

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Ética, transferência e aposta no sujeito: uma experiência no hospital

Por

Julia Pierezan Magalhães

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

Ética, transferência e aposta no sujeito: uma experiência no hospital

Julia Pierezan Magalhães

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica. Orientadora: Fernanda Theophilo Costa-Moura.

Rio de Janeiro

Janeiro/2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M188 Magalhães, Julia Pierezan.
Apostar no sujeito no hospital: ética e transferência / Julia Pierezan Magalhães. 2019.
94 f.

Orientadora: Fernanda Theophilo da Costa-Moura.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2019.

1. Psicanálise. 2. Hospitais. 3. Ética. 4. Sujeito (Psicanálise).
I. Costa-Moura, Fernanda Theophilo da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 150.195

Elaborada por: Adriana Almeida Campos CRB-7/4081

Ética, transferência e aposta no sujeito: uma experiência no hospital

Julia Pierezan Magalhães

Orientadora: Fernanda Theophilo Costa-Moura

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

Presidente, Prof.^a Dr.^a Fernanda Theophilo da Costa-Moura

Prof.^a Dr.^a Anna Carolina Lo Bianco

Prof.^a Dr.^o Glória Maria Castilho

AGRADECIMENTOS

À Fernanda por me orientar e desorientar quando preciso.

À Anna Carolina e à Glória por me ensinarem tanto, especialmente sobre o compromisso com o trabalho.

À Pesquisa Corpo e Finitude, principalmente à Juliana, pela abertura e pelo trabalho implicado que tive a chance de participar.

A todos os governos que contribuíram para a permanência e crescimento das universidades públicas e de qualidade do país.

À minha mãe, um grande amor, que me ensinou tanto em vida sobre o viver e o morrer e que ainda me ensina sobre a saudade.

Ao meu pai pelo amor e apoio (quase) incondicional, tão importante pro meu eterno vir a ser eu mesma.

Ao meu irmão por toda inspiração que me causa.

À minha família por ter sido o suporte e a minha torcida até aqui.

Aos amigos queridos por toparem compartilhar encontros, desencontros e tornarem a vida mais leve. Especialmente à Michelle por ser uma sensível companheira do cotidiano e à Renata pela troca de angústias e risadas.

Ao Sérgio pela aventura e parceria.

RESUMO

MAGALHÃES, Julia Pierezan. **Ética, transferência e aposto no sujeito: uma experiência no hospital**. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho parte da seguinte pergunta: o que uma psicóloga orientada pela psicanálise pode fazer no hospital? Pergunta que nasceu da experiência de residência em um hospital geral. Sendo o hospital um lugar onde nos deparamos com o adoecer, também buscamos discutir sobre o que essa experiência coloca para o sujeito. Admitindo a dominância do modelo biomédico baseado em um discurso científico no campo hospitalar e da saúde, examina-se o que constitui o campo do saber médico e quais suas incidências e implicações para o campo do sujeito. A partir desse recorte e dos pontos de dificuldade com que nos deparamos no cotidiano dessa experiência, buscamos discutir por que vias a psicanálise pode operar no hospital, tendo em vista o conceito de transferência e o que Lacan (1959-60) aponta enquanto ética da psicanálise. Indicando uma possível diferença de posição a se apresentar na equipe de saúde, almejamos refletir sobre as circunstâncias em que a psicologia é convocada no hospital e como um psicólogo atravessado pela psicanálise se posiciona frente a isso. Para além de uma aposta na técnica ou no protocolo, a radicalidade das situações no hospital nos convoca a traçar uma pergunta pela ética. A partir da experiência de dar lugar à transferência nas práticas do hospital almejamos divisar como sustentar uma aposta no sujeito no hospital.

Palavras-chave: hospital, sujeito, transferência, ética, Psicanálise.

ABSTRACT

MAGALHÃES, Julia Pierezan. **Ética, transferência e aposto no sujeito: uma experiência no hospital**. Rio de Janeiro, 2019. Dissertação (Mestrado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This work begins with the following question: what a psychologist guided by psychoanalysis can do inside a hospital? A question that was born of the internship in a general hospital. Being the hospital a place where we face the illness, also we try to discuss about what does this experience causes to the subject. Assuming the dominance of the biomedical model based on a scientific discourse in the field of health care, including hospitals, we analyse what constitutes the field of the medical knowledge and what are their incidences and implications in the field of the subject. From this side and considering the difficulties we face in this daily experience, we want to explore through which ways psychoanalysis can develop inside the hospital, having in mind the concept of transference and what Lacan (1959-1960) points out as the psychoanalysis ethics. This indicates a possible difference of perspective that takes place in the health care unit, we look forward to make reflections on the circumstances in which the psychologist is called to work in a hospital and how a person influenced by psychoanalysis takes a stand in these situations. Apart from a bet on the techniques or protocols, the radicalism of the situations inside a hospital invites us to make questions about ethics. From the experience of transference in the hospital practices we look forward to make a bet on the subject in the hospital.

Key-words: hospital, subject, ethics, transference, Psychoanalysis.

Sumário

Introdução: Uma psicóloga no hospital.....	9
1. Hospital: “casa de médico”.....	16
1.1 Com o que a psicanálise pode operar no hospital?.....	29
2. As demandas no hospital: considerações sobre a transferência.....	37
2.1 Repetição e transferência: a experiência no hospital.....	41
2.2 Aspectos da demanda na transferência.....	49
2.3 Aspectos do saber na transferência.....	57
3. Uma pergunta pela ética.....	59
3.1 O que fazer com o que escapa ao sentido?.....	60
3.2 Sobre <i>das Ding</i> e suas consequências éticas.....	70
Considerações Finais.....	84
Referências Bibliográficas.....	91

*O cérebro eletrônico faz tudo
Faz quase tudo
Faz quase tudo
Mas ele é mudo*

*O cérebro eletrônico comanda
Manda e desmanda
Ele é quem manda
Mas ele não anda*

*Só eu posso pensar
Se Deus existe
Só eu
Só eu posso chorar
Quando estou triste
Só eu
Eu cá com meus botões
De carne e osso
Eu falo e ouço. Hum*

*Eu penso e posso
Eu posso decidir
Se vivo ou morro por que
Porque sou vivo
Vivo pra cachorro e sei
Que cérebro eletrônico nenhum me dá socorro
No meu caminho inevitável para a morte*

*Porque sou vivo
Sou muito vivo e sei*

*Que a morte é nosso impulso primitivo e sei
Que cérebro eletrônico nenhum me dá socorro
Com seus botões de ferro e seus
Olhos de vidro
(Gilberto Gil)*

Introdução: Uma psicóloga no hospital

Consideramos importante começar o presente trabalho retomando o seu ponto de partida. O contexto no qual nasceram as questões que nos levaram a esta pesquisa foi de uma psicóloga recém-formada, atravessada pela psicanálise e que inicia seu percurso de trabalho através de uma residência em um hospital geral, sem antes ter tido outras experiências em instituições hospitalares. Esta experiência se deu a partir da residência clínico-institucional no Hospital Universitário Pedro Ernesto. A residência foi produtora de muitas questões e inquietações, o que variava de setor para setor do hospital, sendo algumas delas compartilhadas também com outros residentes¹. O interesse para o mestrado partiu da pergunta “o que uma psicóloga orientada pela psicanálise pode fazer em um hospital geral?”. Essa questão se apresentou, inicialmente, porque o hospital é um lugar aonde a maior parte das pessoas busca para se tratar de alguma doença de etiologia orgânica e não de saúde mental, ou seja, muito diferente de um ambulatório psi ou de um consultório particular. Por outro lado, parecia às vezes também não estar claro para a equipe de saúde o que poderia ser nosso trabalho no hospital e igualmente, nem sempre era claro qual era o pedido feito à psicologia.

Apesar das preconizações e princípios do Sistema Único de Saúde, que visam um atendimento integral, multidisciplinar e pautando-se no modelo biopsicossocial, observamos que o modelo biomédico é dominante no hospital e guarda algumas especificidades. Portanto, primeiramente, buscamos explorar quais seriam as especificidades de um hospital, o que necessariamente nos fez pesquisar sobre a constituição do saber médico, já que este é parte fundamental no funcionamento do hospital. O primeiro capítulo do presente trabalho é uma revisão deste tema a partir de, principalmente, dois autores fundamentais desse campo: Foucault (1963/1977) e Clavreul (1978/1983). Através dessas leituras nosso intuito foi delimitar melhor o que está em jogo no espaço hospitalar, quais discursos ali dominantes e seus possíveis efeitos. Com Foucault iremos considerar qual foi o terreno, ou seja, as

¹ Os setores eram distribuídos entre ambulatórios e enfermarias e também diferenciados entre especialidades, como Obstetrícia e Pré-natal, Núcleo de Atenção ao Idoso, Cirurgia Cardíaca, Psiquiatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, entre outros. As equipes de cada setor eram multiprofissionais contando com diferentes profissionais da saúde, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, entre outros.

condições em que a medicina moderna se constituiu. A medicina moderna, almejando estar inserida no campo e rigor científico, descartou o que é do campo do sujeito para privilegiar o estudo das doenças, ou seja, o fenômeno da doença naquilo que isto independe de quem ela acomete. O estudo dos cadáveres mortos é uma boa ilustração para essa virada, não só porque localiza a doença no corpo, mas também porque subtrai o que é do vivo para poder estudar as doenças como um objeto em si. O olhar sobre a doença através de um olhar anatomo-patológico igualmente afasta a dimensão do sujeito, pois se afasta da fala daquele que padece da doença para se aproximar daquilo que o corpo expõe para leitura médica. Ou seja, a medicina passa a se interessar menos sobre o que o paciente fala daquilo que está acontecendo com ele e mais sobre o que exames (de sangue, de imagem, etc.) podem atestar. As características do desenvolvimento da medicina moderna assinalam para uma valorização daquilo que na fala e, principalmente, no corpo pode tornar-se índice de alguma doença, descartando, em contrapartida, aquilo que fica fora desse campo. Independente do que pretende o campo do saber médico e da ciência, eles produzem uma série de modos de viver e ser.

O hospital em si é completamente atravessado e marcado pelo saber médico. Podemos tomar como ilustração a divisão do hospital em setores conforme a divisão que a medicina faz no seu campo de estudo, por exemplo, cardiologia, nefrologia, etc.. É o saber médico e a história da sua configuração que nos ajudaram a refletir sobre o que encontramos na prática cotidiana do hospital, ou seja, no seu funcionamento, suas regras, condutas. Isso fez com que pensemos em um caráter protocolar não apenas da conduta médica como da conduta hospitalar em geral. Contudo, algo escapa ao protocolo e à generalização. Isso que escapa é, ao mesmo tempo, rejeitado do campo médico intencionalmente, digamos, e é também o que nos interessa enquanto atravessados pela psicanálise.

Por sua vez, com Clavreul (1978/1983), daremos um passo além de como se estabeleceu o conhecimento da medicina moderna, desejamos elaborar o que deste campo se apresenta na relação médico e paciente, qual moral está embasando tal relação. O autor argumenta que na formação do saber médico e dos médicos propriamente, o objeto de interesse é a doença e não o doente. Isso porque a ciência não comporta um saber do particular, ela pretende alcançar uma generalização. Queremos deixar registrado que nem por

isso a medicina se faz menos eficaz. Clavreul chega a nos deixar constrangidos em apontar como nós corremos em buscar o saber médico quando algo não vai como esperamos ou foge do que é conhecido. Há nessa relação médico e paciente uma suposição de que o médico sabe sobre o mal que acomete o paciente e pode propor soluções para tal. Não queremos dizer que adoecer e se submeter a um tratamento médico seja algo simples, pelo contrário. Porém, como veremos com Clavreul, no momento em que o corpo nos expõe cruamente que nós não o comandamos tanto quanto gostaríamos, o saber médico parece tentador por conseguir dar alguma ordem a esse fenômeno. Segundo o autor, por um lado, a ordem médica descarta o que é do campo do sujeito, ou seja, não está interessada por qual é a demanda do sujeito, prescinde dela. Por outro lado, a ordem médica se entende em certa correspondência a demanda do doente, mesmo que ignore essa dimensão para si mesma. Clavreul afirma que, de certa forma, a medicina acredita estar fazendo bem para aquele que a procura, acredita estar alinhada com a demanda de quem a procura. Este último aspecto é valioso para quando refletirmos sobre como o pedido da equipe para a psicologia pode seguir nessa mesma direção. Ou seja, tal pedido pode nos indicar como a psicologia pode ser vista como mais uma especialidade disponível no hospital para manter esse mesmo funcionamento.

A partir desse recorte, para delimitar o que está em disputa no hospital e qual discurso dominante nesse espaço, pudemos dar um passo a mais na direção da pergunta do que uma psicóloga atravessada pela psicanálise pode fazer em um hospital geral. Retornamos as indicações de Lacan (1966/2001) em seu artigo “O lugar da psicanálise na medicina”, onde o autor afirma que este lugar é sempre marginal e extraterritorial. Ou seja, apesar da psicanálise poder trabalhar junto ao saber médico, seu lugar é outro. Seguindo algumas pontuações de Lacan nesse artigo e as articulando à nossa experiência é que traçamos um caminho que pretende rodear a questão que nos propomos neste trabalho. Neste artigo, Lacan coloca ênfase na demanda que é dirigida ao médico e como ele a responde. Algo ultrapassa a demanda do doente dirigida ao médico, algo permanece aí como resto. Ele também indica o que fica fora da construção do saber médico, uma dimensão do corpo enquanto vivo, enquanto corpo que possui uma dimensão de satisfação, de gozo e que dessa forma, escapa à uma noção de corpo puramente anatômica ou instintual. Algo escapa a simples equação de um corpo doente que procura um médico para solucionar o seu problema. São essas dimensões que a psicanálise se interessará em escutar, em recolher. As questões levantadas por ele a respeito do saber médico

só podem ser feitas a partir de uma escuta psicanalítica, a partir dos recursos e conceitos com que a psicanálise opera. Por isso tomamos tais questões como indícios de por onde deverá passar nosso trabalho, buscando discutir com o que a psicanálise pode operar no hospital.

O que recortamos indica um suposto choque entre o saber médico e a psicanálise, por exemplo, ao tratar o que diz respeito à demanda formulada pelo paciente, mas também à demanda formulada ao psicólogo. E, logicamente, como se posicionar frente a isso quando atravessado pela psicanálise. As questões que este trabalho pretende abordar passam pelo desconforto que surgia frente às demandas para psicologia. Tais demandas apareciam através de um pedido de atendimento psicológico quando um paciente não correspondia ao esperado pelo contexto hospitalar, por exemplo: quando um paciente se recusava a aderir os procedimentos médicos, quando um paciente apresentava um “humor deprimido” ou não aceitação da sua condição de doente, etc.. Dessa forma, a própria demanda dirigida à psicologia aponta para algo que escapa ao saber médico.

Como uma psicóloga orientada pela psicanálise deve escutar e manejar isso que aparece nas demandas a ela dirigidas? Nesse sentido, no segundo capítulo do presente trabalho, daremos destaque ao que é do campo da transferência, pois nos é caro para pensarmos as dificuldades encontradas na experiência da residência. No intuito de elaborar sobre isso que chega como um pedido para a psicologia e que foi causa das inquietações aqui levantadas, se fez necessário abordar o conceito de transferência, já que este versa sobre a relação que se estabelece entre o analista e o analisando.

No segundo capítulo, a partir de um relato clínico que foi disparo para nossa questão, iremos retomar algumas indicações teóricas de Freud e Lacan sobre a transferência, do que se trata e como o analista deve manejá-la. A virada teórica e técnica de Freud na clínica com as históricas, abandonando a hipnose e mais tarde inaugurando a associação livre, nos indica como nesse momento inicial da psicanálise Freud já traz o sujeito para se implicar naquilo que acontece consigo. A regra analítica passa a ser que o próprio sujeito associe, fazendo com que as resistências do sujeito apareçam, ao invés de serem abafadas, como no método hipnótico. Para Freud (1912/2010), a transferência, mesmo muitas vezes operando como resistência,

deve ser considerada, pois ela diz respeito ao sujeito. É no terreno da transferência que a análise propriamente pode acontecer e que a fala pode ser endereçada ao analista.

Outro ponto destacado em relação à transferência é seu aspecto de repetição, o que também inclui a dimensão do sujeito, já que, como veremos, o sujeito está profundamente implicado em como a transferência se estabelece. O lugar dado pelo analisando ao analista diz respeito à história das suas relações, ou seja, diz respeito às relações do sujeito com os objetos de sua vida. O que é atualizado na relação com o analista é um modo de se relacionar com os objetos, o que se repete. A transferência diz respeito à maneira pela qual o sujeito inclui o analista nesse clichê, como Freud (1912/2010) aponta. É nesse sentido que iremos desenvolver o que abrange a repetição e os pontos de fixação que constituem o campo do sujeito e que se reatualizam na transferência. Lacan (1964/2008) afirma que é através da transferência que o analista pode ter acesso à determinação inconsciente do sujeito. Nesse capítulo também iremos trabalhar o que está em jogo nessa colocação, entendendo melhor qual relação entre transferência e repetição.

