multiprofessional team.

**KEYWORDS:** psychoanalysis, subject, multiprofessional residency.

---

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará-UFC. Tem experiência na área de Ciências Humanas, com ênfase em Psicologia e Psicanálise.

<sup>2</sup> Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará . Psicólogo dos Serviços de Hematologia e de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio . Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área de concentração Oncologia - UFC.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho originou-se a partir da inserção de um psicólogo com formação psicanalítica no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde funcionou como um curso de especialização lato sensu, abarcando diversas profissões e áreas de atuação. No caso, essa presença estava ligada aos serviços de hematologia e de oncologia da referida instituição.

A área de concentração da Residência que ocupamos é denominada de Oncohematologia por ser uma particularidade do serviço de hematologia o percentual bastante considerável de casos de cânceres hematológicos. Boa parte dos atendimentos acontecia nas enfermarias do setor de Hematologia, oferecendo-se um espaço de escuta aos pacientes e aos seus familiares. Incluindo-se o acompanhamento com pacientes transplantados de medula óssea de tipo autólogo. Mas, além disso, nossas atividades também englobavam atendimentos ambulatoriais tanto no setor de Hematologia como no de Oncologia. A entrada neste, onde se encontra os casos de cânceres sólidos, foi uma expansão de nossas funções implementadas na metade de nosso percurso, originada da demanda da própria equipe.

Como se tratou de uma modalidade de treinamento em serviço, a programação das atividades incluía disciplinas teóricas e práticas, perfazendo um total de 60 horas semanais. O residente de psicologia realizava determinadas atividades previstas no cotidiano que consistiam em atendimentos individuais no ambulatório e em enfermaria, como já citado, além de supervisões regulares com o preceptor e aulas que possuíam diversas temáticas.

O que instigou a construção desse trabalho foram questões que surgiram de nossa prática. Reflexões que geralmente versaram sobre aspectos que se relacionavam com as dificuldades de se sustentar o discurso analítico num contexto de atuação multiprofissional.

Não era raro acontecer de algum membro da equipe, a maioria das vezes residentes médicos ou enfermeiros do serviço, pedir que algum psicólogo fosse atender um paciente imediatamente, pois este, segundo seu julgamento, estaria precisando de um “apoio urgente”.

Quase sempre esse tipo de demanda era acompanhado de muitas falas recorrentes que se aproximavam “O paciente está chorando, e isso não é bom pra ele”;

“Este paciente não é cooperativo, é preciso que a psicologia faça um bom trabalho aqui”; “Não aguento mais aquele paciente e a família dele – são sempre muito agressivos e querem se meter em todos os assuntos do nosso trabalho”. Isso se configurou inúmeras vezes em dificuldades na compreensão por parte da equipe de quais seriam os pormenores de nossa função, além dos já sabidos atendimentos em enfermaria e ambulatório. Nosso posicionamento, como membros da equipe, sempre se localizou na tentativa de questionar essas falas e de dialogar com esses profissionais. Geralmente refletia como os aspectos subjetivos da fala de um paciente eram diminuídos em sua importância. Esse posicionamento da equipe afetou o autor consideravelmente e a execução desse artigo também se aproxima de uma forma de lidar com a angústia resultante dessa experiência.

O 2º Artigo da Portaria Interministerial N°45 do Diário Oficial da União edição número 10 de 2007 que regulamenta o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde, encontramos elementos que viabilizam as discussões que propomos realizar. Destacamos especificamente o segundo item desse artigo, um dos eixos norteadores que orientam o Programa, que estabelece uma “concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural” (BRASIL, p.2).

O profissional de saúde que faz parte do Programa, então, deve ter como norte essa proposição. Mas como o psicanalista escuta essa proposta? Qual é seu posicionamento diante dessa concepção de sujeito que se apresenta articulada com outros discursos, presentificando-se sempre na sua relação com os outros membros da equipe multiprofissional? Como o psicanalista poderia contribuir junto à equipe multiprofissional, a partir de sua concepção de sujeito?

Pensar sobre os referidos questionamentos é imprescindível para que consigamos sustentar nossa especificidade dentro de um campo de atuação como o de uma instituição hospitalar. Teremos como objetivo, levando em conta o que foi exposto, fundamentado em Freud e Lacan, discutir o conceito de sujeito para a psicanálise, considerando o contexto hospitalar e mais especificamente as repercussões dessa reflexão num lócus que se propõe multiprofissional.

## **2. O SUJEITO NA PSICANÁLISE**

Algumas situações condensam a forma como, em geral, as equipes presentes

nesses setores posicionavam-se diante da presença do psicanalista, considerando determinadas situações que eles nomeavam como problemáticas.

Era sempre preferível que o paciente estivesse ‘preparado’ de antemão para receber notícias de um diagnóstico muitas vezes complicado. Incluía-se também nessa lógica os constantes “feedbacks” dos exames médicos, as notícias relacionadas a prognósticos e demais aspectos ligados ao uso dos medicamentos. Havia um temor de como os pacientes e familiares reagiriam ao entrar em contato com cada informação. Notava-se, na verdade, uma enorme dificuldade da equipe em lidar e ter de se responsabilizar por essa função. Isto era tão forte que se tentavam determinadas vezes protelar essa comunicação ao paciente. Transmitir alguma notícia deste cunho tinha um custo considerável para a equipe e, diante disso, o psicanalista entrava diariamente em contato com as angústias desses profissionais que possuíam determinantes singulares, mas que também se consolidavam, vale lembrar, num contexto onde prevalecia o discurso médico.

A imprevisibilidade dos acontecimentos relacionados a um paciente, por exemplo, era quase sempre um incômodo. Uma contestação em relação a algum procedimento médico, as eventuais queixas que fugiam ao plano biológico e até uma melhora ou piora inesperadas de um quadro clínico. Tudo aquilo que fugia da norma estabelecida poderia se figurar como um desconforto.

Estabeleceu-se certa dificuldade em elucidar que o papel do psicanalista não estava diretamente ligado, por exemplo, a tornar um paciente mais susceptível aos procedimentos médicos ou a *garantir* a existência da “saúde psíquica” de outro quando ele aparentasse não estar mais triste ou ainda muito menos de fazê-lo parar de chorar. O não atendimento imediato dessas demandas, que eram em sua maioria frutos de questões singulares de membros da própria equipe, pareceu decepcioná-los algumas vezes, pelo menos inicialmente, e isso para alguns membros especificamente, pois compreendiam que boa parte das soluções para situações como essas se encontravam no “campo do convencimento”, como tivemos a oportunidade de ouvir.

Quanto ao modo de intervir diante de situações similares, Gamsie (2009) alerta:

Mesmo com o risco de generalizar demais, eu acho que em princípio é necessário partir da recusa de resolver aquelas situações que escapam às nossas possibilidades, e reconhecer que as aceitar levaria necessariamente ao fracasso e à frustração. Não podemos, portanto, acatar de imediato a demanda médica, nem automaticamente e sem considerar os problemas do paciente. E isso, porque nós não intervimos lá de uma forma puramente assistencial; tendo aceitado a função de tentar operar sobre a demanda que os médicos nos

formulam, contribuímos para reposicioná-los diante dessa demanda, dando lugar a um comprometimento com sua pergunta. Isto não significa, obviamente, permanecer distante das suas angústias<sup>3</sup> (p.17).

É desse modo que Freud acaba por constantemente em sua obra, refletido na construção de sua metapsicologia e do próprio saber psicanalítico, surpreendentemente em contraste com o saber médico, dar a esses fenômenos um lugar de destaque.

### **Psicanálise, ciência e medicina**

É necessário agora relembrar o aspecto de um dos eixos norteadores que orientam a conduta dos profissionais inseridos no programa de Residência Multiprofissional (Brasil, p.2), fonte utilizada para estruturar o pensamento desse trabalho. Ele oferece uma determinada concepção de sujeito, ao falar de sua responsabilidade enquanto ator social. Trecho que compactua de certa maneira com a perspectiva de um sujeito pleno e consciente de si e de seus atos, com total possibilidade de tornar-se responsável por sua vida. Os profissionais de saúde, então, devem orientar suas ações a respeitarem e a considerarem esse aspecto.

Trata-se certamente do reflexo da evolução política advinda da instalação dos princípios do SUS e é inegável sua contribuição e relevância para o campo da saúde no Brasil. Entretanto, cabe aqui, relevar, e procuraremos sustentar essa ideia, que na mesma medida esse discurso exclui o *sujeito do inconsciente*. É neste ponto que nos interessa situar algumas considerações. Estamos falando agora não mais necessariamente da dimensão política, mas por outra lógica que a atravessa, a do discurso da ciência.

A ciência moderna em seu nascimento possibilita, considerando aqui a própria elaboração de seus métodos e de sua natureza que se firma como um imperativo funcional<sup>4</sup>, que falemos de um saber que se pretende objetivado, criando e separando

---

<sup>3</sup> No original: Aún a riesgo de generalizar excesivamente, me parece que en principio es necesario partir de la negativa a resolver aquellas situaciones que escapan a nuestras posibilidades, y reconocer que aceptarlas llevaria necesariamente al fracaso y a la frustración. No podemos, por ello, hacernos cargo inmediatamente del pedido médico, ni automáticamente y sin mediaciones de los problemas del paciente. Y esto, porque no intervenimos allí de un modo puramente asistencial; habiendo aceptado como función intentar operar sobre el pedido que los médicos nos formulan, contribuimos a reposicionarlos ante su pedido, dando paso a su pregunta comprometida. Lo que no implica, desde luego, desentendernos de su angustia. (tradução feita pelo presente autor)

<sup>4</sup> Bachelard (1938/1996), epistemólogo francês, em seu livro *A Formação Do Espírito Científico*, afirma que o conhecimento científico se estrutura a partir de constantes superações de obstáculos que estão ligados intrinsecamente ao próprio ato de conhecer. Esses obstáculos surgem, portanto, através de uma condição imperativa em que os aspectos funcionais dos fenômenos devem prevalecer (reincide o aspecto

firmemente duas instâncias: o objeto e o sujeito. Ela almeja transmitir uma verdade mesmo que temporária independentemente daquele que a possibilitou. O que vale é o enunciado construído acerca do objeto que é autossuficiente, não importando quem o lê ou para quem será lido – o destaque está na possibilidade de ser sempre decifrado num circuito fechado em si. Produz-se uma lógica alienante, no sentido de que quem produziu o discurso é descartável.