Além da repetição, destacamos também o aspecto da demanda em como ela se apresenta na relação transferencial com o analista. Freud (1915a /2010) aponta a demanda de amor como um dos desdobramentos da transferência. Suas indicações em como responder ou não a esse tipo de efeito da transferência nos servirão para refletir como aquele que se encontra no lugar de analista deve se posicionar diante da demanda a ele dirigida. Nesse ponto, contamos com Lacan para aprofundarmos o que seria do campo da demanda distinguindo-a do que seria do campo do desejo. Este último aspecto vai trabalhar com a questão do que o analista tem para oferecer na análise e os possíveis efeitos que sua posição pode ter para o sujeito e para o andamento da própria análise. Outro aspecto que será brevemente abordado sobre transferência é sua relação com o saber. Lacan (1964/2008) indica que a transferência irá se estabelecer pela suposição do analisando de que o analista sabe algo sobre ele, sabe algo sobre seu sofrimento. Nesse ponto podemos destacar uma diferença importante do saber médico, diferença que se apresenta em como a psicanálise se posiciona frente à demanda de saber e que tem relação com o manejo da transferência.

Ainda, se aquele que escuta no hospital terá que lidar com o que é do campo da demanda, nos é interessante refletir onde ancorar-se para tomar aí uma posição. Uma posição

que não nos deixe cair na tentação de acreditar que estamos fazendo algum bem para aquele que está no lugar do paciente ou de que estamos alinhados a alguma moral institucional. O que deve orientar a escuta daquele que é atravessado pela psicanálise no hospital? Se o nosso campo trata exatamente do que foge ao protocolo e do que não é solucionado por uma técnica, nossa pergunta caminha em direção à pergunta pela ética da psicanálise. Assim, o terceiro capítulo do presente trabalho pretende discutir o campo da ética da psicanálise. Consideramos que essa dimensão pode dar recursos àquele que é atravessado pela psicanálise não se deixar contagiar pelo afã médico de curar ou afã científico de ter as respostas para tudo. Vamos iniciar essa discussão a partir do artigo de Freud (1933 [1932]/ 1996) “A questão de uma *Weltanschauung*” para refletir como por trás do discurso médico e científico há uma pretensão de conseguir dar um sentido totalizante para determinados acontecimentos, não havendo interesse para o que escapa ao sentido.

Nesse mesmo capítulo tentaremos nos aproximar do que pudemos recolher da escuta sobre a experiência de adoecer e o que essa experiência pode trazer na dimensão de *nonsense*, aquilo que uma *Weltanschauung* ou o saber médico, por exemplo, tenta descartar. Observamos que quando alguém se encontra doente isso pode trazer uma série de limitações, restrições, mudanças de vida, etc., ou seja, o adoecer pode colocar uma dimensão de perda para o sujeito. Nossa hipótese é de que a experiência de adoecer pode ser tomada como um abalo no próprio Eu, ou seja, um abalo em certa linha de ficção em que o sujeito se encontra e que concede a ele certa amarração de sentido. Para isso, discutiremos o que envolve a constituição do próprio Eu, aproximando-a do que está na origem de uma *Weltanschauung*. Queremos destacar como o adoecer pode trazer a dimensão de algo que escapa ao sentido ou ao *continuum* da vida, podendo fazer o sujeito perder algumas coordenadas de sua própria identidade e se encontrar com sua condição inexorável de desamparo e finitude. Dessa forma, vamos considerar o adoecer como uma experiência que pode envolver uma perda para o sujeito, perda sentida no Eu.

Tratar da perda reatualiza o que concerne ao estatuto de objeto para a psicanálise, ou seja, de objeto perdido enquanto tal. Por isso iremos retomar o “Projeto para uma psicologia científica” (1985 [1950]/1996) e depois abordar as consequências que daí Lacan (1959-60/2008) extrai para falar de *das Ding*, este objeto impossível. A importância de falar

da ética da psicanálise bordejando este objeto se coloca, pois este indica que algo não é solucionável ou harmonizável entre as pulsões. Lembrando aqui que é através do conceito de pulsão que a psicanálise também pode abordar a dimensão da ligação entre corpo e psiquismo (Castro-Arantes e Lo Bianco, 2013). *Das Ding*, enquanto objeto essencialmente faltoso, ou seja, que se apresenta por sua ausência, implica em considerar que não há objeto que complementaria as exigências pulsionais. A partir do *Seminário 7: a ética da psicanálise* (1959-60/2008) pretendemos discutir alguns aspectos em relação a *das Ding* e disso extrair consequências para pensar o que a ética da psicanálise coloca como medida da ação de quem escuta. Esperamos desenvolver o que a ética da psicanálise pode nos indicar, por exemplo, quanto ao lugar do analista na transferência frente às demandas que para ele se apresentam. No hospital, lugar dominado pelo saber médico e científico, acreditamos que a pergunta pela ética da psicanálise é essencial diante da radicalidade das situações com que nos deparamos. Situações que podem reatualizar para o sujeito questões fundamentais do campo humano, como o desamparo e a finitude.

Em um ambiente como o hospital que guarda suas particularidades e é marcado pela experiência do adoecer, a dificuldade com que nos deparamos na experiência da residência nos mostrou como é fundamental para o psicólogo orientado pela psicanálise que este esteja rente a teoria que o orienta, o que nos levou a desenvolver o trabalho a seguir.

1. Hospital: “casa de médico”

Começaremos pela retomada de alguns pontos dessa experiência na residência que foram fomentadores das questões que aqui serão desenvolvidas. Uma das primeiras dificuldades encontradas nessa experiência foi a relação com a equipe, algumas vezes eles pareciam não saber o que esperar da psicologia ou pareciam não esperar muita coisa. Um exemplo disso era a recorrência com que alguns profissionais não liam as anotações da psicologia no prontuário, isso era notado já que algumas vezes alguém da equipe solicitava a psicologia mesmo quando o paciente já estava em acompanhamento com registro no prontuário. Teríamos outros exemplos, mas claro que isso não resume todos os casos, dependendo do setor e do que a equipe de psicologia ali presente já havia construído com o restante da equipe, era possível perceber uma escuta mais sensível, desde a importância da psicologia no hospital até a indicação de encaminhamentos pertinentes. É muito difícil escrever sobre essa dificuldade com a equipe, pois também é algo que aparece de maneira sutil e cotidiana no hospital. Aparece através das interrupções não necessárias² enquanto está acontecendo um atendimento no leito, através da não comunicação de decisões relacionados aos pacientes que estão acompanhados por algum psicólogo (como alta, transferência de setor,

² Queremos destacar que há procedimentos que devem ser feitos em determinados horários ou que são prioritários e por isso a interrupção seria necessária.

reinternação, etc). Aparece também em falas como “você pode conversar um pouco com esse paciente?”, pois apesar de ser um “tratamento pela fala” (*talking cure*), o termo “conversa” é vago para pensarmos quais seriam as expectativas com esse pedido. Ainda há talvez uma dificuldade a partir de uma orientação psicanalítica, pois mesmo a psicanálise hoje sendo bastante difundida, ela não é profundamente estudada ou conhecida e não acreditamos que devesse ser, apenas é algo a mais para pensar em relação à equipe: como conseguir transmitir algo da sua orientação teórica que seja necessária para explicar alguma conduta de atendimento específica sem cair em um psicologismo? Aqui se faz notar mais um viés dessa posição difícil de ocupar, pois não era chamada no lugar de psicanalista, e sim de psicóloga, porém orientada pela psicanálise, ou seja, era com a psicanálise que eu poderia fazer algum trabalho, o que já é um recorte comparado ao grande saco que agrupa as teorias psicológicas. Gostaríamos de destacar que essas questões foram vividas na rotina do hospital e tem uma dimensão particular do hospital, de cada equipe, de cada profissional, não havendo pretensão de generalizá-las.

Entretanto, talvez possamos indicar como essas questões estão relacionadas com dimensões mais amplas, onde eu vou ressaltar duas delas neste ponto: a determinação de políticas públicas na área da saúde e o saber médico como dominante no hospital. Em relação às políticas públicas, o que desejo salientar são algumas características do Sistema Único de Saúde³, atual sistema público de saúde no Brasil que pretende garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. A concepção de saúde do SUS apoia-se na definição da Organização Mundial da Saúde: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade" (Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946)⁴, o que visa retirar o foco do tratamento da doença para o doente. Podemos perceber esse aspecto através, por exemplo, do seu princípio de Integralidade, que visa integrar os serviços relacionados à saúde entre si e integrá-los com outros âmbitos do poder público, como educação, justiça, segurança, entre outros. Mas, além disso, o princípio de Integralidade também pretende destacar a assistência integral ao indivíduo. Este discurso tem como uma de suas diretrizes o modelo

³ Ver na íntegra em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.html.

⁴ Ver mais em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.

biopsicossocial, ou seja, almeja um atendimento integral do indivíduo, adotando uma visão mais ampla sobre o mesmo, não reduzindo o atendimento em saúde a tratar uma doença. Nesse sentido o cuidado à saúde não se reduz apenas na assistência médica, valorizando o atendimento multiprofissional e interdisciplinar. A Política Nacional de Humanização⁵ que dialoga diretamente com o SUS prevê o conceito de Clínica Ampliada e Compartilhada que traz a seguinte dimensão:

A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia. COMO FAZER? Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS. (Política Nacional de Humanização)

A partir desse fragmento podemos concluir que o SUS enquanto política pública preconiza um atendimento que não seja reduzido a doença e tampouco ao saber médico, pretende ir “além do enfoque orgânico”, ampliando o tratamento para além deste e propondo um tratamento construído também pelos diversos profissionais envolvidos junto ao paciente. O propósito de sinalizar essas referências do SUS é entender um dos panos de fundo atuais da presença da psicologia assim como de outros discursos no hospital.

Entretanto, a mudança de paradigma refletida no reposicionamento de uma política pública não é simétrica ao que encontramos na prática cotidiana, como aponta Camargo em seu artigo “A biomedicina” (1997):

A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos em um só - biopsicossocial - como se a mera justaposição de discurso pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade.

⁵ Ver mais em

<http://portalsms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humaniz-asus>.

Agregue-se a isto o fato de que os termos ‘psico’ e ‘social’ não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico. (Camargo, 1997, p.54-55).

Acreditamos que, ainda hoje, apesar de diferentes discursos comporem o campo hospitalar e da saúde, há uma dominância do modelo biomédico baseado em um discurso científico. Ilustrações desse domínio podiam ser encontradas no cotidiano do hospital, como nos *rounds*, reuniões diárias onde se discutem os casos sob o viés médico e onde os próprios decidem a conduta a seguir com aqueles pacientes. Aqui também é possível falar das preferências terapêuticas dos médicos, em destaque a via medicamentosa ou cirúrgica, o que evidencia que ainda é majoritário o olhar para o corpo anatomo-fisiológico no hospital.

Camargo (1997) aponta que a racionalidade médica corresponde a uma racionalidade da física clássica, a qual ele chama de imaginário científico da medicina contemporânea. O autor indica três proposições principais dessa racionalidade: o caráter generalizante com a proposta de uma validade universal, o caráter mecanicista que busca uma causalidade linear dos fenômenos e o caráter analítico que divide e isola as partes de um todo, como ilustra as diversas especialidades médicas. O autor defende que a doutrina médica é implícita, não estando claramente formalizada em manuais de medicina, nestes só se encontram aforismas, como o exemplo “não há doenças, e sim doentes”, o qual não encontraria repercussão na prática médica. Por isso a racionalidade médica estaria baseada em representações que são difíceis de questionar, por não encontrarem-se explícitas em lugar nenhum, apesar de não soarem estranhas. O autor as enumera da seguinte forma:

A dificuldade com esse grupo de representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico; pode-se entrevê-lo quando um professor de Medicina ensina. Num certo sentido, pode-se dizer que constituem a espinha dorsal da “ciência médica”. Esse grupo de representações poderia ser resumido num número bem pequeno de proposições, tais como: as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta. (CAMARGO, 1997)

O autor considera, a partir desses aspectos, algumas consequências na prática médica, como o uso excessivo de exames complementares, a farmacologização excessiva, e o que queremos

sublinhar, a desvalorização da posição subjetiva do paciente. Doenças existem por conta própria, assim, para esse saber médico se justificar enquanto científico é necessário que o diagnóstico formulado na clínica com o paciente, contando com as novas possibilidades tecnológicas, seja objetivo. Dito de outra forma, é necessário que não haja interferência da subjetividade do paciente ou do médico na dissecação de sintomas que concluirá numa doença e com isso poder conduzir um tratamento. Como podemos entender, então, o “primado do discurso biológico”?

Foucault (1963/1977) em *O Nascimento da Clínica* discutiu sobre a constituição da medicina moderna, ele diz “Este livro se trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar” (p. VII). O autor expõe as diferenças entre relatos médicos do século XVIII para XIX, delimitando uma virada da medicina pré-moderna para medicina moderna, que segundo o autor está relacionada a mudança do olhar, pois este ganha estatuto de fonte de verdade e saber. Ele aponta para algumas conjunturas que possibilitaram tal transformação: a abertura de cadáveres, a mudança do espaço do hospital e as epidemias da época que exigiam a criação de novas estratégias sociais de enfrentamento. Em relação à abertura dos cadáveres, Foucault diz: “A prática clínica médica estaria relacionada com o início do estudo da anatomia dos cadáveres. (...) O olho torna-se depositário e a fonte de clareza; tem o poder de trazer à luz uma verdade que ele só recebe à medida que lhe deu à luz; (...)” (1963/1977, p. XI). Essa mudança permite, como Foucault aponta, uma experiência clínica onde se torna possível falar da doença a partir de um discurso de estrutura científica apoiada no que é verificável ao olhar. Além desse aspecto, os estudos médicos passam a ser dirigidos ao corpo, este é o lugar da doença, onde ela se aloja. Isso já poderia nos dar indício do saber da medicina moderna que em sua constituição se apoia no estudo de corpos mortos, prescindindo do sujeito?

Foucault (1963/1977) também aponta como o saber médico vai trabalhar com as categorias de normal, anormal, patológico para a partir delas basear uma medicina social e individual. A normalização estaria relacionada às práticas sociais que se produzem como normas sociais de regulação dos corpos e a anormalidade estaria ligada com variações da norma, mas sem que isso implique uma patologia necessariamente. Podemos pensar algumas consequências dessa normalização social junto a categorias tão usadas no hospital como saúde e doença, ser/estar saudável ou ser/estar doente. O que queremos destacar é como tal discurso

calçado na ordem médica acaba por produzir modos de ser, pressupondo uma certa uniformização e objetificação do sofrimento do sujeito.

A medicina não deve mais ser apenas o *cosmos* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. (FOUCAULT, 1963/1977, p. 39).

A partir desse trecho, podemos reconhecer que não apenas no hospital, mas também fora dele, o saber médico pauta condutas variadas, até as mais cotidianas. Na medicina moderna a questão da finitude também vai ganhando outros contornos. O olhar volta-se para o corpo doente e a ciência passa a oferecer diagnósticos, tratamentos e cura para a enfermidade, uma espécie de medicalização da morte. A morte que até então podia ser encarada como “natural” ou passagem para uma vida eterna, passa a ser algo observável na própria doença, onde a lesão no corpo era vista como uma morte parcial do tecido. O discurso que valorizava a busca por uma vida eterna passa a ser substituído por um discurso que valoriza o normal ou o saudável, assim a questão da morte passa a ser tratada pela medicina, já que a doença é uma forma patológica de vida.

Foucault (1963/1977) descreve como a medicina e o Estado passam a se articular para lidar com as epidemias e doenças, efetuando uma medicalização do espaço social, onde as experiências cotidianas passam a ser pensadas a partir de uma série de categorias médicas. O hospital torna-se lugar privilegiado da prática médica como polícia médica, aquela que articula medicina social e individual e que assegura uma vigilância contínua. O hospital transforma-se em lugar onde o saber médico atua, lugar de cura e tratamento da enfermidade. A medicina passa então a operar a partir de dados acumulativos e comparativos, um saber que faz previsões e calcula riscos.

Outro ponto importante que Foucault (1963/1977) vai desenvolver é a mudança no método diagnóstico, mostrando a passagem de um método que considerava os sintomas e signos de uma doença para um tipo que privilegia o signo ou o exame anátomo-patológico. Até a medicina do século XVIII a doença se apresentava por sintomas e signos para seu

observador. O sintoma estaria relacionado com o doente relatar sua queixa, estaria ligado a uma parte primeira de como a doença aparece para o sujeito, de como ele a expressa; já o signo estaria relacionado com o que é visível, o que transparece. Não existiria uma essência patológica além do sintoma e signo, é através deles que poderia se saber sobre a doença, prognóstico, etc. O conhecimento médico pré-moderno analisa, então, os signos e sintomas, sendo os signos algo que pretende uma objetivação do exame clínico e os sintomas como uma parte subjetiva da experiência da doença.

Foucault (1963/1977) indica para uma mudança na clínica moderna onde se valoriza a análise dos signos em conjunto a uma análise anátomo-patológica. Ele ilustra isso a partir da mudança da pergunta do médico “O que você tem?” para “Onde dói?”. Assim notamos a importância da localização da doença no corpo do doente para a formalização de um discurso científico, o que Foucault relaciona com a soberania do olhar. A medicina moderna é uma clínica anátomo-patológica, deste modo os signos estariam relacionados ao olhar, ou seja, a alguma lesão que possa ser localizada no corpo, e a partir da autópsia, da abertura dos cadáveres, poderia se ver aquilo que era invisível, que estava oculto, o que seria um argumento a favor de uma objetividade. Já o sintoma teria relação com o que o médico escuta do doente, ou seja, com o que paciente diz de sua doença, uma dimensão subjetiva e que remete a questão da linguagem. Contudo, esse aspecto deve ser descartado em prol de uma cientificidade ou neutralidade do médico para que se determine o quadro patológico, ou seja, qual doença aquele doente possui. Trata-se menos do que o paciente tem a falar sobre sua doença, e mais do que o médico consegue “filtrar” da sua fala junto com uma gama de exames que quase torna a fala do paciente desnecessária.

(...) a percepção médica se liberta do jogo da essência e dos sintomas, como também do, não menos ambíguo, da espécie e dos indivíduos: desaparece a figura que fazia girar o visível e o invisível segundo o princípio de que o doente no mesmo tempo oculta e mostra a especificidade de sua doença. Abre-se para o olhar um domínio de clara visibilidade. (FOUCAULT, 1963/1977, p. 119)

O exame anátomo-clínico busca localizar no corpo algum tipo de lesão, aquilo que seria indicativo da doença, como Camargo (1997) diz: “Neste processo consolida-se uma das vertentes de caracterização das doenças, que ao fim e ao cabo serão vistas não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares.” (p. 49). Isso já nos mostra como a

experiência de estar doente será atravessada e até definida pelo saber médico, retirando-a do campo da religião, por exemplo, para colocá-la no campo da ciência. Os sintomas passam, então, a serem traduzidos como indicadores de signo, ou seja, o que o paciente diz é traduzido para um tipo de linguagem clara e ordenada do discurso médico. O efeito de tal mudança de paradigma que irá permitir a medicina ser considerada científica é uma espécie de silenciamento do sujeito, pois no momento em que ele se torna paciente dessa clínica médica, este sujeito já não tem mais o que dizer sobre o próprio mal que o acomete. Pelo contrário, para o médico chegar a um diagnóstico ou a “verdade do fato patológico”, ele deve abstrair ou filtrar ao máximo as singularidades do paciente, sua história, contexto social, seu temperamento, seu modo de se relacionar, etc., para alcançar a identificação da doença segundo uma nosografia preestabelecida. O próprio paciente também, fazendo parte desse enredo, assume sua posição de demandar ao médico resposta para seu sofrimento. Nesse sentido trazemos um fragmento inicial do conto “O mendigo Sexta-feira jogando no Mundial” de Mia Couto na intenção de enriquecer a discussão.

Lhe concordo, doutor: sou eu que invento minhas doenças. Mas eu, velho e sozinho, o que posso fazer? Estar doente é minha única maneira de provar que estou vivo. É por isso que frequento o hospital, vezes e vezes, a exibir minhas maleitas. Só nesse momento, doutor, eu sou atendido. Mal atendido, quase sempre. Mas nessa infinita fila de espera, me vem a ilusão de me vizinhar do mundo. Os doentes são minha família, o hospital é o meu teto e o senhor é o meu pai, pai de todos os meus pais. (Couto, 2004/2009, p.81)

Tal pesquisa sobre como nasce a medicina moderna, quais suas articulações e o que está em jogo na forma de montar seu arcabouço teórico é relevante para pensarmos o que desse discurso atualmente ainda permanece no espaço hospitalar, até hoje conhecido como “casa de médico”. Quais efeitos isso tem para o sujeito no lugar de paciente e qual lugar possível de uma escuta atravessada pela psicanálise nesse espaço?

Clavreul (1978/1983) no seu livro *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico* vai se debruçar sobre o discurso médico já com as contribuições de Foucault e Canguilhem sobre o tema, mas também a partir de uma leitura da psicanálise. Por isso somos tão tocados pela maneira como ele fala da ordem médica, do que dela escapa e deve escapar para que a mesma se constitua. Ele retoma pontos trazidos pelos autores citados, por exemplo, como o arcabouço teórico-científico da medicina se constitui a partir do estudo das doenças e

não dos doentes propriamente, cito: “(...) a doença, adquirindo um estatuto científico, separa-se cada vez mais do que o interessado sente dela.” (Clavreul, 1978/1983, p.44). Ele retoma o raciocínio de Hipócrates, considerado por muitos como pai da medicina, o qual parte de uma noção de igualdade ao pretender que os sintomas de uma doença ocorram de forma igual independentemente do doente. O autor aponta que nesse raciocínio apresentam-se três elementos: o médico, o doente e a doença, separando, dessa forma, a doença do doente, podendo assim classificá-la e reconhecê-la em uma nosografia das doenças.

(...) graças a esta separação, a medicina pôde isolar o que constitui seu objeto: isto é, a doença, e fazer seu estudo considerando-a como semelhante em todos os homens, com exceção de algumas variantes que se relacionam tanto com a própria doença quanto ao homem no qual ela evolui. (CLAVREUL, 1978/1983, p.73).

Clavreul aponta que a afirmação “não existem doenças, só doentes” implica em um problema para a cientificidade da medicina como colocada hoje, já que a ciência não comporta um saber do particular, apenas do geral e do correlativo. Portanto, aquilo que aparece como “variante” é jogado no que ele chama de saco dos fatores psicológicos. Segundo ele, para a medicina o doente seria a soma do homem mais a doença, onde a medicina se debruça sobre a doença a fim de erradicá-la para recuperar o homem são. “O discurso médico não é um discurso sobre o homem, mas sobre a doença. Nem por isso deixa de implicar uma certa idéia implícita sobre o homem, sobre sua liberdade, sobre seu Ser.” (Clavreul, 1978/1983, p.75). O que o autor aponta como nessa prática de recuperar um homem são, invadido pela doença, o saber médico necessariamente, de saída, se apoia em uma noção de homem saudável, homem ideal. “O médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, e se resta pouca saúde nele, ele tomará decisões em seu lugar, fará pressão sobre a família, eventualmente fará com que o internem.” (Clavreul, 1978/1983, p.74).

Ressonâncias dessa afirmação podem ser encontradas na experiência da residência, onde muitas vezes o próprio prontuário era substituído pelo relato do paciente. Além disso, notava que muitas vezes, nas primeiras abordagens feitas a um paciente internado, este só conseguia falar sobre o que os médicos e outras especialidades haviam dito sobre seu estado. Outras vezes, após alguns atendimentos, alguns pacientes abriam para questões mais singulares da sua experiência. No setor da maternidade de alto risco, algo muito comum de ser

escutado era como as mães eram internadas por estarem correndo algum risco iminente sob avaliação médica, apesar de não apresentarem sintomas que tornassem para elas esse risco sensível. Muitas mulheres grávidas tinham outros filhos pequenos para cuidar e muitas vezes sem uma estrutura familiar e social com quem pudessem contar nesse cuidado, dessa maneira ficavam extremamente divididas e angustiadas com a decisão de ficarem internadas ou saírem à revelia, como era anotado no prontuário caso alguma delas saísse da internação. Afinal, como você não irá também cuidar de si mesma e de um futuro bebê que está pra nascer? Afinal, como você não tem com quem deixar seu outro filho? Nesse contexto uma paciente internada relata que ligaram para ela da escola do seu filho ameaçando fazer uma denúncia para o conselho tutelar caso o mesmo continuasse não indo à escola e que ao mesmo tempo ela não tinha o que fazer, pois quem estava tomando conta do seu filho não tinha condições de levá-lo. Para onde vão essas questões? Há espaço para elas no campo médico?

Levando em conta essas considerações, queremos dar destaque nas formulações de Clavreul (1978/1983) sobre como a ordem médica tem como pano de fundo uma filosofia ou uma orientação de estar fazendo bem ao doente. Ele faz um contraponto à Foucault quando afirma que não é apenas no tratamento da loucura que vemos a medicina se expressar de maneira brutal e coercitiva, apontando que para o “doente” também é quase inegável o tratamento oferecido pela medicina ou ao menos é inegável o saber que o médico fornece sobre seu mal. Sobre a ideologia dominante em relação à ordem médica, Clavreul nos indica qual seria ela: “O médico (ou o chefe) sabe melhor que você o que convém para o seu Bem. Sua liberdade resume-se em escolher seu Senhor.” E conclui que

Assim deixa-se a cada um a ‘liberdade’ de recusar a medicina e o médico, mas com o risco de cometer um suicídio ou um crime. (...) Quem manteria sua provocação perante a Ordem médica? Seria loucura. E a loucura, ela também, está confiada aos médicos e votada a ser ‘curada’. (Clavreul, 1978/1983, p.31).

Dessa forma, Clavreul afirma que tanto em relação ao louco como em relação ao doente, há uma tentativa em comum de “impor o que é mais favorável ao bem de alguém, que não é considerado capaz de opor um julgamento admissível.” (1978/1983, p.43).

Clavreul (1978/1983) recupera a valiosa diferença feita por Leriche entre “doença do doente” e “doença do médico”, mostrando que não é da mesma doença que se trata se

partimos da diferença entre o que o doente sente, diz sentir, o que ele percebe sobre seu estado e o que o médico tem a dizer sobre aquela doença que acomete aquele paciente como poderia acometer outros. O autor critica a posição de Canguilhem ao refutar ou contornar essa diferença apontada por Leriche ao dizer que antes da doença aparecer através da ciência, o doente possui consciência de seu estado de alguma forma, o que ele chama de “consciência mórbida”. Clavreul critica esse ponto de vista indicando o que está envolvido na afirmação desse princípio: “Ela visa salvar a ideia que a medicina faz de si mesma: de sua coalescência com a demanda do doente. (...) É, pois, o discurso médico que tornou possível a identificação mórbida e não o contrário.” (p.44). Clavreul também irá afirmar:

A medicina provou mais que fartamente que podia prescindir de toda consciência pessoal de um estado mórbido, e mesmo de toda demanda. Esta, quando existe, não tem, de qualquer maneira, lugar algum no discurso médico, para qual o doente não é senão um indicador de signos e não um demandante, um pedinte. Aí está o desconhecimento, que é sistemático e não fortuito, da Ordem médica. (Clavreul, 1978/1983, p. 45).

Podemos notar duas posições simultâneas da Ordem médica, uma posição que assume que o doente é possuidor de uma doença que deve ser curada, ou seja, pressupõe que a demanda do doente está de acordo com os objetivos da ordem médica, e outra posição, que se articula com a primeira, em que a demanda do doente não é colocada em questão, pois a mesma está fora do que a Ordem médica se propõe a tratar, ela a desconhece. Clavreul (1978/1983) traz o relato de um indígena curado por um médico que volta ao seu consultório exigindo do médico que este continue, já que o curou, a lhe assegurar os meios de viver, materiais e morais. A partir disso o autor traz a dimensão da Ordem médica que fica dada a priori na nossa cultura ocidental, mas que quando se choca com outro sistema de valores pode ser melhor apreendida. A dimensão em jogo é que

É evidente para o médico ocidental que se pode e que se deve devolver a vida sem se preocupar com as razões, nem com os meios de viver do assistido. (...) Pois, é verdade que a medicina nunca fala da morte, a não ser para tentar adiar sua data de vencimento, ela não fala nunca da vida e do gozo, a não ser para regulamentá-los; ela nega qualquer outra razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente à força. (Clavreul, 1978/1983, p.47).

Discordando de Foucault, Clavreul afirma que a morte não é um fracasso para a medicina, caso esta seja localizável na ordem médica, ou seja, caso esta possa ser bem explicada pelo saber médico.

O autor (1978/1983) nos indica que a medicina reconhecida como científica apoia-se no discurso da ciência, que hoje é tida como sinônimo de verdade. Dessa maneira, o autor afirma que mesmo não possuindo ou praticando o discurso médico, nós participamos dele. Cito: “Cada um de nós é seduzido, conquistado, menos por seus resultados terapêuticos que pela extensão e certezas do saber médico, e menos por estas que pela permanência de sua ordem no momento em que nosso próprio corpo nos abandona.” (Clavreul, 1978/1983, p.48). Queremos dar destaque a essa configuração que Clavreul vai nos expondo, na qual o lugar do saber médico ao lado da ciência se apresenta como verdade, como uma “boa” explicação tanto sobre a morte como sobre o sofrimento que acomete o sujeito. Embora excluindo a dimensão subjetiva, o saber médico oferece ao sujeito uma ordem, um ordenamento, no momento que o corpo nos dá sinais de estar fora do nosso controle. Por que pode ser tão atraente a ordem médica nos momentos em que o corpo nos abandona? A palavra ordem pode nos dar pistas para trazer o que está em jogo, seu significado remete a uma organização entre vários elementos, o critério para essa organização, também podendo significar uma sucessão ou sequência de coisas. Trazemos essa dimensão, pois quando uma pessoa se descobre doente, normalmente sendo informada por algum médico, muitas vezes o que aparece em sua fala é sobre estar topando com algo fora da ordem, algo fora do continuum da vida, algo que interrompe um ordenamento, um suposto equilíbrio. Iremos abordar isso adiante ao tratar sobre um possível abalo da imagem quando o sujeito se descobre doente, no sentido do registro imaginário estar mais ligado a uma função de fixação, de estabilização, de consistência para o sujeito. Queremos nesse momento dar ênfase sobre como é necessário estar atento a sua posição, no caso de psicóloga orientada pela psicanálise, para não apenas reproduzir a atraente ordem médica.

Moretto (2002/2013) em seu livro *O que pode um analista no hospital?* também nos indica que o discurso da ciência prima por excluir a divisão subjetiva tanto daquele que o enuncia como daquele que o escuta, a objetividade da ciência espera excluir isso que a

atrapalha, ou seja, o sujeito dividido. Dessa forma não é só a subjetividade do médico que deve ser colocada de fora desse procedimento, mas também a do paciente.

Essa consequência é que o discurso médico não só exclui a subjetividade do médico, que é chamado a calar seus sentimentos, pois é isso que a ordem médica exige dele, mas também despossui o doente de sua doença, de seu sofrimento, de sua posição subjetiva. (MORETTO, 2002/2013, p. 63)

Observamos, então, que o saber médico pode trazer implicações para o sujeito nessa relação médico-paciente, pois é um saber que se propõe a dar respostas para o sofrimento deste, mas também sabemos que disso algo escapa, sendo com isso que a Psicanálise trabalha. Cito Moretto (2002/2013): “A consequência desta dessubjetivação nos interessa, na medida em que a Psicanálise se propõe a restituir ao sujeito o seu lugar, aquele que a ciência escamoteia”. (p.64).

O intuito de trazer um recorte sobre o saber médico é contextualizar a dificuldade de estar no hospital enquanto psicóloga orientada pela psicanálise e lidar com as demandas da equipe para construir um trabalho possível. O que vimos é que o próprio saber médico é constituído de tal forma que difere do ponto de partida da psicanálise. Esta trabalha, por exemplo, com a premissa do caso a caso, diferente de buscar uma validade científica, a psicanálise trabalha com a singularidade. Além disso, ela trabalha com o conceito de sujeito do inconsciente, ou seja, um sujeito dividido que não sabe tudo sobre si mesmo, ao contrário da ideia de um indivíduo (indivisível) que toma todas suas decisões conscientemente. No artigo “A demanda do sujeito no hospital” (Alberti, Silva, Cruz, Silva e Medeiros, 1994) os autores já apontam: “Se etimologicamente o indivíduo tende a uma unidade, a psicanálise postula um sujeito dividido, descentrado de uma primazia da consciência suposta pela filosofia iluminista e que inspirou muitas vezes a abordagem do homem no século XX.” (p. 23). Alberti (2008), preceptora da residência a qual fiz referência e que trabalha há mais de 20 anos no NESA/UERJ⁶, também indica algumas especificidades do trabalho a partir de sua experiência como psicanalista no hospital geral com uma equipe multidisciplinar. Isso nos é

⁶ Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Ele funciona em uma Enfermaria (atenção terciária) e um Ambulatório (atenção secundária) no Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ), além do trabalho da atenção primária que desenvolve a assistência fora do Hospital.

interessante até para unir aos fragmentos retomados neste trabalho a respeito da experiência na residência.

Que o impasse que existe quanto às diferentes ancoragens éticas e discursivas que transitam dentro de uma mesma equipe multidisciplinar é de tal forma consistente que muitas vezes sua dialetização só é possível *pontualmente*, conforme realmente exista um trabalho. Ou seja, é muito difícil, por melhor que seja o diálogo entre psicanalistas que integram o Setor de Saúde Mental e os demais membros da equipe, é muito difícil, repito, transmitir a ética e as conseqüências do discurso do psicanalista, na grande maioria dos casos. (Alberti, 2008).