Mas a ciência moderna, se ela estabelece as condições de aparição real do sujeito (...) não o toma em consideração, não opera com ele nem sobre ele. Pelo contrário, o exclui de seu campo operatório no momento mesmo em que, ao constituir este campo, supõe o sujeito. O sujeito é suposto pela ciência para, no mesmo ato, ser dela excluído, ou, mais exatamente, ser excluído do campo da operação da ciência. (ELIA, 2004, p.14.).

A ciência, apesar de excluir o sujeito de seu cálculo, instaura uma realidade na qual será possível novamente colocá-lo em evidência. Freud, em um primeiro momento, tentou através da medicina que é logicamente um representante desse discurso, compreender os fenômenos psíquicos que acusavam uma divisão na consciência.

Isso implica o reconhecimento de que aquilo que é excluído pela ciência retorna na clínica psicanalítica. Tenta-se resgatar justamente o que é ignorado pelo saber científico, mas é um resgate de algo que se pronuncia, se impõe. A psicanálise apenas torna possível sinalizar os elementos que determinam esse fenômeno, elaborando-o na construção teórica. Ou melhor, o sujeito inconsciente enquanto conceito fundamental se faz presente à experiência (ELIA, 2004).

Ciente disso, contudo, permite-se dizer que esse sujeito não é empírico, de onde diretamente se poderia supor que se extrai o conhecimento de suas características. Mas falamos de um sujeito sem qualidades como o objeto da ciência, e assim nos fala Forbes (2012):

O objeto da ciência distingue-se do objeto da opinião, do senso comum, da crença e da tradição por ser um “objeto sem qualidades”. Seu estatuto é lógico, e não ôntico.

O real da ciência não é dado aos sentidos. Ao contrário, é rejeitando as evidências sensíveis que se funda a verdade científica como verdade lógica. O nascimento da psicanálise é a outra face do advento da ciência, pois a afirmação da razão acompanha a descoberta do desejo inconsciente. O sujeito do inconsciente não é um sujeito empírico, e sim um “sujeito sem qualidades” (p. xvi).

É a fundação do método analítico com a associação livre que permite o contato com esse sujeito que insiste em retornar. Da mesma forma que a ciência opera no

---

relacional entre variáveis). “O real nunca é ‘o que se poderia achar’ mas é sempre o que se deveria ter pensado” (p.17).

sentido de desqualificar seu objeto, a psicanálise caminha no sentido de desqualificar o sujeito – e que fique claro que não é *seu* – mas que se impõe e indica a presença de uma cisão subjetiva naquele que fala ao analista.

Desqualificar a fala do sujeito equivale, portanto, a criar condições de desqualificação, de ausência de qualidade, que pavimentam as vias de acesso do inconsciente à fala, ao discurso concreto do sujeito. Desqualificar a fala do sujeito é o equivalente a “qualificar” o sujeito do inconsciente como “um sujeito sem qualidades” e é a única forma de criar um acesso precisamente pela via da fala assim proposta a que o sujeito do inconsciente possa emergir nessa fala (ELIA, 2004, p.19).

Antes de avançarmos nas considerações sobre a ciência médica, neste ponto, retomaremos brevemente uma discussão que fizemos em outro trabalho nosso, Costa (2010), pois acreditamos que servirá de referência para nossas reflexões posteriores. Nele procuramos entender o destino dado por alguns analistas pós-freudianos (principalmente representantes das escolas inglesa e americana de psicanálise em meados do século XX) ao afeto em sua clínica, apontamos como o jogo afetivo entre analista e analisando, de um modo geral, endossava a supremacia da lógica imaginária na conduta da análise e traziam algumas consequências negativas para o movimento psicanalítico. Essa era uma tentativa de solucionar os obstáculos surgidos ligados à problemática do final da análise.

Firmaram-se pelo menos duas tendências em que se tentava uma normalização ou uma adaptação como proposta da terapia: resultantes do desrespeito ao trabalho metapsicológico freudiano. A intenção de se alcançar um estado de bem-estar permanente estava instalada, algumas vezes de maneira escamoteada, outras vezes nem tanto.

Isso era reflexo da ideia de se garantir o acoplamento, como finalidade da análise, entre sujeito e objeto. Ou melhor, restituir através da transferência uma pretensa estabilidade psíquica, onde a demanda do analisando pudesse ser atendida e sua libido readequada. Porém, como nos diz Martins (2010): “Essas primeiras fixações imaginárias jamais serão integradas à história subjetiva, constituem o núcleo traumático, enovelando em uma demanda de ser aplacada” (p.111). O referido objetivo analítico de se atender a demanda por essa via direta e imaginária apenas multiplica sua própria produção, criando um labirinto infinito no curso da análise.