A autora ainda faz uma diferença entre dois grupos, um deles seria mais sensível às questões do sujeito, mesmo sem sabê-lo de forma consciente, enquanto um segundo grupo não teria tal interesse ou até mesmo vê como incômodo as “aparições” do sujeito já que estas podem promover subversões no funcionamento do hospital.

Este segundo grupo, nem por isso é menos preocupado com cada paciente que atende, somente dirige sua preocupação considerando seu paciente como parte de um grupo – dos adolescentes que usam camisinha, dos que não usam, dos que participam dos programas de sala de espera, dos que não participam, dos que seguem corretamente um tratamento, dos que não o fazem, além dos grupos de pacientes de clínicas específicas: os diabéticos, os com doenças crônicas, os com doenças renais etc. (Alberti, 2008).

Durante o período da residência em que estive no NESAs, na enfermaria para adolescentes internados, por exemplo, um menino de treze anos, após um dia de tentativas da equipe, continuava a recusar os procedimentos médicos para achar um acesso venoso com o intuito de completar sua quimioterapia. Dessa forma, a psicóloga responsável pelo atendimento daquele paciente foi chamada por uma enfermeira para tentar convencê-lo a prosseguir o tratamento, visto que todos haviam falhado nessa tarefa. A enfermeira explica que, se ele não fizesse a medicação naquele dia, o estado dele poderia se agravar. Nessas condições pode ser fácil se contagiar por essa demanda, mas sabemos que não é disso que se trata ao considerar o campo do sujeito. Nesse caso percebemos que o que vigora para a equipe é a preocupação pela cura, retirar a doença do doente, onde o intuito de lidar com o que aparece de “subjetividade” é uma tentativa de educá-la para tais fins ou como aponta Clavreul (1983) sobre a medicina, “Ela quer conhecer as paixões, apenas para frustrar seus efeitos”. O

que uma psicóloga orientada pela psicanálise faz nesse espaço onde, como vimos, o saber médico e o discurso da ciência são dominantes, o que vigora é uma preocupação pela cura, não é um espaço de saúde mental propriamente, e pelo lado daquele que é orientado pela psicanálise, o que uma psicóloga pode oferecer já que não participa do fim primeiro da instituição? Dessa forma, somos levados a refletir por quais vias uma psicóloga orientada pela psicanálise pode apostar no sujeito no hospital.

1.1 Com o que a psicanálise pode operar no hospital?

A partir dessa discussão, é relevante retomar a conferência de Lacan (1966/2001) intitulada “O lugar da psicanálise na medicina” para melhor aprofundar o que está em jogo na função do médico, principalmente junto ao paciente, e o que, com a psicanálise, é possível escutar e dar lugar no hospital como psicóloga. Lacan destaca a velocidade galopante com que a ciência vai ocupando lugar na vida comum e indica atravessamentos da ciência no que ele chama de função do médico. Sobre o saber médico e sua constituição histórica, Lacan relembra o quanto a prática médica sempre foi acompanhada de doutrinas e mesmo quando estas foram declaradas científicas, havia um descompasso do saber médico em acompanhar os desenvolvimentos científicos de sua época, como vimos com Foucault (1963/1977) e Clavreul (1978/1983). Porém, o mais importante a ressaltar é o custo da passagem da medicina para o plano da ciência, mesmo que de maneira atrasada. “É no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de um mundo científico, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se face a novos problemas.” (Lacan, 1966/2001, p. 9). Lacan subverte a lógica colocando que não é a ciência que serve aos estudos do homem, mas que um homem deve servir às condições colocadas pelo mundo científico. Apesar da ciência moderna acósmica definir o universo como indefinido e até infinito, paradoxalmente faz aparecer o homem adaptado ou mal-adaptado a certas condições por ela formuladas. Cito Lacan (1966/2001): “O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, mas ele está submetido ainda a outros chamados.” (p. 10). Lacan alerta para as novas demandas formuladas ao médico, que além de contar com créditos sem limites também encontra em seu poder um número indeterminado de novos agentes terapêuticos, químicos e biológicos. Mas não só, “o desenvolvimento científico

inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial.” (Lacan, 1966/2001, p.10). A saúde passa, assim, a ser um bem, um direito a ser demandado e onde a figura do médico ocupa um lugar privilegiado nesse pedido. Então, como o médico deve guiar-se diante dessas novas demandas? Essa é parte da pergunta de Lacan no que ele faz um alerta “É no modo de resposta à demanda do doente que está a chance de sobrevivência da posição propriamente médica.” (Lacan, 1966/2001, p. 5). Isso nos interessa, pois Lacan vai encaminhar essa questão abordando alguns pontos, como a distância entre demanda e desejo, a transferência como operador da clínica e o estatuto do corpo na psicanálise em sua dimensão de gozo. Essas são questões levantadas pela psicanálise e talvez seja por onde ela possa estar junto à prática médica, mesmo que de um lugar marginal e extra-territorial, como Lacan assinala no início da conferência.

Pensar sobre a demanda e principalmente sobre a demanda feita ao médico nos é interessante para tentar contornar um campo aberto pela experiência na residência no hospital geral, já que uma das perguntas é o que uma psicóloga orientada pela psicanálise faz ali. Lacan (1966/2001) nos diz que a demanda do doente ao médico está muito além da demanda à cura. Apesar de algo simples, na prática do hospital percebemos o quão pode ser desconcertante para o médico em sua função lidar com aquilo que aparece para além de uma demanda de cura, já que a demanda do paciente pode ser completamente outra e uma vez que nem sempre há cura, ou porque a morte se impõe como limite ou porque a ciência (ainda) não desenvolveu algum recurso que tornasse a cura possível para determinada patologia.

Responder que o doente lhes demanda a cura não é responder absolutamente nada, pois a cada vez que a tarefa precisa que deve ser realizada com urgência não corresponde pura e simplesmente a uma possibilidade que se encontre ao alcance da mão - digamos um aparelho cirúrgico ou a administração de antibióticos (e mesmo nestes casos resta saber o que disto resulta para o futuro) - algo fica fora do campo daquilo que é modificado pelo benefício terapêutico, algo que se mantém constante e que todo médico sabe bem do que se trata. (Lacan, 1966/2001, p.10).

A demanda feita ao médico vai muito além da cura. Como Lacan nos mostra, o doente pode, por exemplo, ora demandar que o médico o tire de sua condição de doente, ora demandar que o autentique nessa posição, ora demandar “ser um doente bem instalado em sua doença”. O

importante de ressaltar é o que Lacan chama de estrutura de falha presente entre demanda e desejo. Cito: “(...) no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes diametralmente oposto àquilo que ele deseja.” (Lacan, 1966/2001, p. 10). Essa distância entre demanda e desejo será melhor abordada no capítulo seguinte, mas já nos indica que não há uma correspondência necessária entre o que se demanda e o se deseja.

Outro ponto valioso de quais questões a psicanálise pode colocar em relevo do campo médico é sobre o corpo. Como vimos com Foucault (1963/1977), a própria história da medicina nos lembra que sua entrada no campo da ciência está profundamente relacionada com a prática de estudo de cadáveres. Podemos compreender o que Lacan (1966/2001) aponta como falha epistemo-somática nos estudos da medicina como algo do corpo que deve ser excluído exatamente para que o corpo enquanto “purificado”, ideal (ou morto) possa servir às condições de uma medicina científica, ou seja, com o que ela pode operar, controlar, prever, calcular, etc. O que Lacan diz ficar de fora é o corpo enquanto um corpo que goza, ou seja, uma leitura psicanalítica do corpo, diferente do corpo anatomo-fisiológico do saber médico.

Um corpo é algo feito para gozar, gozar de si mesmo. A dimensão do gozo é completamente excluída disto que chamei relação epistemo-somática. Isto porque a ciência é capaz de saber o que pode, mas ela, não mais do que o sujeito que ela engendra, é incapaz de saber o que quer.
(Lacan, 1966/2001, p. 11)

A dimensão de um corpo para além do corpo anatomo-fisiológico foi o que Freud (1893/1996) descobriu a partir de seus estudos sobre a histeria e que fundam o campo da psicanálise. As históricas evidenciam para Freud que o corpo anatômico é atravessado pelo psíquico, formando uma outra anatomia do corpo, onde este é palco de sintomas que dizem respeito à algo particular do sujeito, algo que concerne à sua história. Nessa esteira que Freud (1915b /2010) mais tarde pôde formular o conceito de pulsão a fim de abordar aquilo que está na fronteira entre psíquico e somático. Ou como destaca Lo Bianco e Castro-Arantes no artigo “Corpo e Finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica” (2013): “Vale dizer, ao psiquismo é demandada sempre uma resposta pelo que acontece ao corpo. Nada que aconteça ao corpo, portanto, é indiferente ao psíquico, o que faz com que, a rigor, sequer se possa distingui-los nitidamente.”. De antemão podemos observar

como o corpo é entendido de outra maneira pela psicanálise. Como as autoras apontam “Desde que nasce, o humano, ainda não falante, é, no entanto, falado. Ele se constitui quando aqueles que cuidam falam dele, fazendo de seu organismo um corpo falado” (Castro-Arantes, Lo Bianco, 2013). Ou seja, a psicanálise diz de um corpo que será atravessado pela e constituído na linguagem, o que iremos melhor desenvolver nos capítulos seguintes.

Segundo Lacan (1966/2011) é pela pergunta sobre o gozo, sobre o corpo que goza, que a medicina irá ter que posicionar eticamente. Se ciência tem como efeito produzir uma série de produtos que vão desde tranquilizantes a alucinógenos, a medida do uso destes enquanto repreensível ou não irá desembocar em uma questão ética para o médico. “Estas observações podem parecer banais, elas têm, contudo, o interesse de demonstrar que a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo.” (Lacan, 1966/2001, p.12). Lacan nos oferece algumas balizas ao falar para médicos nessa conferência no *Collège de Médecine*, são elas: a demanda do doente - o que remete ao próprio lugar do médico no fenômeno da transferência - e o gozo do corpo. O que desejo ressaltar é como essas balizas só podem ser colocadas com a psicanálise e como elas encontram ecos nas perguntas aqui formuladas, já que elas nos indicam o que um psicanalista pode escutar e dar lugar no hospital.

Essas são dimensões muito complexas tanto do campo médico quanto psicanalítico, mas elas nos norteiam para pensar sobre a pergunta “o que faz uma psicóloga orientada pela psicanálise no hospital?”, já que a própria formulação dessa questão surge a partir do desconforto de se encontrar em uma posição que aparentemente está em conflito com o saber médico e científico predominantes no hospital. Aparentemente, pois, como coloca Lacan (1965-66/1998) em “A ciência e a verdade”, é exatamente a abertura do campo da ciência que faz surgir o sujeito pelo qual a psicanálise se interessa. É importante falar que a psicanálise não desconhece o discurso científico de sua época. Como Lacan (1965-66/1998) aponta “(...) é impensável, por exemplo, que a psicanálise como prática, que o inconsciente, o de Freud, como descoberta, houvessem tido lugar antes do nascimento da ciência, no século a que se chamou século do talento, o XVII (...)” (p. 871). Ou seja, a psicanálise só é formulada a partir de uma conjuntura que a ciência moderna possibilita. As questões aqui levantadas não são dadas, mas produzidas a partir da dificuldade de se estar no hospital, que entre outras coisas, é conhecido como “casa de médico”. O que podemos destacar dessas impressões diz sobre um

fazer no hospital que parecia protocolar e técnico, restando a questão: por quais vias a psicanálise pode operar no hospital?

Os pedidos que chegavam da equipe vinham de muitas formas, mas os mais incômodos eram sobre pacientes que de algum modo causavam “problemas” para equipe, por exemplo, não seguindo as rotinas hospitalares (horário de comer, tomar banho, dormir, etc), ou por não seguirem as condutas médicas como esperado ou por apresentarem um “humor deprimido”, “não aceitação da doença”, entre outros exemplos. Mais incômodas porque tais demandas passavam por “conversar um pouco” com o paciente a fim de convencê-lo do “melhor” pra ele ou para ajudá-lo a se “adequar”, “aceitar” suas (novas) condições, seja por estar internado no hospital ou mesmo fora dele pelo que uma doença o impõe. Um paciente que não segue as prescrições médicas, seus protocolos ou as rotinas hospitalares coloca um problema para a racionalidade científica, para os protocolos médicos, para as condutas hospitalares, pois elas não comportam o campo da subjetividade. No momento em que algo falha a psicologia é chamada para dar conta do que a ciência descartou, ou seja, o sujeito dividido que “atrapalha” a execução de seus protocolos. Deste modo, a própria demanda quando formulada aponta para algo que escapa ao saber médico. Se atendermos a demanda adotando a mesma lógica, apenas com uma técnica distinta, estaremos ignorando isso que falha, isto que serve de fio condutor para a psicanálise. Consideramos que Freud foi aquele que tirou consequências importantes daquilo que parecia mero erro, como os lapsos de memória e os atos falhos. Cito Lacan (1953-4/2009): “Na análise, a verdade surge pelo o que é o representante mais manifesto da equivocação – o lapso, a ação a que se chama impropriamente *falhada*.” (p.345). Freud tomou aquilo que aparecia como falha no discurso do sujeito não só como algo do próprio desenvolvimento do discurso, mas também como algo que dizia respeito ao sujeito em sua particularidade. O que nos interessa, já que nossa aposta é no sujeito, mesmo no hospital.

A entrada de uma escuta, então, se faz nesse caminho de inserir as questões de um sujeito, levando em conta seu sofrimento psíquico, sua história, sua singularidade. O valor do significante é determinado não só pelo que a ciência da época recorta, mas também pela constituição subjetiva de um sujeito. A escuta psicanalítica se interessa pela historicização dos significantes para cada sujeito na sua singularidade.

No Núcleo de Atendimento ao Idoso (NAI), um dos setores da residência, comecei recebendo encaminhamentos da equipe para atender alguns “cuidadores” dos pacientes idosos. Normalmente tais encaminhamentos tinham como motivo a sobrecarga do cuidador. A equipe, a partir das questões colocadas com o tempo, também pôde ouvir algo para além da sobrecarga física, algo como uma sobrecarga emocional. O que foi um pouco surpreendente foi que a maioria dos cuidadores não eram profissionais desse campo, mas familiares de idosos que exigiam cuidados. Assim, o termo “cuidador” era cunhado pela equipe técnica para designar aquele que era o responsável pelos cuidados de um idoso, muitas vezes sendo um cônjuge ou filho. O encaminhamento para a psicologia fazia parte de uma demanda para que os cuidados, os quais muitas vezes eram condutas sugeridas pela equipe, fossem (bem) realizados. Também fazia parte do encaminhamento a ideia de que o cuidador deveria estar bem para conseguir executar tais cuidados. Foi importante tomar uma distância da pergunta recortada da equipe em torno do cuidado enquanto uma tarefa a ser executada, algo da ordem da técnica. Tomar essa distância possibilitou aparecer uma pergunta pelo o que o cuidado e ser cuidador significavam para cada um.

Para ilustrar trarei alguns fragmentos clínicos que nos ajudam a pensar o que podemos sustentar do sujeito dentro de uma instituição. Foi encaminhado um senhor para a Psicologia do NAI por sobrecarga dos cuidados com sua esposa e cunhada que moravam com ele. Inicialmente ele falava sobre a formulação dessa demanda contando que ofereceram algumas vezes o acompanhamento com a Psicologia, por conta de o acharem sobrecarregado, mas que ele nunca sentiu que precisasse, só agora vinha notando que andava estressado com algumas questões que ainda não sabia nomear. Falava da rotina dos cuidados com a cunhada que era totalmente dependente e descrevia minuciosamente esse passo a passo: tirar da cama, dar banho, trocar fralda, colocar na cadeira, etc. Seu dia era organizado por essas atividades de cuidado e eram a justificativa que o impedia de fazer outras coisas, aspecto sobre o qual se queixava. Durante esse tempo, sua cunhada faleceu, como ele disse “Agora que ela morreu senti um vazio”. Vazio este que foi produtor de novas questões. Começou a falar do que poderíamos chamar desse cuidado com sua esposa e sua relação com ela. É importante ressaltar que a esposa dele, mesmo com Alzheimer, preservava a autonomia na maior parte de suas atividades. Conforme ele vai falando vai aparecendo então do que se trata esse cuidado, o que seria uma sobrecarga para ele, ou seja, a partir de um trabalho ele vai construindo de

forma singular o sentido desses termos colocados para ele de fora. Usa como marco no tempo a doença de sua esposa, fala dela antes e depois da doença quase como opostos. “Ela fica muito estressada, começa um interrogatório com qualquer coisa que ela nota fora do lugar e ainda é grosseira. Ela nunca foi assim, sempre foi uma calma-ria”. Ou por exemplo quando conta que ela tinha um QI altíssimo, administrava a casa e o próprio dinheiro, já hoje em dia ele tem que ajudá-la em qualquer operação no banco. O trabalho na análise foi em alguns momentos tentar fazer com que ele pudesse parcializar isso que ainda estava tão dicotômico, pedir para que ele contasse como as coisas foram acontecendo. Ele foi podendo falar dessa mulher que ele perdeu, ou melhor, alguns traços que a identificavam para ele e assim qual lugar ele também perdeu. Traz como ele encarna essa função de cuidador, aquele que é responsável pela mulher, sem dividir muito isso com terceiros, os filhos, por exemplo, mas também inventando maneiras de lidar com as dificuldades desse cuidado. Vamos vendo com o tempo e trabalho que passamos desse recorte de uma demanda feita pela equipe a questões particulares, como “Se eu morrer, quem vai cuidar dela?”. Podemos pensar que a partir dessa posição de cuidador ele constrói um lugar singular diante dela, para um outro, e também se pergunta sobre sua própria finitude.

Outra cuidadora encaminhada para a Psicologia por sobrecarga com os cuidados ocupa essa função em relação a sua mãe. Em alguns encontros ela repete: “Não gosto disso, ela virou minha filha e eu virei mãe dela”. Essa fala aponta que para ocupar uma função de cuidadora, algo do seu próprio lugar de filha teve que ser perdido e reorganizado. Não só isso, mas essa fala também indica que há questões dessa relação mãe e filha que se atualizam nessa nova configuração. Ela diz: “Minha mãe não me obedece, minha filha fala que eu tenho que me impor, mas eu sempre fui meio submissa, muito respeitosa com ela. Poderia usar a força sim, mas eu não quero”. Quando a instituição indica para esse sujeito que agora ele ocupa a função de “cuidadora”, necessariamente temos que deixar de lado algo da história vivida até ali por aqueles que estão envolvidos. Contudo, essa paciente não é só cuidadora, é filha, e essa relação de cuidados vai ser carregada por toda uma relação que foi construída antes da chegada delas naquele espaço. A análise é onde há uma oferta de escuta para o sujeito falar sobre isso. Qual especificidade desse lugar de escuta atravessado pela psicanálise?

O material com que a psicanálise trabalha é o significante e este não pode ser reduzido a apenas um sentido. Freud (1900/2000) na obra *A Interpretação dos Sonhos* cunhou o termo “umbigo do sonho” para falar sobre o limite do que era possível acessar pela via da interpretação do sonho, pois esta sempre permitia outras interpretações. Freud atribui tal aspecto da interpretação à sobredeterminação psíquica. Para ele cada elemento do sonho era formado por alguns mecanismos, como o deslocamento e a condensação. Na condensação, por exemplo, um elemento do sonho podia condensar em si diversas outras representações que poderiam ser diferentes entre si e/ou mesmo se contradizer. Assim, não há apenas um sentido possível para um sonho.

Lacan (1953-4/2009) indica que a sobredeterminação é uma característica geral das formações inconscientes por este ser estruturado como linguagem. Há uma polissemia de sentido para um mesmo significante. Lacan observa que o símbolo seria a totalidade de significante e significado, o que é algo completamente arbitrário. Por isso o símbolo seria da ordem de um pacto, um acordo que torna possível aquele símbolo ser reconhecido. Lacan traz assim a dimensão do reconhecimento na e pela palavra. Como o significante em si é vazio, não possui um sentido dado naturalmente, o sentido assim como o próprio significante é dado na relação com o Outro. “A palavra não tem nunca um único sentido, o termo, um único emprego. Toda palavra tem sempre um mais-além, sustenta muitas funções, envolve muitos sentidos.” (Lacan, 1953-4/2009, p.314). Nesse mesmo seminário um aluno chama isso de “ponto umbilical da palavra”. De onde podemos voltar à indicação de Freud de que não é possível esgotar as significações de um sonho ou, a partir de Lacan, de um significante.

Retomando a problemática em torno do cuidador, podemos dizer que não é sem efeito que alguém é nomeado e reconhecido pela equipe como tal. E para nós, de que serviria essa categoria cuidador? O que ela poderia encobrir? Se a pergunta da psicanálise é pelo sujeito, então ela está interessada naquilo que é singular e não no universal da ciência. É relevante observar que durante a vida somos falados por diversos, nessa situação, estamos tratando de um sujeito sendo falado pela instituição que lhe concede o significante cuidador para designar um lugar e assim constrói uma série de coisas que se espera dele, por exemplo, um cuidado adequado. Fink (1955/1998) nos diz: “Nesse nível bastante básico, portanto, o Outro é essa linguagem estranha que devemos aprender a falar (...) são o discurso e os desejos dos outros a

nossa volta, na medida em que estes são internalizados, eles permanecem corpos estranhos em certo sentido.” (p.28). Dessa maneira esses significantes recortados pelo Outro não são evidentes para nós, não são assimilados de imediato. Podemos imaginar a dificuldade de uma filha que sempre se viu submissa a mãe, ser nomeada por um outro que “sabe” que agora ela é sua cuidadora. Digo “um outro que sabe”, pois a equipe de saúde está em uma certa posição de autoridade sobre esse conhecimento. Há um grau de alteridade, estranheza nesse campo do Outro que requer trabalho de elaboração e construção, o que é possível quando alguém se coloca a falar.

Dessa forma é relevante retomar o ponto de partida desse trabalho, ou seja, a clínica orientada pela psicanálise. Orientação que tenta sustentar um lugar diferente da Ciência, diferente das diversas especialidades que já sabem algo sobre o sujeito. Cito Lacan (1953-54/2009): “Eu diria mesmo que é na base de uma certa recusa da compreensão que empurramos a porta da compreensão da analítica.” (p.102). Para levar essa discussão adiante que vamos tratar no próximo capítulo sobre a noção de transferência.

2. As demandas no hospital: considerações sobre a transferência

A partir de um dos casos atendidos no hospital e também das indicações de Lacan (1966/2001) sobre o lugar da psicanálise na medicina, observamos ao longo da pesquisa o quanto a transferência é uma experiência central com a qual esbarramos ao nos perguntamos o que faz uma psicóloga orientada pela psicanálise no hospital. A pergunta sobre como a transferência se coloca e como ela pode ser considerada em um espaço que não é o *setting* analítico vem sendo feita por quem trabalha com a psicanálise no hospital. Para nós esta pergunta surgiu conforme a pesquisa foi se desenvolvendo e nos deu auxiliou a delimitar alguns pontos de dificuldade na experiência da residência.

Trago um relato da residência onde a problemática da transferência pôde ser colocada. Uma paciente que comecei a acompanhar na enfermaria da maternidade de alto risco estava grávida e também era portadora de uma grave doença autoimune. Queremos destacar pequenos fragmentos, algo que retornava em diversos atendimentos. Essa paciente retomou, algumas vezes, ao longo dos quase dois anos que a escutei, uma fala da médica especialista

com quem se tratava quando esta soube que ela estava grávida: “E agora? O que vamos fazer? Nunca atendi uma paciente com x doença grávida”. Essa fala da médica pôde ser retomada e trabalhada ao longo do tempo em atendimento, porém aparecia para ela como algo que trazia desprazer ou um ponto de angústia: “Como assim ela não sabia o que fazer? Como ela me diz isso?”. Isso nos indica a suposição da paciente de que aquela médica saberia o que fazer a respeito da situação em que ela se encontrava.

Durante sua internação, houve um momento em que a paciente decide sair “à revelia”⁷, como é chamado quando algum paciente sai do hospital sem a alta médica. Ela decide sair à revelia, pois era aniversário do seu filho mais velho e ela desejava estar presente. Ela voltaria para o hospital ainda em tempo de não perder sua vaga, o que era garantido durante mais ou menos 24 horas. Contudo, ela conta que ao decidir sair, um médico teria falado em tom de indiferença para ela e seu marido que se ela fosse pra casa, a decisão era dela, pois ela poderia morrer. A paciente conta que depois dessa fala passou a achar a todo o momento que iria morrer, sendo tomada por medo e choro. Chegava a dizer nos atendimentos que em alguns momentos pensava que preferia morrer logo a ficar nessa espera. O que se apresentava como esse medo de morrer a qualquer instante também foi sendo trabalho durante os encontros que aconteciam tanto na enfermaria como no ambulatório. Uma dessas vezes, por exemplo, ela chega falando: “Agora eu decidi pensar mais na vida do que na morte.”. Até aqui poderíamos refletir que transferência se colocava quando se tratava da relação dessa paciente com os médicos. Ou melhor, o saber médico faz o que com isso que se apresenta na transferência? Como considerar essas falas? Nessa escuta queremos destacar o impacto que essas falas tinham para ela.

⁷ Gostaríamos de destacar como o termo “à revelia” pode indicar algo da relação que se estabelece entre médico e paciente no hospital. Segundo o Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa Michaelis Online “à revelia” pode significar: Qualidade, estado ou caráter do que é revel; insubordinação; Condição do réu que, citado, não comparece em juízo para apresentar defesa; Falta de contestação por parte do réu em ação contra ele; Rebelia; sem o conhecimento da parte revel; ao acaso; de modo despercebido; ignoradamente. A partir disso, podemos dizer que quando o paciente decide sair do hospital sem a alta médica, isso pode ser tomado no âmbito da insubordinação ou da ignorância em relação ao que o saber médico estabeleceu. Para nós, esse protocolo hospitalar nos oferece pistas para refletir não sobre o que o paciente ignora, mas também sobre o que o saber médico desconhece.

Mais um aspecto interessante desse mesmo caso é que essa paciente também contava que sua família era bastante religiosa. Por isso, segundo ela, a família, principalmente a mãe, dizia que ela não poderia ficar triste ou se abater. Tal atitude seria coisa de gente que não tem fé, que ela sim precisava ter fé. O interessante aqui é que a paciente ao falar sobre esse assunto associava-o ao espaço da análise, fazendo uma distinção daquele espaço com a psicóloga e o espaço familiar. Ela marcava que ali ela podia falar da tristeza, podia falar da morte e do medo de morrer.

Outro ponto interessante que essa paciente traz para os atendimentos é que ao descobrir sobre a doença autoimune, depois ao descobrir sobre a gravidez e novamente ao descobrir sobre outras doenças graves que se desenvolveram, ela fazia uso de grupos específicos na internet sobre esses temas. Por exemplo, diante da possibilidade do bebê nascer prematuro, o que os médicos indicavam como a situação mais provável, a paciente entrou em um grupo virtual que discutia exatamente isso. Ela dizia que isso poderia ajudar a controlar sua angústia por não saber como seria. Mesmo com as informações médicas, algo permanecia para ela como não sabido.

Os fragmentos desse caso nos ajudam a pensar que, como vimos, há uma aposta do doente ao ir ao médico de que este sabe sobre o mal que lhe acomete e terá, na melhor das hipóteses, respostas ou soluções a oferecer. Diante da fala de uma médica que aponta para o não saber, a paciente se angustia e mostra-se inconformada. Também diante da fala do médico de que ela poderia morrer, onde ela ressalta o tom de indiferença, essa mensagem é recebida com muita angústia pela paciente, permanecendo para ela como uma possibilidade constante de morrer a qualquer momento, sem poder determinar quando ou como. Já podemos dizer que não é sem efeitos a fala médica nessa relação. Podemos refletir que essa paciente estava às voltas com o que estava acontecendo, buscando explicações e querendo entender o que aconteceu e o que poderia vir a acontecer. Diante da incerteza médica, a paciente mostra a angústia por não saber, o que ela tenta trabalhar com os grupos, por exemplo. É interessante que nesse caso, a religião, bastante colocada pela família, não servia para ela como um amparo a essa angústia diante do não saber. Pelo contrário, a paciente apontava a fala dos familiares como uma cobrança de que ela não poderia nunca duvidar de que aquilo tinha um porquê e de que ela ficaria bem.

Lacan (1966/2001) nos indica que a própria sobrevivência do médico enquanto função como conhecemos depende de como será considerada (ou não) a transferência. O que isso quer dizer? Entendemos que para além do conteúdo que o médico deve passar para o paciente, conteúdo este baseado no arcabouço do saber médico, há também algo que se transmite pela própria presença do médico. Podemos, para exemplificar, retomar a fala da paciente que destaca o tom do médico ao comunicá-la sobre o risco de ir para casa, ela diz ser um tom de indiferença. Indiferença à que ela estava se referindo? Esta poderia ser uma pergunta que indicasse algo da sua transferência para com aquele médico ou para com o hospital. Isso não significa que os médicos devam trabalhar com a noção de transferência assim como a Psicanálise. Talvez o que Lacan esteja apontando é que o médico como função deve estar atento ao que está para além do saber médico enquanto um saber objetivo. Como vimos no primeiro capítulo, a medicina moderna descarta o que está para além de um saber objetivo. Na experiência da residência notávamos que muitas vezes quem acabava lidando de maneira mais próxima com isso que aparecia do sujeito, seu humor, seu jeito, etc., era a enfermagem. Esta equipe por vezes solicitou atendimento psicológico, em alguns momentos em um contexto de brincadeira, fazendo alusão a como a enfermagem se apega aos pacientes, cria com eles vínculos, o que torna o trabalho mais difícil e para o qual não haviam sido preparados. Diferente da equipe de saúde como um todo, o psicólogo atravessado pela psicanálise é aquele que vai dar lugar a isso que aparece como transferência, é quem fazer uso disso.

Nossa aposta é que posicionar-se de maneira a considerar a transferência significou, desde Freud, colocar a dimensão do sujeito em evidência. Se retornarmos ao início da psicanálise, podemos perceber o quanto o fenômeno da transferência mobilizou Freud e a sua clínica, de onde ele extraiu consequências importantes para a prática analítica. Na obra “Estudos sobre a histeria” (1893/1996), Freud estava à volta com algumas questões que começaram a surgir na sua clínica com as histéricas. No início da teoria psicanalítica sobre a histeria, Freud e Breuer ainda utilizavam ou tentavam utilizar o método hipnótico. Freud já apontava sua tese de que os sintomas histéricos representavam um conflito psíquico que se passava de maneira não consciente para o sujeito e tinham sua causa relacionada com a sexualidade. O conflito se instalava quando uma representação é incompatível com o Eu, agindo nele como corpo estranho, fazendo com que haja uma operação que ele chamava de divisão da consciência. A divisão da consciência seria resultado da operação de recalque. O

recalque, por sua vez, seria uma das respostas de defesa do sujeito frente ao conflito que se instaura diante da ideia incompatível, expelindo-a da consciência.

Quando as pacientes eram hipnotizadas, a lembrança ou a representação incompatível vinham à tona, fazendo Freud (1893/1996) se perguntar o porquê das pacientes não se recordarem de maneira deliberada sobre isso, isso que estava aparentemente na origem dos seus sintomas histéricos. Assim, Freud percebe que algo atua resistindo a que essa ideia ou representação se faça consciente, o que era um dos principais objetivos da análise até então. Freud não recua frente à resistência de seus pacientes, pelo contrário, ele a toma com um sinal clínico de que há algo ali atuando, toma a resistência como uma pista na direção do tratamento. No caso da hipnose, a resistência é silenciada, em parte facilitando o tratamento, mas também omitindo os pontos de resistência que indicavam a presença de um conflito psíquico para o sujeito.

Freud abandona o método hipnótico, entre outros motivos, também por levar em consideração a resistência que o sujeito apresentava frente ao seu conflito. Podemos nos perguntar o quanto o método hipnótico silenciava o sujeito, não o implicando em seu tratamento. Cito Freud no artigo “A Terapia Analítica” (1916-1917/2014): “A terapia hipnótica deixa os pacientes inativos e inalterados e, por isso mesmo, incapazes de resistir a novas ocasiões para o adoecimento.” (p.597). O método hipnótico era reduzido à eliminação dos sintomas por um curto período e não se questionava pela significação dos sintomas para aquele sujeito. Freud enfatiza que a análise requer um trabalho árduo do analisando e do analista em remover as resistências que se apresentam, ou seja, ele traz o analisando para uma posição ativa e implicada no tratamento. Freud, ao abandonar a hipnose, radicaliza a sua posição em apostar que o sujeito sabe sobre aquilo que o aflige, sabe sobre aquilo que ele não quer ou não consegue recordar. Sobre esse saber, Freud já supunha que ele não era necessariamente consciente ou estava plenamente acessível à consciência, mas era um saber que dizia respeito ao sujeito envolvido naquela situação, no caso, as histéricas. Podemos ler o abandono de Freud da técnica hipnótica como um reposicionamento frente ao que na clínica já indicava uma dimensão da transferência e da resistência. Diante do fenômeno transferencial, se aposta que com o desenvolvimento da transferência algo do sujeito poderá aparecer, inclusive suas resistências, o que com o método hipnótico poderia ficar silenciado.

Também vale voltar ao que Freud trata no artigo “A Repressão” (1915c /2010), definindo-a como uma resposta possível às exigências pulsionais. A repressão, ou se preferirmos o recalque, não seria algo inato ou necessário, mas algo que ocorre como resposta diante de uma representação que deve ser afastada da consciência. Ele aponta a repressão como um mecanismo que requer uma repressão primordial, primeira. Já nesse momento, Freud nos indica que o inconsciente e as vicissitudes da pulsão tem relação com algo que é da ordem de uma fixação. Ou seja, a repressão primordial permaneceria inalterável, funcionando como um núcleo que atrai outras representações ligadas a ele, o que Freud chama de derivados psíquicos. Quanto mais próximo desse núcleo, mais resistência se apresenta. Por isso ele vai criar o método da associação livre, na aposta de que o sujeito ao falar não tem nada de livre, pelo contrário, vai sempre implicar uma escolha do sujeito no que ele fala, não fala e também em como fala. A associação livre seria uma aposta de que a cadeia associativa conduziria ao conteúdo inconsciente, mas também encontraria resistência ao dele se aproximar. A transferência seria o terreno onde isso pode se desenrolar.