Mas essa forma de pensar dos analistas pós-freudianos foi erigida, como indica Lacan (1953/1998), por ignorarem o registro do campo simbólico, aquele que abarca a fala e a linguagem, tão caro a Freud. A teoria do *ego* e a técnica de análise das defesas,

utilizados por esses analistas, fogem dessa dimensão.

Pois a descoberta de Freud é a do campo das incidências, na natureza do homem, de suas relações com a ordem simbólica, e do remontar de seu sentido às instâncias mais radicais da simbolização do ser. Desconhecer isso é condenar a descoberta ao esquecimento, a experiência à ruína (LANCAN, 1953/1998, p.276.).

E qual é esse campo do qual Lacan fala? É o registro que se permite pensar e teorizar o inconsciente estruturado como uma linguagem. Em continuidade com o pensamento freudiano, garantir e preservar a regra da associação livre, algo que havia sido desprezado em seu fundamento nesse período. Com os pós-freudianos, os conteúdos inconscientes eram valorizados e tomados como guia no emprego da análise.

Forbes (2012) complementa essa ideia, ratificando que esses analistas falavam de um ‘inconsciente repleto de qualidades’ por carecerem de um norte que o permitissem abordar o aspecto lógico dos fenômenos inconscientes, fomentando algumas consequências:

De acordo com Lacan, a falta de uma ciência como a linguística confundiu os alunos de Freud, permitindo que, na interpretação de um sonho, por exemplo, eles valorizassem o conteúdo, e não a lógica. Se o conteúdo é valorizado, como defendemos no capítulo precedente, o inconsciente ganha consistência e funciona, na vida da pessoa, como uma desculpa, uma justificativa para suas ações e também para a insatisfação. Um tratamento que promove o inconsciente repleto de conteúdos tende a alimentar, portanto, o compromisso neurótico: leva a pessoa a tamponar o seu desejo, acreditando que suas dificuldades se devem a traumas vividos e a quaisquer outras determinações psíquicas (p.36).

O que, no momento, nos interessa nesse trecho é destacar, além da equivocada roupagem dada ao inconsciente que direciona a noção de que essa instância retira de qualquer um sua própria responsabilidade, que a própria história do movimento psicanalítico oferece exemplos de como as falácias de um discurso regido e reduzido pelo campo imaginário pode criar. A questão é que suas concepções os levaram a pensar o final da análise dentro de preceitos que se esforçavam por calar de um modo peculiar o sujeito, mesmo que não se referissem diretamente a seu domínio, pois, como vimos, apesar de tudo, o sujeito não cessa de se impor na experiência. Calavam-no também porque já não se queria ouvi-lo. Podemos dizer que uma noção de saúde se revela aí, pelo menos do ponto de vista psíquico, em que reestabelecer o paciente de sua condição patológica a um estado idealizado de normalidade ou readequação seria viável. Como uma engrenagem que quando gasta, possuiria condições de ser reparada.

As crises teóricas e da clínica dos pós-freudianos, que foram localizadas num tempo preciso e num grupo específico, servem de referência para que vejamos as similaridades com a nossa época numa perspectiva mais geral, incluindo as interações com outros discursos no ambiente multiprofissional no hospital que trazem em seu seio um ideal de saúde e que ignoram o sujeito do qual nos referimos.

Permitimo-nos fazer uma analogia com a medicina. O médico que é operador desse discurso tem como objeto o corpo, mais especificamente a doença que assola o corpo. E esse corpo, como uma máquina que se apresenta defeituosa, pode ser reestabelecida em sua condição original, através dos procedimentos que viabilizam as condições para a cura. É o medicamento que cura. É a ciência que cura. Não se trata de questionar a função médica, até porque sua especificidade não se debruça sobre o psiquismo ou outra coisa, mas de analisar as implicações do discurso que sustenta.

O médico contemporâneo que se pretenda pura e simplesmente adepto do pensamento científico positivista do século XIX só pode ter como ideologia consciente exclusiva de “curar”, na medida do possível, as doenças que atingem os pacientes de quem se encarrega. Essa ideologia pode ser chamada de ideologia do curandeiro científico. É ela que fundamenta o prestígio e a grandeza desse colosso em que se tornou a medicina contemporânea (BENOIT, 1988, p.95.).

O fato é que essa empreitada do ‘curandeiro científico’ não se dissolveu, ao contrário, parece ter se fortalecido. O sujeito é continuamente obliterado pela noção da cura médica. A voz é somente a desse discurso rotineiro e ela dita a lei: exames, diagnóstico, prognóstico, medicamentos – tudo em função do cárcere que é o infortúnio de ter perdido um grande “bem”: a saúde do corpo. Mas a fala dos pacientes, dos familiares e da própria equipe em suas queixas, que nessas condições não deixa de ser outro tipo de prisão (nesse caso, alienados pela ‘privação da palavra’), e mais uma vez lembramo-nos da dimensão de sujeito da qual nos referimos, não assume para os operadores dessa lógica o aspecto que poderia ter de validade. Queira ou não, através das falas do paciente dirigidas ao médico, por exemplo, surge inadvertidamente um discurso diferente que se quer fazer ser escutado, mas geralmente não obtém êxito.