2.1 Repetição e transferência: a experiência do hospital

A fixação é um ponto importante para entendermos sobre o que é do campo do sujeito e como ele se apresenta. No artigo “A dinâmica da transferência” (1912/2010), Freud aponta que há algo na maneira do sujeito de se relacionar com o outro que se repete, cito:

Tenhamos presente que todo ser humano, pela ação conjunta de sua disposição inata e de influências experimentadas na infância, adquire um certo modo característico de conduzir sua vida amorosa, isto é, as condições que estabelece para o amor, os instintos que satisfaz então, os objetivos que se coloca. Isso resulta, por assim dizer, num clichê (ou vários), que no curso da vida é regularmente repetido, novamente impresso (...). (FREUD, 1912, p.134-135).

A hipótese de Freud era que, durante a análise, o analisando faria uma transferência para o analista incluindo-o dentro desse clichê, o inserindo em um desses modos de se relacionar com o outro que se repetem. Isso também não seria exclusivo da análise, aconteceria na vida cotidiana, porém é com Freud (1912/2010) que isso é alçado a um conceito. Parte do conteúdo desse clichê não é consciente ao sujeito. Parte dele permanece inconsciente e pode ser

entendido como nossas fantasias, pois constituem a realidade psíquica. Assim, a transferência de alguma forma está relacionada com a fixação de certos caminhos pulsionais, certos modos de se posicionar frente ao outro que se repetiam. Aqui já podemos destacar que se a transferência tem relação com as vicissitudes da pulsão, terá também com a economia de gozo do sujeito, ou seja, com seus modos de satisfação.

Por que isso pode ser importante? Porque a transferência como fenômeno não foi algo simples para Freud manejar na clínica e tampouco para compreender teoricamente. Freud precisou não cair em uma posição egóica para perceber que os sentimentos e demandas dirigidos ao analista nem sempre tinham exatamente relação com sua figura e mais ainda, não eram necessariamente conciliadores ou bons para o andamento de uma análise. Se a transferência tem relação com o clichê do sujeito é porque tem relação com aquilo que se repete. É na transferência, seguindo a hipótese freudiana, que algo do conflito psíquico ligado à sexualidade infantil se atualiza. A teoria de Freud é que conforme a análise chega perto do conteúdo recalçado, do conflito que divide o sujeito, mais resistência surgirá. Em seu aspecto de resistência, a transferência seria um mecanismo de desviar esse conflito para figura do analista a fim de que possa manter a investigação analítica longe do que o sujeito não quer saber. Dessa forma, a transferência também diz respeito à resistência, também pode estar a serviço desta. Sobre a resistência, cito Freud (1915c /2010): “A resistência acompanha o tratamento passo a passo; cada pensamento, cada ato do analisando precisa levar em conta a resistência, representa um compromisso entre as forças que visam a cura e as aqui descritas, que a ela se opõem.” (p.139). Ainda assim, Freud não descarta o fenômeno da transferência ou não recua diante dele. Pelo contrário, ele afirma que a transferência é igualmente o que possibilita a análise, é sua condição, pois presentifica algo do conflito inconsciente.

Um artigo importante de Freud para aprofundarmos o que diz respeito à fixação e à repetição é o “Projeto para uma Psicologia Científica” (1985 [1950]/1996). Um texto em que Freud busca explicar o funcionamento do aparelho psíquico enfatizando o aspecto econômico e de onde Lacan também vai tirar consequências importantes sobre *Das Ding*, conceito que abordaremos melhor adiante. Freud aponta, logo no início do Projeto, como características quantitativas se sobressaem ao observar as clínicas da histeria e das obsessões. Ele vai assim dar ênfase ao aspecto econômico que continuará acompanhando o desenvolvimento da

psicanálise. Freud usa um vocabulário biológico para falar desse aparelho, contudo, como percebemos ao longo do texto, tal aparelho não é algo previamente dado ou natural.

Ainda sem formular sobre a pulsão, nesse período, Freud (1985 [1950]/1996) entendia que o aparelho é invadido por uma Q, uma quantidade de energia que distingue a atividade do repouso e que respeita as leis do movimento. O aparelho tenderia a livrar-se dessa energia, buscando manter essa quantidade mais baixa e constante possível. A Q é considerada como uma espécie de estímulo ou excitação e pode ser lida, ao longo do desenvolvimento teórico da psicanálise, como a energia pulsional. Essa tendência do aparelho é entendida como o princípio da constância ou princípio do prazer, onde o prazer seria escoar essa energia, dominá-la. Freud distingue a tentativa de escoamento imediato de Q como do âmbito da função primária do aparelho. Já a retenção de Q num nível mais baixo possível, contando com uma reserva para que se promova a ação específica, diz respeito à função secundária. Uma distinção relevante para Freud nesse momento foi diferenciar uma quantidade vinda de fora, da qual o sujeito poderia livrar-se pela fuga, e uma quantidade interna, da qual o sujeito não consegue se desvencilhar tão facilmente, apenas pelo o que o autor chama de ação específica. Essas são algumas das premissas que acompanham o Freud na construção desse artigo.

O aparelho se constitui no que é atravessado por essa quantidade, que podemos chamar de investimento. É pela e na própria passagem desse investimento pelo aparelho que ele vai sofrendo marcas, “deformações” e constituindo-se dessa forma. A palavra em alemão para falar dessa passagem é *besetzung*, a qual remete em sua etimologia a ideia de ocupar, espalhar, o que pode dar trazer uma conotação de mobilidade ou atividade. Ou seja, o aparelho só se distingue quando há um investimento, antes disso Freud o chama de protoplasma indiferenciado. Cito Freud a respeito: “Isso faz sugerir que a capacidade de condução [de Q] esteja ligada à diferenciação, de modo que se pode esperar que o próprio processo de condução criará uma diferenciação no protoplasma (...)” (Freud, 1985 [1950]/1996, p. 359). Antes do investimento poderíamos interpretar como se esse aparelho estivesse indistinguível, sobre isso cito Castro-Arantes e Lo Bianco: A cada ponto em que o corpo é ou não tomado, ele é ou não tomado em uma rede de significações constituídas pela palavra. Investindo o corpo com palavras, faz-se dele um corpo pulsional” (2013). A partir da leitura de Lacan no *Seminário 7: A ética da psicanálise* (1959-60/2008) podemos entender

esse investimento como a topada do sujeito com o mundo significante, aquilo que faz fissura no Real., o Real enquanto aquilo que padece de significantes. Também podemos tomar os trilhamentos como possíveis cadeias significantes. Tal investimento que invade e atravessa o aparelho vai formar o que Freud chama de *Bahnung*, facilitação ou trilhamento. Os trilhamentos dariam contorno para o aparelho psíquico. Seriam caminhos que são reproduzidos como efeito da tendência quase automatizada do funcionamento do aparelho de tentar de dar conta da quantidade de energia que o invade. Nesse sentido, podemos entender a formulação de Freud apontando que as marcas do trilhamento que irão constituir a memória desse aparelho psíquico, é o que irá diferenciá-lo, ou seja, também será o que o particulariza de alguma forma.

Freud (1985 [1950]/1996) distingue três sistemas neuronais para explicar o aparelho psíquico. Queremos ressaltar dois deles nesse ponto. O sistema permeável seria aquele em contato com o mundo externo, aquele que recebe a Q vinda do mundo exterior, um sistema perceptivo e sensorial. Já o sistema psi seria aquele que lida com a Q de origem interna. Uma diferença importante entre estes sistemas é que o sistema permeável não reteria energia, possuindo permeabilidade entre suas barreiras de contato. Já o sistema psi seria impermeável, pois sofre e se modifica com as quantidades de energia de maneira permanente, assim, as barreiras de contato entre estes neurônios também se modificam. Freud usa as barreiras de contato para explicar exatamente essa distinção entre neurônios, já que o aparelho não apenas escoar energia, mas segundo a função secundária, também consegue fazer uma reserva de Q para conseguir promover a ação específica, esta será explicada em outro momento. Ou seja, há neurônios que permanecem inalterados e permeáveis à condução de Q e outros que fariam resistência a esse escoamento, ainda que submetidos ao princípio do prazer. Essa resistência estaria explicada, então, pelas barreiras de contato, ora mais permeáveis, ora mais impermeáveis, ou seja, as que não sofrem alterações e as que são permanentemente alteradas. Dessa maneira que Freud explica o aprender e a constituição da memória, através do resultado das alterações nas barreiras de contato que formariam diferentes vias de facilitação. “Por isso, pode-se dizer de maneira ainda mais correta que a memória está representada pelas diferenças nas facilitações entre os neurônios psi”. (Freud, 1985 [1950]/1996, p.361).

Constatamos, assim, que a noção de fixação e repetição já se encontra no Projeto com relação ao que Freud chamou de trilhamento. Há uma tendência, segundo Freud (1985 [1950]/1996), do sujeito repetir esses caminhos facilitados, os quais constituem a própria memória do sujeitos. São caminhos já trilhados e que passam por pontos de fixação. O trilhamento se constitui no próprio encontro com o investimento e encontro com o mundo externo, por exemplo, na experiência de satisfação ou dor. Se a transferência é ela própria a atualização de um passado, como Freud coloca no seu artigo “Recordar, repetir e elaborar” (1914a /2010), ela tem relação com isso que ficou de marca e que constitui o próprio sujeito. Ou seja, a transferência traz a tona os caminhos de fixação por onde a libido se satisfaz, os trilhamentos por onde essa quantidade de excitação escorre. A transferência está intimamente relacionada com a repetição que é própria do campo do pulsional, própria do campo do sujeito.

No método hipnótico, a recordação era um processo simples, pois anulava a resistência. Com as alterações na técnica, Freud (1914a /2010) reparou que essa recordação não era tão fácil de ser alcançada e a principal diferença que notou com essa mudança de método era que o paciente não recordava, e sim repetia. Lembramos que nesse momento o principal objetivo do tratamento psicanalítico era tornar consciente aquilo que permanecia inconsciente, ou seja, fazer o paciente recordar. Contudo, havia algo que era da ordem do indizível e que só encontrava a repetição como alternativa ao silêncio. A recordação seria algo da ordem da rememoração de uma lembrança que estava encoberta, já a repetição seria da ordem da atuação, sem o paciente se dar conta do que está repetindo. Freud assinala que a compulsão à repetição é o modo de recordar do paciente quando há um fracasso em falar. Não é por acaso que Freud sinaliza que a transferência se apresenta como resistência, por exemplo, quando ela silencia o sujeito, ou seja, quando interrompe sua cadeia associativa durante a sessão, porém atualiza algo na atuação da transferência, digamos.

Nesse sentido, a repetição atua na própria relação com o analista, ou seja, na transferência. Isso significa que o analisando vai repetir na sua relação com o analista conteúdos recalçados dos quais não quer recordar, sendo a transferência a própria atualização disto na análise. “A partir de então as resistências determinam a sequência do que será repetido. É do arsenal do passado que o doente retira as armas com que se defende do

prosseguimento da análise (...)" (Freud, 1914a /2010, p. 202). Entendemos, assim, que a repetição atualiza os processos psíquicos inconscientes através da transferência e sob o efeito da resistência. Com o manejo da transferência, o analista concede um espaço para o paciente poder repetir, atuar, deixando expressar o conteúdo reprimido e patogênico oculto e conduzir o analisando para que esse conteúdo seja referido ao passado, segundo Freud. Entendemos que diferente da recordação que remete ao passado, a repetição é uma força atual que traz a problemática para o agora. Cito Freud: "Nós a admitimos na transferência, com numa arena em que lhe é facultado se desenvolver em quase completa liberdade, e onde é obrigada a nos apresentar tudo o que, em matéria de instintos patogênicos, se ocultou na vida psíquica do analisando." (Freud, 1914a /2010, p. 206). Esse é um dos motivos para Freud não recuar diante da transferência, ele a coloca como uma via de acesso ao sujeito e sua estruturação inconsciente.

Até agora, podemos perceber alguns pontos de relação entre "Projeto para uma psicologia científica" (1950 [1895] /1996) e "Recordar, repetir e elaborar" (1914a /2010). No primeiro texto entendemos que o encontro com o investimento, com a energia pulsional que toma o sujeito, exige um trabalho de escoamento, já que está sob o domínio do princípio de prazer. Esse escoamento vai traçar um trilhamento, o qual será repetido criando vias de facilitação. O primeiro investimento também diz respeito ao encontro do sujeito com Outro primordial, encontro que guardaria a marca desse momento mítico da primeira experiência de satisfação. Mais tarde, ao escrever "Recordar, repetir e elaborar", Freud (1914a /2010) percebe que algo na clínica não é da ordem da recordação consciente, e sim da ordem da repetição, de algo que não se pode dizer. Se o que se repete é do material recalado, o que se repete é da ordem do Inconsciente e essa repetição é efeito de uma exigência de satisfação a qual podemos aproximar do escoamento de Q. Esses aspectos já nos indicam a relação da repetição com a pulsão, já que a pulsão é uma força constante que exige se satisfizer, mas sempre se satisfaz parcialmente. Notamos, então, que o movimento de repetição está ligado a insistência da força pulsional e que a fixação acaba por fazer essa repetição passar por certos caminhos já trilhados, o que pode ser atualizado na transferência.

Freud no artigo "Além do Princípio do prazer" (1920/2010) observa que a compulsão à repetição também não se reduz ao campo da transferência, mas é um aspecto fundamental

da pulsão que está relacionada a toda a vida do sujeito, o que Freud chama de *destino*. “Nelas dá-se a impressão de um destino que as persegue, de um traço demoníaco em seu viver, e a psicanálise sempre viu tal destino como, em boa parte, preparado por elas mesmas e determinado por influências da primeira infância.” (Freud, 1920/2010, p. 181). Com a observação a respeito da transferência e do que ele chama de destino, Freud conclui que há uma compulsão à repetição que pode contar com o princípio do prazer, mas vai além deste, sendo mais *primordial, elementar e pulsional*. Assim, vai se desenhando mais claramente a importância de considerar a transferência no trabalho analítico, considerando que ela atualiza esses aspectos no contexto da análise.

Lacan vai abordar o conceito de transferência assim como o de repetição enquanto fenômenos do campo da linguagem⁸. Lacan (1953-53/2009) é questionado sobre sua leitura da transferência estar distante de outras que articulam a transferência como uma manifestação afetiva ou de ordem emocional, o que ele rejeita francamente. Também recusa, por isto, colocar a transferência como algo de ordem intelectual, diz ele: “Se o intelectual se situa em alguma parte, é ao nível dos fenômenos do ego (...)” (Lacan, 1953-4/2009, p. 357). Ou seja, é importante observar que por ser do campo da linguagem isso não significa em absoluto que por isso seja do campo intelectual.

Lacan no *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008) afirma que a transferência é quem estrutura todas as relações particulares do analisando com o analista. A transferência estar instaurada significa, então, que todo modo de apercepção do sujeito está determinado pela própria transferência. Dessa forma, a transferência é condição para análise também por ter como função dar acesso à determinação do sujeito, ou seja, à determinação inconsciente, sua posição subjetiva. Um dos motivos para a transferência possibilitar esse acesso é pelo seu poder de atualização, digamos, o que está relacionado com a repetição. Lacan (1964/2008) afirma que a transferência traz em si o conceito de repetição, cito-o: “Não esqueçamos que quando Freud o [o conceito de transferência] representa para nós, ele nos diz – *O que não pode ser rememorado se repete na conduta*. Essa conduta, para revelar o que ela repete, é entregue a reconstrução do analista.” (p.129). Isso porque, como

⁸ Cito Lacan (1964/2008): “Vocês percebem porque a relação do sujeito ao significante é a referência que quisemos colocar no primeiro plano de uma retificação geral da teoria analítica, pois ele é também primeiro e constituinte na função radical do inconsciente.” (p.137).

Lacan aponta em “Intervenção sobre a Transferência” (1951 [1952] /1998), o analista será colocado, na transferência, como mais um objeto no circuito pulsional do sujeito. O que produz a transferência não é propriamente a neurose, mas aparece como uma marca do falante. Ao falar estamos sempre endereçando a alguém a nossa fala. O sentido está em quem escuta. Aquilo que o analista não pode escutar, não aparece então na análise, pois não tem quem o receba. Diferente do saber médico que filtra a fala do paciente para alcançar os traços de algum diagnóstico, o analista se atenta ao dizer do sujeito, fica com o que o sujeito diz, ou seja, fica com a linguagem também que o sujeito traz por sofrer sua marca.