É da visada totalitária do discurso médico (como de todo discurso) nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que fosse médica. Esses elementos, estranhos ao discurso médico, e, no entanto singularmente insistentes, uma vez que é continuamente que os doentes os apresentam ao médico, são verdadeiramente “não fatos” em relação à medicina. Os sofrimentos diversos, não justificáveis medicamente, os distúrbios funcionais, as modificações de humor, do sono, da via sexual, sobretudo a angústia, e tudo o que forma o fundo de um tipo de reivindicação

permanente e tagarela, é acolhido por uma maior ou menor boa vontade por parte do médico, mas este permanece inteiramente desarmado tanto para dar uma interpretação cientificamente aceitável como para tratá-los (...) (CLAVREUL, 1983, p.84).

Por inúmeras vezes, nas sessões clínicas, quando relatávamos nossas impressões acerca dos atendimentos de um determinado paciente ou familiar, a recepção por parte da equipe em geral era a de uma vaga importância. Em certa medida, sabia-se e sentia-se que nossa presença era necessária, considerando as expectativas da equipe, principalmente no que viesse a condizer com mudanças nos aspectos comportamentais e nos conteúdos dos dizeres dos pacientes/ familiares quando esses se dirigiam aos profissionais após algum tempo de acompanhamento realizado pelo psicanalista. “Ficamos aliviados com a presença de vocês aqui, pois notamos que muitos pacientes mudam. Não sei o que vocês fazem, mas aos poucos vemos que funciona”. Bastava, contudo, ser dada a ênfase aos aspectos subjetivos do paciente nesse espaço, e logo a equipe julgava-os como vagas elucubrações – essa era a impressão. “Esta coisa de subjetividade não é minha praia, não entendo nada. Não sei nem como se estuda isso. Não sei como funciona”; “Acho importante isso tudo, mas por faltar uma ‘objetividade’ (sic), parece que é meio confuso e difícil de escrever em dados concretos”.

Como Clavreul (1983) explica, que os operadores do discurso médico e, portanto, todos aqueles que a ele se alinham, comprometidos antes de tudo com a ciência, estão aplicados em suprimir a divisão subjetiva. “O que funda a relação médico-doente é a exclusão das posições subjetivas de um e de outro. O que fica de subjetividade, tanto aqui como lá, não constitui senão franjas (...)” (p.211). Dessa forma, apoiado na teoria lacaniana dos quatro discursos, Clavreul (1983) situa o discurso do mestre como aquele que mais se aproxima do discurso médico:

(...) o produto do discurso do mestre é a constituição de um objeto: a doença, como vimos, para o discurso médico. O objeto vem a ocupar o lugar do objeto “a” como lugar do desconhecido do desejo. É por aí que se estabelece o gozo do qual o discurso científico é portador na medida em que constitui uma ordem graças à qual o objeto aparece (...). Aparecendo na ordem do discurso, logo numa lei, ele desaparece na sua relação direta com o sujeito \$, isto é, enquanto objeto da fantasia: com isso, o discurso do mestre está a serviço do recalçamento para o próprio mestre. O objeto “a” desaparece como causa do desejo reaparecendo como achado do discurso (...). Toda descoberta científica (e o diagnóstico é uma delas) suprime a divisão do Sujeito. O desejo do médico por seu objeto é unificador (dos médicos entre si, mas também do médico para consigo mesmo) (p.170).

Dito isso, partimos da ideia de que a proposta da política de Residência, notadamente aquela que fala de um sujeito, que só podemos identificar na dimensão de

um indivíduo, mas não do sujeito que tratamos aqui, acaba por alinhar-se a uma ideia de saúde abrigada pela ordem médica. Que *concepção ampliada de saúde* é essa que ignora o que expomos? Esse indivíduo parece continuar a ser o corpo doente, antes de tudo – mesmo que se destaque o âmbito social desse eixo norteador.

Qual é a contribuição que o psicanalista pode dar em seu trabalho em equipe no hospital?

## **Responsabilidade e psicanálise**

Trazemos agora duas situações que servirão como pontos de partida para nossas próximas reflexões. A primeira diz respeito à visão que alguns profissionais pareciam compartilhar da psicanálise. Julgavam que a psicanálise seria mais completa se tivesse englobado as teorias mais atuais da neurociência, que dessa maneira, teria mais respaldo no campo da saúde. A segunda relativamente recorrente, quando algum paciente recusava um medicamento ou não queria se submeter a um procedimento. Havia um temor de que essa recusa fosse por falta de informação ou pelo paciente não ter um grau de instrução adequado para compreender a situação de seu estado de saúde. Percebemos a tentativa a qualquer custo de conscientizá-lo sobre sua doença com a finalidade de garantir que pudesse tomar a decisão de aderir ao tratamento.

Uma tenta reduzir, mesmo que timidamente, a relevância da psicanálise enquanto conhecimento que depende apenas de sua metapsicologia e de seu método. Ou melhor, a psicanálise seria melhor se conseguisse se servir das ferramentas que a neurociência dispõe. A outra, num movimento mais indireto, impõe uma diretriz, um desejo de curar a todo custo e afasta também o saber que o paciente pode vir a produzir acerca de si mesmo. Ambas as frases ditas em contextos diferentes, mas que estão sob uma mesma égide. Articuladas sem dúvida ao discurso médico, refletindo seu entendimento de que a saúde está ligada quase que unicamente ao registro biológico e, por conseguinte, ignorando a existência dos aspectos subjetivos. Alberti (2008) nos lembra:

(...) assistimos hoje ao desenvolvimento da ideia de um indivíduo cerebral, que reduz o sujeito às determinações cerebrais, neurais e neuronais (...). É impressionante a quantidade de artigos publicados no atual contexto do sujeito cerebral, tanto em revistas especializadas quanto em jornais para o grande público, sempre levando a crer que é o cérebro que produz o que há de mais genuíno, independente do corpo e independente do sujeito enquanto efeito de linguagem – como o ser falante é definido pela psicanálise de Freud com Lacan(p.154).

Essa tendência certamente se instaura cada vez mais de forma avassaladora. A tentativa de se reduzir todas as explicações do campo da saúde ao ponto de vista biológico é gritante, o que só reafirma o que expomos anteriormente sobre a ordem médica. Se há um sujeito enxergado por esses dois exemplos que trouxemos é o *sujeito cerebral*. A causa para muitos acontecimentos no hospital relacionados a questões emocionais com o paciente, por exemplo, é dirigida a essa esfera. Em último caso, se ele está ‘deprimido’ é porque pode existir uma disfunção na recaptação de serotonina. Se há um ‘responsável’, este, nesses casos, o primeiro a ser apontado é o *sujeito cerebral*.

No segundo exemplo, podemos colocar em voga outra concepção desse significante ‘sujeito’. Tomamos a liberdade de nominá-lo como o *sujeito social*. Do ponto de vista do paciente, é o que deve aprender sobre sua doença e se engajar no tratamento. Se ele não obtém êxito, a culpa recai na insuficiência cognitiva ou num problema de precária escolaridade – mas nunca deixa de ser um paciente difícil para a equipe. Ele deve estar ciente, menos por direito, mais por uma ordenação do discurso. Da perspectiva do profissional, é o que tem o papel de educar o paciente e de conscientizá-lo de seu estado. E, neste intuito, ansiedades e outras questões singulares quase sempre acompanham este profissional. Existe uma pedagogia em andamento nas ‘responsabilidades’ de cada parte.

Tudo aquilo que diz respeito ao aspecto mais crucial da subjetividade é colocado de lado. A psicanálise, entretanto, como já dissemos, vem nos falar de outro lugar:

(...) assistimos hoje em dia a uma proliferação do uso da categoria de sujeito; falar em sujeito passou a ser “bem pensante”, mesmo em campo de saber e da prática em que não há nenhuma condição real de se tratar do sujeito da psicanálise, do sujeito do inconsciente. Aqui temos o caso inverso da mesma propriedade: fala-se de sujeito sem nenhuma consideração à sua falta fundacional. Para a psicanálise, portanto, a falta é o que nos faz sujeitos *na* cultura, não *da* cultura, já que esta carece, tanto quanto o sujeito, de ser compreendida a partir dos fatos de estrutura que lhes conferem inteligibilidade (ELIA, 2004, p.49).

Isso não significa que os campos biológico e social são ignorados. Eles apenas não são de nossa especificidade. O ponto é que a perspectiva da qual a psicanálise parte não é reconhecida facilmente.

(...) a psicanálise não desconsidera que tenhamos um organismo e que este é regido por leis naturais e biológicas (o que seria louco), nem afirma que as

vicissitudes deste organismo não afetam o sujeito (o que seria impróprio). Ela evidencia e formaliza (...) que a experiência que temos de nosso organismo, de suas exigências, proezas, debilidades ou doenças, nós só a temos através do campo da significação, do sentido, ou seja, pelo fato de que, por sermos falantes, somos marcados pela linguagem, pelo significante, mesmo no mais extremo nível de intimidade que possamos estabelecer com nossos órgãos e com nosso corpo. Incidentalmente, a mediação do significante faz com que experimentemos nossa condição orgânica não como um todo, não no peso de uma unidade vital, mas, em bloco, fragmentos, pedaços, com os quais sonhamos, imaginamos, fantasiemos, enfim, representamos nós próprios. (ELIA, 2004, p.46).

Estamos falando de um registro onde opera uma lógica diferente com suas próprias leis. Falamos do inconsciente. Se o *sujeito cerebral* e o *sujeito social* são alvos constantes de responsabilização do que acontece em parte no ambiente hospitalar, de que responsabilidade podemos falar em psicanálise?