A repetição será alçada a um conceito fundamental para Lacan (1964/2008), sobre o qual ele irá distinguir dois tipos de repetição: tiquê e autômaton. O primeiro sendo definido como um encontro com o Real e o segundo definido como uma insistência dos signos, insistência da cadeia significante. Uma das indicações que Lacan nos oferece a respeito do Real está relacionada com um limite do simbólico de tudo representar (Lacan, 1964/2008). Nesse sentido que ele afirma que o trauma, por exemplo, o trauma de guerra revivido no sonho traumático, é a “resistência da significação” (Lacan, 1964/2008, p.129). Lacan ressalta como o trauma, desde Freud, foi entendido como algo da ordem do inassimilável. A compulsão à repetição que intriga Freud e por aonde ele chega ao conceito de pulsão de morte, pode ser tomada como uma tentativa do sujeito de tudo simbolizar. Tentativa sempre frustrada de alguma forma, já que não há uma equivalência entre o significado e a coisa e nem entre o próprio significante e o significado. Faltam-nos palavras. Dessa maneira, por trás dessa repetição que é da ordem da insistência dos signos, há na repetição um encontro com o Real. Encontro com o Real enquanto encontro com isso que impele um movimento da cadeia significante por ser um encontro essencialmente faltoso (Lacan, 1964/2008), pois implica o sujeito se deparar com isso que permanece inacessível ao simbólico.

Quando Lacan (1964/2008) afirma que a transferência traz algo de Real, entendemos aqui que isso tem relação também com o que ela apresenta de pulsional. A pulsão, conceito através do qual Freud (1914b /2010) tenta abordar a sexualidade, podemos defini-la como aquilo que não tem uma representação em si, embora busque encontrar um objeto que a satisfaça, sempre parcialmente, sendo o objeto o que há de mais variável na pulsão. Como dito, a transferência atualiza um dos clichês do sujeito, ou seja, é por ela que algo do arranjo

pulsional do sujeito se exhibe na análise, algo próprio do sexual, inserindo o analista nesse circuito. Lacan (1964/2008) afirma que a transferência é a atualização da realidade do inconsciente. Realidade esta que ele diz que nada mais é do que a própria constituição do sujeito, a realidade sexual. Lembramos que esse circuito pulsional que tende a se repetir está intimamente relacionado com a satisfação do sujeito, com sua economia de gozo.

2.2 Aspectos da demanda na transferência

No artigo “Observações sobre o amor de transferência” (1915a /2010) Freud reafirma sua orientação de não recuar frente aos desdobramentos da transferência, no caso ele está tratando da transferência amorosa. Esta faz com que o sujeito coloque o analista em uma posição “privilegiada” endereçando seu amor a ele, porém também aparece como resistência, pois se manifesta como demanda de amor. Cito Freud: “Sem dúvida, a resistência tem enorme participação no surgimento dessa impetuosa solicitação de amor.” (1915a /2010, p.215). Como Freud disse, o uso da transferência é uma das maiores dificuldades que o analista encontra na clínica, fazendo ele se perguntar como continuar a análise apesar e através da transferência amorosa. Questão que podemos ampliar para o fenômeno da transferência em si. Freud é afirmativo:

Já dei a entender que a técnica analítica exige que o médico recuse à paciente necessitada de amor a satisfação pela qual anseia. A terapia deve ser conduzida na abstinência; não estou me referindo simplesmente à privação física, e tampouco à privação de tudo o que se deseja, pois provavelmente nenhum paciente suportaria isso. Quero é estabelecer como princípio que devemos deixar que a necessidade e o anseio continuem a existir, na paciente, como forças impulsionadoras do trabalho e mudança, e não procurar mitigá-los através de sucedâneos. (Freud, 1915a /2010, p.218).

Relendo esse trecho, percebemos o quão valiosa é essa indicação para o trabalho no hospital orientado pela psicanálise. Lembro-me do primeiro paciente que comecei a acompanhar no hospital, um menino de 15 anos com uma grave doença crônica desde o nascimento e que passou a maior parte de sua vida internado. Como o paciente quase morava

no hospital, por ele passar meses internado para às vezes conseguir passar um mês em casa, ele já conhecia o funcionamento do hospital, os setores, os horários e equipe, tendo relação mais próxima com algumas pessoas que conhecia há muitos anos ali. Esse paciente, em muitas vezes que ofereci ou realizei um atendimento, me pedia com doçura que o trouxesse um gibi, o que implicava eu comprar o gibi. Apesar de advertida sobre não responder as demandas dos pacientes, nesse caso eu escolhi comprar com o gibi, algumas vezes. Não posso descartar isso para a própria instalação da transferência, já que os gibis às vezes se desdobravam em assunto para o atendimento. Contudo, o dia em que eu não levei um gibi que ele havia pedido, outras questões apareceram na sua fala ou puderam aparecer.

Para além desse fragmento da experiência no hospital, a citação de Freud (1915a /2010) remete a uma orientação importante para o analista. Este não deve supor que responder à demanda do paciente seja prestar um bem a ele ou aos objetivos da análise, o que talvez seja difícil de manejar no contexto hospitalar. Mais do que isso, Freud orienta que não se deve acabar com a necessidade ou anseio, ou seja, não se deve responder a todas as solicitações ou demanda de amor do paciente. Neste artigo, Freud afirma que a análise deveria se realizar na privação, mas não se estende sobre e fica esse aspecto sem tanta explicação. Mesmo considerando que houve uma tradução, a palavra privação pode nos dar pistas para pensar do que se tratam as recomendações que o autor faz. Segundo sua definição, privar pode remeter a frustrar alguém de algo, impedir, negar, não compartilhar. O que significaria a análise se realizar na privação? Acredito que essa é uma pergunta que ainda podemos deixar em aberto para retomá-la em outro momento do trabalho. Entretanto, já temos a indicação de que manejar a transferência não se trata de responder à demanda de amor. Lembrando o que foi dito anteriormente, a transferência tem relação com a economia pulsional do sujeito, então não se trata de satisfazer esse circuito pulsional a partir do lugar dado ao analista pelo paciente, o lugar transferencial, mesmo vindo a ocupá-lo.

O que poderia nos servir como indicador para manejar a transferência? A transferência, como dissemos, envolve uma repetição. Freud (1915a /2010) formula qual seria a consequência de responder ao amor de transferência: “Ela alcançaria aquilo que todos os doentes procuram fazer na análise: transformar em ato, repetir na vida o que devem somente recordar, reproduzir como material psíquico e manter no âmbito psíquico.” (p. 220). Porém,

como já dito, Freud não descarta a transferência. Quando uma paciente se apaixona, ele não indica que deva ser interrompida a análise, pelo contrário, ele aposta que isso diz sobre o sujeito e o que o sujeito diz algo através da transferência, algo se atualiza. Quinet (2008) em *A descoberta do inconsciente* nos diz que é pela transferência que a associação livre é dirigida ao analista. Ou seja, podemos entender que é *através* da transferência que a associação livre vai veicular uma mensagem que fala sobre o sujeito e dirige-se ao analista. O amor de transferência diz respeito ao que aparece na relação transferencial com o analista, mas que fala, não do analista, mas do sujeito e sua estruturação psíquica.

Podemos dizer que Lacan avançou a respeito das recomendações de Freud sobre como se dirigir ao analisando quando este faz sua solicitação de amor ao analista. Lacan vai fazer uma importante distinção entre o que o sujeito apresenta como demanda de amor na análise do que é do campo do desejo do sujeito. Nesse ponto é importante saber do que se trata a demanda.

Lacan no artigo “A significação do falo” (1958/1998) retoma uma ideia que ele já havia desenvolvido em outros momentos do seu ensino. Ele afirma que a necessidade, no humano, por este ser falante, passará também por sua fala e dessa forma, também sofrerá os efeitos da “paixão significante”. A necessidade do humano, por este falar, também estará submetida ao significante, transformando-se em outra coisa. Essa outra coisa foi tomada como a própria noção freudiana de pulsão, o que, por trazer a marca do significante, já é diferente do instinto. Lacan observa que a necessidade, por ser emitida do lugar do Outro, perde, digamos, seu aspecto natural. A necessidade, ao passar pelo significante para ser reconhecida, chega para o sujeito como demanda e por isso retorna para o sujeito alienada. Alienada nesse lugar do Outro⁹.

E o que seria a demanda? Cito Lacan (1958/1998): “A demanda em si refere-se a algo distinto das satisfações por que clama. Ela é demanda de uma presença ou de uma ausência, o que a relação primordial com a mãe manifesta, por ser prenhe desse Outro a ser situado

⁹ Trazemos uma breve indicação de Lacan sobre o Outro neste mesmo escrito: “Isso fala no Outro, dizemos, designando por Outro o próprio lugar evocado pelo recurso à palavra, em qualquer relação em que este intervém.” (Lacan, 1958/1998, p.696).

aquém das necessidades que pode suprir.” (p.697). A demanda pode ser entendida como aquilo que do sujeito se expressa pela palavra como um pedido, mesmo ela sendo inconsciente. A demanda como demanda de uma presença ou ausência tem relação com aquilo que pode ser contabilizado ou não, talvez com aquilo que aparece como índice da presença de amor ou da ausência deste. Lacan observa que na demanda é concedido ao Outro o lugar privilegiado de respostas àquilo que seriam as necessidades do sujeito, podendo, então, privá-lo delas igualmente. Lacan (1958-59/1986) diz: “O discurso elementar da demanda submete a necessidade do sujeito ao consentimento, ao capricho, ao arbitrário do Outro como tal, e estrutura desta forma a tensão e a intenção humana na fragmentação significante.” (p.36). Uma ilustração disso é o choro da criança que não quer dizer nada até que a mãe interprete o choro como alguma demanda, de que o bebê está com fome, dor, etc., ou seja, dê ao choro um significado. Cito Bonfim (2014) em seu artigo “Perspectivas sobre o escrito lacaniano: a significação do falo”: “Isso também terá consequências para a criança: da próxima vez que chorar, já se encontrará informada pela mãe que ela quer é mamar. Nisso, a demanda cava seu terreno. É demanda produzindo demanda.” (p. 171). O sujeito demanda e o que disso vem como resposta passa a ser tomado como prova de amor. Ou seja, podemos dizer que na demanda há uma contabilização da presença ou ausência disto que pode ser índice de amor ou de saber, como veremos adiante.

Quando Lacan (1958/1998) nos afirma que o Outro não tem isso, não tem o dom do amor, consideramos que o Outro não possui aquilo que faz um, aquilo que completaria, evocando aqui o dizer comum sobre as metades da laranja. O Outro não vai poder suprir essas necessidades, pois ao Outro também falta isso que poderia completar o sujeito. “Não há no Outro nenhum significante que possa no caso responder pelo que sou.” (Lacan, 1958-59/1986, p.47). Como dissemos anteriormente, o Outro, como esse lugar evocado pelo recurso da palavra, não nos fornece garantias ou um sentido completo, porque não há essa equivalência entre a palavra e a coisa, pelo contrário, um significante mesmo pode assumir mais um de um sentido (a polissemia do significante). Como nos apontou Clavreul (1978/1983), o discurso médico, apesar de ter como objeto a doença, não deixa de implicar certa ideia sobre o Ser do doente, contudo, como vimos a partir de alguns fragmentos da residência, nem sempre aquilo

que o médico diz consegue totalizar um sentido para o sujeito diante do que o adoecer pode colocar para ele, permanecendo aí um resto.

Lacan (1958/1998) afirma que a demanda de amor, quando reduzida à prova de amor, anula qualquer particularidade do sujeito. Contudo, essa particularidade aparece em um para-além da demanda. A demanda de amor se apresenta como incondicionada, absoluta. É o desejo que permanece como resto e que traz, com as palavras de Lacan, o que a prova de amor tem de rebelde à satisfação de uma necessidade. Ou seja, o desejo vem como efeito do que da prova de amor nem sempre será alcançado pela satisfação de uma necessidade. “O desejo não é, portanto, nem o apetite de satisfação, nem a demanda de amor, mas a diferença que resulta da subtração do primeiro à segunda, o próprio fenômeno de sua fenda (*Spaltung*).” (Lacan, 1958/1998, p.698). O desejo, por exemplo, é aquilo que resta, aquilo de diferença ou estranheza que permanece na ideia de uma personalidade inteira, um homem inteiro. Ou, como traz Lacan, o desejo é aquilo que fica, digamos, não harmonizado na relação sexual, é da ordem do que desencontra.

Em relação ao manejo da transferência, tendo como pano de fundo as situações vivenciadas no hospital, podemos dizer que para o psicanalista faz toda diferença estar advertido desse limite, digamos. Diferente de outras abordagens que o campo da psicologia fornece, a psicanálise coloca o analista avisado de que não há como eliminar o que aparece de dividido, de conflito para o sujeito. Pelo contrário, é a partir disso que há um trabalho possível, o que também vamos desenvolver no capítulo a respeito da ética. Não era em todos os casos que estar/ficar doente trazia para o sujeito um conflito, mas em muitos casos o adoecer era encarado como uma estranheza consigo mesmo, uma ruptura de uma continuidade em que o Eu parecia estabelecido, o que poderia ou não abrir para uma pergunta particular para cada um. Nesse ponto, estar orientado pela psicanálise nos colocava na contramão de uma demanda médica e da equipe para que se silenciasse ou solucionasse aquilo que emergia como conflito para o sujeito em relação ao estar doente e o que isso envolvia. Para o saber médico não há como considerar o que aparece fora do espaço da necessidade, aproximando necessidade aqui com o que se refere ao campo do fisiológico, do funcionamento do corpo como uma máquina orgânica. Enquanto que para a psicanálise, cito Lacan (1958/1998): “A fenomenologia que se depreende da experiência analítica é de natureza a demonstrar, no desejo, o caráter paradoxal,

desviante, errático, excentrado, e até esmo escandaloso, pelo qual ele se distingue da necessidade.” (p.697). O material pela qual a psicanálise se interessa tem relação com isso que subverte toda necessidade.

No escrito “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” (1958a [1961] /1998), Lacan também nos fornece indicações importantes sobre a transferência. Lacan afirma que o analisando não é o único que paga na análise, o analista também tem que pagar. Paga com suas palavras, com sua pessoa e com o que é essencial em seu juízo mais íntimo, diz ele. Pagar com sua pessoa inclui o analista se emprestar como suporte do fenômeno transferencial, o que implica o analista levar em conta e trabalhar a partir disso que aparece como singular através da transferência. Ou seja, implica o analista trabalhar a partir desta configuração particular da posição inconsciente do sujeito onde o analista é incluído. Lacan aponta que o analista quanto mais se pergunta sobre seu ser, menos seguro fica de suas ações. O analista, em certo sentido, tem a liberdade de fazer suas colocações e intervenções, mesmo sem poder avaliar antecipadamente os efeitos de suas palavras, uma vez que o próprio material com que ele trabalha também é por ele produzido. Contudo, o mais interessante, é que Lacan indica que essa mesma liberdade encontra seu limite na transferência. “Quanto ao manejo da transferência, minha liberdade, ao contrário, vê-se alienada pelo desdobramento que nela sofre minha pessoa, e ninguém ignora que é aí que se deve buscar o segredo da análise.” (Lacan, 1958a [1961] /1998, p.594). Ou seja, independente do ser do analista e de quais intervenções ele fará, a pessoa do analista estará, se tudo correr bem, submetida ao fenômeno transferencial e limitada a este, assim como suas intervenções também o estarão.

Lacan (1958a [1961] /1998) critica a posição que certo movimento psicanalítico assumiu ao considerar a situação analítica como uma relação a dois. Posto que isto foi usado, através do conceito de contratransferência, de argumento para sustentar que o analista ficasse na posição de ideal para o analisando com o objetivo de que este fortalecesse seu Eu fraco. Ele faz uma importante observação que aqui nos interessa, pois fala do manejo da transferência.

Com isso, antes, o analista convoca a ajuda do que nesse jogo [bridge] é chamado de morto, mas para fazer surgir o quarto jogador que do analisado será parceiro, e cuja mão, através de seus lances, o analista se esforçará por fazê-lo adivinhar: é esse o vínculo, digamos, de

abnegação, imposto ao analista pelo cacife da partida na análise. (Lacan, 1958a [1961] /1998, p.595).

O que queremos destacar desse trecho é sobre o vínculo ali estabelecido. Como nos indica Lacan, é um vínculo de abnegação por parte do analista. A abnegação do analista implica que ele também não tem o que dar. Isto faz ressoar as indicações do próprio Freud (1915a /2010) de que a análise tem que ser levada na privação, mesmo que não completamente. O analista permanecendo em uma posição de abnegação não deve responder às demandas do sujeito, exatamente por não ter o que dar, nesse sentido priva o sujeito de uma resposta à sua demanda.

Já no campo do que Lacan (1958a [1961] /1998) chama de política do analista, este contaria com menos liberdade ainda em sua ação, ou melhor, sua ação lhe escapa. A indicação de Lacan aos analistas é clara, estes deveriam se situar em sua falta-a-ser mais do que em seu ser. Como colocado anteriormente, o analista, independente de como ele pensa ser, deveria se localizar pelo que lhe é imposto pela transferência. Em relação à interpretação, Lacan afirma:

Só que essa interpretação, quando ele [analista] a faz, é recebida como proveniente da pessoa que a transferência lhe imputa ser. Aceitará ele beneficiar-se desse erro de pessoa? A moral da análise não contradiz isso, desde que ele interprete tal efeito, sem o que a análise se reduziria a uma sugestão grosseira. (1958a [1961] /1998, p.597).