A psicanálise antes de tudo responsabiliza. Aqui a responsabilidade implica diretamente uma ética do sujeito, uma ética do desejo. Convida aquele que fala a se posicionar e assumir como seu o que se constrói em palavra. Forbes (2012) vem em nosso auxílio:

Do determinismo decorre a irresponsabilidade, que aparece na frase-modelo: “se eu fiz isso, foi meu inconsciente” (...). Ela aparece sempre que o inconsciente – ou as instâncias psíquicas id, ego e superego, na segunda tópica – ganha a consistência de coisa, como se a metapsicologia freudiana fosse uma ontologia, uma forma de conhecimento semelhante ao empirismo científico. Quando é assim, a pessoa pode se irresponsabilizar por sua ação, atribuindo-a a seu inconsciente, exatamente como pode atribuí-la à sua biologia (p.ex, a qualquer ocorrência nos seus neurotransmissores) ou a outra “realidade” cientificamente conhecida, como ter sido enganada por outra pessoa (p.4).

Se lembrarmos dos pós-freudianos em que o inconsciente ganha caráter de substância, vemos que eles se afastam dessa perspectiva, pois a culpa pelo infortúnio do adoecimento psíquico acabava sendo dirigida à própria instância inconsciente. Mas o fundamental é dizer que a psicanálise, na verdade, não afasta o paciente de suas ações, ela procura torná-lo responsável por seu desejo. Não é o inconsciente que é responsabilizado. “O analisando é levado a se responsabilizar pelo encontro e pelo acaso” (Forbes, 2012, p.xxxvi). Dito isto:

(...) inconsciente estruturado quer dizer exatamente isso: algo que é articulado no logos da linguagem, mas que nem por isso é articulável em palavras na fala do sujeito. Assim, é justamente por já ser articulado no nível da estrutura inconsciente que o desejo não é articulável pelo sujeito. A verdadeira dimensão trágica da experiência do sujeito está nessa impossibilidade, e na correlata inexorabilidade da sujeição do sujeito ao que se articula sem o seu arbítrio, decisão ou vontade, sem a sua consciência, mas certamente com sua escolha ativa, no ato mesmo em que se faz sujeito do

inconsciente (ELIA, 2004, p.57).

Não se trata nem de uma responsabilidade consciente total (livre-arbítrio no sentido mais pleno possível, como leva a crer o eixo norteador) nem de uma irresponsabilidade determinada pela existência do inconsciente. Ela é diferencial – subverte tudo aquilo que conhecemos, porque nos fornece condições de “... ir aos confins da relação da natureza com a cultura, para ali encontrar não o ponto de junção mas sim o de disjunção, intersecção vazia que nodula, sem continuidade, essas duas dimensões da experiência” (ELIA, 2004, p.47).

Como, enquanto profissionais de saúde, se responsabilizar por um pretendido “bem-estar” do paciente, quando sempre está se insinuando um furo que acusa a impossibilidade de atingir este estado de modo pleno? Lembremos aqui as duas situações que inserimos no início da seção e também do trecho do eixo norteador que destacamos no início do texto. Concordamos que se tornar responsável por si é um fator crucial quando falamos disso que é tão difícil de definir: saúde. Talvez, a melhor maneira de responder a essa exigência seja a de favorecer ao paciente as condições para que ele se responsabilize por suas próprias decisões, considerando o enredo de nossa própria especificidade enquanto psicanalistas. Reside aí, antes de tudo, nossa contribuição.

Como psicanalista “representando” a psicanálise na instituição “e, sobretudo, pela teoria psicanalítica”, deve-se então nesse campo fazer valer o que há de mais genuíno no cidadão: sua própria subjetividade, determinada como é pelas leis da linguagem, pelo inconsciente, pela divisão subjetiva. (ALBERTI, 2008, p.153).

Para complementar o que foi colocado, *como* o psicanalista pode fazer valer sua inserção numa instituição como o hospital? Figueiredo (2004) assim nos diz:

Para praticar sua especificidade tem que ter clareza de seus propósitos, de seu *métier*, de seu ofício. Essa posição não é conquistada ao modo da guerra dos grandes generais, nem só através de livros ou da escola. Estes são necessários para a construção do saber referencial indispensável na formação, mas dispensável, posto entre parênteses, como material para a clínica. É a partir de sua própria trajetória de analisando a analista, em seu tempo próprio de elaboração, com avanços e recuos, que o psicanalista pode convir. Se, ao lidar com os pacientes, deve acolher sem ceder, sua convivência no trabalho na instituição e na equipe se mantém sob esta mesma perspectiva: acolhe demandas e encaminhamentos a ele dirigidos sem ceder de sua especificidade, sabendo que lida com outras especificidades e com veleidades às quais também está sujeito. (FIGUEIREDO, 2004, p.168-169).

Nas enfermarias e nos ambulatórios dos hospitais é com esse sujeito que

lidamos. Ele está no membro da equipe angustiado por não ter conseguido ‘salvar’ um paciente, nas complicadas decisões que são tomadas por familiares e pacientes acerca de se aderir ou não a um tratamento, no processo de luto relativamente comum num ambiente com alta incidência dos casos de câncer, nas surpreendentes recuperações de alguns pacientes que já tinham sido rotulados como ‘sem chances de sobrevivência’, na recusa de um paciente em ser acompanhado por um médico especificamente. Nossa contribuição se firma ao oferecermos uma escuta dirigida menos ao paciente que ao sujeito.

Oferecer a oportunidade da fala ao paciente, por exemplo, para que se aproprie das questões que o faz sofrer, é uma possibilidade de abertura para sua implicação no processo de internamento, do seu adoecimento e de qualquer outra questão que o assombre, já que está instalado num local em que as forças do discurso médico acabam por calá-lo. Realizar a suspensão de uma demanda vinda da equipe através de um questionamento se configura como uma tentativa de ampliar a visão dela sobre o paciente. É garantir um espaço para a singularidade.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É imprescindível dizer que tais reflexões não teriam sido possíveis se não levássemos em consideração nossa experiência de atuação e se não sustentássemos nesse meio uma perspectiva teórica, a saber, no caso, a psicanálise. Mais do que fornecer respostas acerca do tema que tratamos, buscamos discutir o posicionamento da psicanálise perante a hegemonia do discurso médico em um ambiente de atuação multiprofissional através de um conceito fundamental que é o de sujeito.

Na verdade, esse aspecto é de fato um dos pontos-chaves que provocou a construção de muitas questões que apresentamos nesse texto. Com ele mostramos, num primeiro momento, o que o termo sujeito implica para a psicanálise. Por conseguinte, indicamos o que há de contraponto entre psicanálise e ciência, tomando brevemente os pós-freudianos como referência para facilitar nossas reflexões sobre a medicina. Abordamos a partir disso, como o discurso médico faz valer sua ideologia e a postura do analista perante isso. E, por fim, frisamos que a teoria e a ética (dimensão do desejo de analista), tendo com referência nossa responsabilidade enquanto profissionais, a despeito do que muitos possam cogitar, devem surgir como alicerce da atuação de um psicanalista em uma instituição como o hospital. Principalmente quando se está lidando

com os aspectos oriundos de uma prática que pretende levar em conta a atuação multiprofissional, pois exige um maior cuidado no manejo das questões que suscitei por sua própria complexidade. Falo também de manter a responsabilidade de garantir a experiência da clínica. E quando se fala da clínica, estou me referindo não só ao aspecto teórico que é obviamente fundamental e preciso, mas faço destacar também algo da transmissão desse saber perante seus contatos e suas interseções com os representantes do discurso médico e fazer valer o aspecto mais valioso desse posicionamento – preservar a subjetividade e ao mesmo tempo manter as leis do psiquismo formuladas pela psicanálise sempre em voga.

Esperamos ter fomentado, pelo menos, o início de um possível processo de se repensar a conformação da Residência já que ela se consolida através de diretrizes que defendem uma pretensa *concepção ampliada* de saúde que prevê a inserção de muitos *sujeitos*, mas talvez falte o reconhecimento daquela dimensão de sujeito que preserva o fundamento mais essencial da subjetividade. Assim, os futuros residentes, não só os profissionais de psicologia, podem ter contato com nossa experiência e nosso posicionamento e, a partir disso, ajudá-los a refletir sobre as questões que desejamos aqui tratar.

## REFERÊNCIAS

BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento.** Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BENOIT, Pierre. **Psicanálise e medicina: teoria e casos clínicos.** Tradução autorizada da primeira edição francesa publicada em 1988 por Éditions Rivages de Paris, França, na coleção “Rivages/Psychanalyse” dirigida por J-D. Nasio. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 45 de 12 de janeiro de 2007. **Dispõe sobre a Residência**

**Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.** Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BREUER, Joseph e FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria.** Obras psicológicas completas de Sigmund Freud; com comentários e notas de James Strachey; em colaboração com Anna Freud; Assistido por Alix Strachey e Alan Tyson; traduzido do alemão e do inglês sob a direção de Jayme Salomão In: Obras Completas, vol II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** Traduzido por Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

COSTA, Raphael Marques de Miranda. **O Afeto na clínica pós-freudiana.** Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Psicologia, Fortaleza (CE), 2010.

ELIA, Luciano. **O conceito de sujeito.** Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

FORBES, Jorge. **Inconsciente e responsabilidade: psicanálise do século XXI.** SP: Manole, 2012.

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

GAMSIE, Silvina. **La interconsulta: una práctica del malestar.** 1ª Ed. Buenos Aires: Del Seminario, 2009.

MARTINS, Ana Carolina Borges Leão. **O percurso do conceito de final de análise de Freud a Lacan.** Dissertação (Mestrado de Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Mestrado de Psicologia, Fortaleza (CE), 2010.

LACAN, Jacques. (1953) Função e campo da fala e da linguagem. In: **Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.