Ou seja, daqui podemos extrair que a interpretação, não analisada a partir da transferência e das implicações que esta traz, perde seu valor, reduzindo-se à mera sugestão. “É, pois, pelo que o sujeito imputa ao analista ser (ser que está alhures) que é possível uma interpretação voltar ao lugar de onde pode ter peso na distribuição das respostas.” (1958a [1961] /1998, p.597). É do lugar concedido ao analista pela transferência que sua interpretação pode ter efeito para além de uma mera sugestão. O analista deve estar então, alhures, em outro lugar, o lugar dado pela transferência, sem que ele perca isso de vista. Isto o reconduz a ficar com o que o sujeito lhe traz, sem se acreditar em um lugar de saber prévio.

Lacan (1958a [1961] /1998) nos indica a difícil tarefa de refazer a análise tratando a transferência como forma particular de resistência. Além disso, ele também advertiu os analistas de que estes devem ter consciência do poder que a transferência lhes confere.

Pois ele [Freud] reconheceu prontamente que nisso [transferência] estava o princípio de seu poder, no que este não se distinguia da sugestão, mas também que esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência. (Lacan, 1958a [1961] /1998, p. 603).

Lacan aponta, então, que o analista tem poder, o qual está relacionado com a transferência, mas apenas se ele não recair na sugestão. A transferência vai se desenvolver se não houver a sugestão. Trata de aceitar que o sujeito faça esse equívoco presente na transferência, esse erro de pessoa, mas sem se valer dele. O que seria não se servir do poder da transferência? Freud (1912/2010) já nos indicou que não deveríamos responder à transferência como se fosse responder à demanda de amor dirigida ao analista. Se, como Freud apontou, a transferência serve à resistência do sujeito, isso que aparece na relação transferencial como demanda de amor também deve ser considerado como resistência, não qualquer uma, mas uma particular. Já o sujeito, por ser falante, demanda logo que fala e na análise trata-se exatamente disso, do sujeito falar. Por isso, o analista sustenta a demanda ao não respondê-la para que de certa forma, a transferência se desenvolva e faça emergir os pontos de dificuldade do próprio sujeito, suas linhas de repetição. “Assim, o analista é aquele que sustenta a demanda, não, como se costuma dizer, para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida.” (Lacan, 1958a [1961] /1998, p.624). O que se força ao não responder as demandas do analisando é que, contando com a repetição, se abra uma via de regressão às fases da demanda do Outro, ou seja, que o sujeito retorne aos significantes que o marcaram na relação com o Outro. Relacionando as fases que Freud supôs sobre o desenrolar da sexualidade (fase oral, anal, fálica e genital) e pensando na relação do sujeito com o Outro, tomando aqui a mãe como Outro primordial, percebemos que é na relação com a demanda do Outro que certos significantes podem se destacar para o sujeito. Não responder a demanda de amor aposta na regressão como via para que estes significantes possam reaparecer.

Não responder à demanda, sustentá-la, implica de certa forma, que o analista também perceba que ele mesmo não poderá respondê-la. Quando Lacan (1958a [1961] /1998) aponta para o analista como falta-a-ser, consideramos que neste lugar o analista poderá ser revestido pela transferência. O analista deve sempre retomar o início, ou seja, lembrar que nada sabe sobre o sujeito, sobre este lugar de não saber falaremos adiante. Dito de outra forma, é preciso que o analista aceite a transferência, mas sem se identificar com esse lugar em que o sujeito o

coloca. Aceitar a transferência e acolher a demanda, mesmo sem respondê-la, pois é pela demanda que temos notícia do desejo.

O menino de 15 anos ao qual já me referi, em algum momento, quando passou a dizer “você é minha amiga”, passou também a me falar sobre não querer mais continuar no hospital internado, falava da vontade de ir pra casa e como havia ficado difícil desde que a mãe já não passava mais tanto tempo lá com ele. “Liga pra minha mãe, conversa com ela. Sozinho tá muito difícil.” (sic). A mãe, que também foi ouvida, falava sobre um cansaço em manter-se acompanhando o filho em internações desde que ele havia nascido. “Antigamente eu vinha sempre, não vivia.” (sic). Aqui podemos ouvir uma oposição entre “vinha” e “vivia” colocada pela mãe, o que podemos apontar para um conflito entre “vir” ver o filho no hospital e viver. Depois de o adolescente ter passado por uma grave piora, ela me conta que a médica havia dito que poderiam ter perdido ele. Sobre isso a mãe fala: “Com ele é assim, penso nisso há muito tempo. Com ele é cada dia.” (sic). Outra fala importante da mãe foi: “Ele parou de me falar que queria morrer depois que eu disse pra ele: se você quiser morrer, tudo bem, mas então morre sozinho, porque eu quero viver.” (sic).

Já no momento posterior da supervisão, discutindo sobre o atendimento, a supervisora apontava para a questão do que eu ia fazer lá ao procurá-lo, ao querer escutá-lo. Foi a partir disso que pudemos construir que meu lugar ali talvez fosse de mostrar um desejo de que ele vivesse através da minha presença, mostrar que não iria abandoná-lo, o que para ele lhe parecia ser a postura da mãe. O adolescente mandava mensagens para meu celular, sobre as quais eu não sabia o que fazer e não respondia. Ali, colocada a transferência, mais importante do que eu responder à mensagem de celular, era ele poder endereçá-la a mim. Mais importante para sustentar um lugar desejante para ele e poder escutar, por exemplo, seu desejo de ir para casa que exigia reconhecimento e que talvez indicasse por onde caminhava seu desejo de viver.

2.3 Aspectos do saber na transferência

Lacan (1953-54/2009) também aborda a transferência quando torna aos escritos técnicos de Freud. O autor chama atenção para algo até então pouco discutido entre os

componentes da transferência no campo psicanalítico. Os mais trabalhados, como ele aponta, são as manifestações de amor e ódio, porém ele nos alerta para a ignorância como paixão, sendo também um dos motores transferenciais na análise.

A ignorância como uma paixão vai demandar um saber, o que tem relação com o que Lacan (1953-54/2009) vai desenvolver sobre a verdade. Como seres falantes, Lacan aponta que a questão da verdade nos atravessa. Cito Lacan: “A verdade só se funda pelo fato de que a palavra, mesmo mentirosa, a reclama e a suscita.” (1964/2008, p.132). Porém, a linguagem não consegue nos garantir uma verdade última, não há um fiador dessa verdade, embora sempre estejamos a procurar quem nos dê isso. Lacan então aponta que o neurótico procura o analista com a demanda de que este forneça a ele um saber sobre si mesmo que ele desconhece. O analista pode ser colocado, assim, na posição de sujeito suposto saber, conceito que Lacan (1964/2008) vai cunhar mais tarde em seu ensino.

A demanda de amor dirigida ao analista tem relação com a suposição de saber, um saber sobre o inconsciente do qual o analista seria detentor, mais do que propriamente com quem o analista é ou como é. A transferência para Lacan está no campo dessa suposição, desse endereçamento que o analisando faz ao analista. Cito Lacan (1964/2008) sobre a dimensão do amor que a transferência nos faz ter acesso: “Ao persuadir o outro de que tem o que nos pode completar, nós nos garantimos de poder continuar a desconhecer precisamente aquilo que nos falta.” (p.133). No caso da relação transferencial, o analista pode entrar na posição daquele que sabe o que nós não sabemos, aquele que tem as respostas sobre nós mesmos que nos são desconhecidas. Já o analista, advertido dessa suposição, não deve encarnar um lugar que tampona a falta da qual o sujeito não quer saber, e sim, apostar que é o sujeito que pode saber algo ou fabricar na análise um saber sobre o que o aflige.

O conceito introduzido por Lacan (1964/2008) de “desejo do analista” também pode nos auxiliar a refletir como manejar a transferência. O desejo do analista está relacionado à maneira como ele vai ocupar essa função e que segundo as indicações de Lacan, deve ser como objeto causa de desejo. Se até aqui estamos entendendo que o desejo em jogo na análise, como se apresenta no amor transferencial dirigido ao analista, é um desejo de saber, manter-se como objeto que causa desejo é sustentar uma posição que cause no sujeito desejo de saber. Saber sobre o que? Sobre seu próprio desejo inconsciente, sobre aquilo que o

particulariza enquanto sujeito. Talvez seja simplista colocar o desejo de saber dessa maneira, contudo, isso se deve ao momento da trajetória com a psicanálise em que nos encontramos. Ainda assim, percebemos que vínhamos esbarrando com a questão do saber durante a pesquisa. Desde o início indicamos como essa relação se coloca quando alguém se dirige ao médico, pois busca-se nele um saber sobre o mal que lhe acomete. Assim também é na análise. O sujeito busca a análise quando algo de si não vai tão bem como ele gostaria e aposta que o analista sabe algo sobre ele que pode ajudá-lo. Devemos ressaltar que para a psicanálise trata-se de um outro saber, um saber que tem uma raiz pulsional. Não se trata na análise de um saber intelectualizado. Um desafio da análise é não deixar que esse saber inconsciente se torne mero conhecimento.

Retomando, nesse ponto, o que Freud (1915a /2010) disse sobre manter a análise na privação ao não responder à demanda de amor do analisando, podemos compreender que não se deve responder à demanda de saber, até porque o analista não a possui. Ao contrário do que se coloca na relação médico e paciente, em que o médico deve saber e informar ao paciente sobre a doença que o acomete, o analista está apenas na posição de suposto saber. Caso o analista caia na armadilha de achar que sabe sobre aquilo que o paciente desconhece e deseja saber, pode acabar por tamponar o desejo de saber que é o motor transferencial, ou seja, o motor da análise. Freud desde “Estudos sobre a Histeria” (1893/1996) apostava que as histéricas sabiam sobre aquilo que elas não conseguiam recordar. Na análise há uma aposta de que o sujeito produza um saber sobre si ou, podemos dizer, esbarre de súbito com isso em algum momento.

3. Uma pergunta pela ética

No hospital, como apresentamos ao longo do texto, acontecem diversas situações atravessadas pela radicalidade que o adoecer coloca. Como já dito, o hospital é um espaço onde encontramos pessoas doentes e todas as situações daí decorrentes. O adoecer pode trazer

limitações que a própria doença acarreta, mudanças geradas a partir dela ou pelo próprio estar internado no hospital. Mudanças tanto no próprio corpo quanto nas configurações da vida, diante da proximidade ou até previsibilidade da morte, entre outras circunstâncias. Acreditamos que tais situações podem atualizar questões da própria condição humana de desamparo e finitude, não só para o sujeito, como para toda equipe. Para aquele que está atravessado pela psicanálise, um dos pontos a ser considerado é como o hospital pode ser um lugar onde a dimensão da perda é (re) colocada a partir da experiência de adoecimento.

Apesar do saber médico estar, digamos, bem assentado socialmente, ou seja, bastante difundido e aceito, as situações com que nos deparamos no hospital nos convocaram a refletir sobre qual seria nossa medida para nos guiar naquele espaço. Seria a mesma dos médicos? Nossa aposta é que não, pois partimos de pontos diferentes. O hospital está marcado historicamente por um discurso médico que objetifica a doença para poder tratá-la. Como consequência, muitas vezes, o mesmo discurso objetifica o próprio paciente e seu sofrimento, lidando com as questões que emergem daí com um olhar técnico e protocolar. Vimos que frequentemente nas solicitações para a psicologia, há uma demanda de que aquilo que aparece como vindo do campo do sujeito seja resolvido ou controlado, de modo a não atrapalhar os procedimentos médicos e hospitalares.

Buscando retomar a experiência na residência, víamos que além da redução a um olhar protocolar, também encontrávamos certa postura benevolente do médico e equipe para com o paciente. Um sentimento de estar fazendo o bem para aquela pessoa ao tratar de sua doença, independentemente de tudo que isso poderia custar para o próprio sujeito. Parecia que o paciente deveria aceitar o tratamento, a conduta médica, as regras hospitalares (além de outros aspectos do estar doente no hospital) porque este era o protocolo e/ou porque isso lhe faria bem. Diante de situações e pacientes que colocavam algo dessa perspectiva médica em questão, surgia a pergunta: por onde uma psicóloga orientada pela psicanálise deveria ancorar-se para tomar, ali, uma posição distinta do saber médico. Sendo dado que quando dizemos que o paciente colocava algo desse campo médico e hospitalar em questão, não se trata de que ele formulasse algo de forma deliberada, mas sim que, em sua postura, ações, palavras, algo não se alinhava exatamente às expectativas médicas.

Nesse capítulo pretendemos, primeiro, construir o caminho que nos levou a refletir sobre as implicações que o adoecer pode colocar para o sujeito, se há uma perda aí e discutir de que perda estamos falando, articulando essa dimensão com o que Lacan (1959-60/2008) formulou sobre a ética da psicanálise.

3.1 O que escapa ao sentido

O problema da finitude e da condição de desamparo atravessa o campo humano. É um problema que vem sendo abordado pela religião, pela filosofia, pelos mitos, pela política e inclusive pelo saber médico. As perguntas concernentes à nossa existência vêm sendo produzidas e às vezes respondidas há muitos anos. Ao longo de sua vida, Freud também se deteve sobre tais questões que nos parecem tão fundamentais e que se colocam como indispensáveis diante das situações que em um hospital são colocadas.

Freud (1933 [1932]/ 1996), em uma das conferências introdutórias da psicanálise, chamada “A questão de uma *Weltanschauung*” trata de uma maneira muito interessante sobre como nós humanos tentamos responder às questões e aos enigmas sobre nossa existência. A definição de *Weltanschauung*, como o autor coloca, é uma construção intelectual que soluciona os questionamentos sobre a existência, apresentando-se como a hipótese superior e dominante de explicação, não tolerando uma pergunta sem resposta e “na qual tudo encontra seu lugar fixo” (1933 [1932]/1996, p.155). Queremos destacar, a partir da definição dada por Freud, o aspecto intelectual desse esforço humano na tentativa de responder sobre sua existência, porém apontando que a matéria prima dessa construção é o significante, ou seja, a linguagem. Da qual este mesmo esforço humano, sofre necessariamente os efeitos. Mais um aspecto que queremos destacar é a indicação de Freud de que essa construção não deixa espaço para que uma pergunta não tenha resposta, ou seja, para que uma pergunta permaneça apenas como pergunta. Isso pode ser interessante quando pensamos em situações em que o adoecer pode colocar uma pergunta para o sujeito, por exemplo: “Por que isso está acontecendo comigo?”. O saber médico pode oferecer uma resposta, como elucidar o que fisiologicamente desencadeou o adoecer, porém pode ser uma resposta que não diz nada ao sujeito, como também uma resposta que adsorva o sujeito naquela explicação. Outro ponto

importante é que essa construção intelectual tem um caráter fixador. Não sabemos de antemão o que se fixa e onde, mas já podemos dizer que ela tem um aspecto de fixação. Além disso, Freud (1933 [1932]/1996) explica a motivação humana que está por trás da produção de uma *Weltanschauung*: a busca por sentir segurança na vida, saber o que procurar e saber como lidar com emoções e interesses de forma mais ajustada. As pretensões humanas não são poucas.

Nesse artigo, Freud (1933 [1932]/ 1996) está se perguntando se a psicanálise possui uma *Weltanschauung*. Ele faz uma distinção entre a ciência, a religião, a arte e a filosofia na maneira como cada uma lida com tais perguntas e enigmas. Apesar de Freud aproximar a psicanálise da ciência nesse aspecto, ele também afirma que a psicanálise é incapaz de produzir essa construção por si mesma. Já a religião e a filosofia alcançam uma explicação do “universo” que, como ele diz, é coerente e não deixa falhas. A ciência, segundo o autor, coloca para si um campo ainda por desvendar, porém considera que as respostas serão descobertas, trata-se apenas de uma questão de tempo para isso. Freud também tem a delicadeza de reconhecer que a ciência, apesar de constituir um sistema rigoroso e confiável de conhecimento, propositalmente deixa escapar para fora do seu campo aquilo que ele aponta como as motivações humanas para alcançar esses conhecimentos. Ou seja, a ciência não está interessada, e coloca para si como regra, afastar-se das motivações emocionais, como Freud aponta, pois estas poderiam conduzir ao erro. De alguma forma, mesmo a ciência conseguindo explicar como os astros se movimentam, por exemplo, não explica o porquê de ser assim e não de outra maneira.

Outro ponto interessante que Freud (1933 [1932]/ 1996) levanta nesse mesmo artigo é da relação intrincada entre a explicação do universo, o que entendemos que é igualmente a explicação da nossa existência, e a determinação de preceitos éticos que são derivados em normas, orientações e condutas de vida. Freud, não apenas neste artigo como em outros¹⁰, mostra como a religião exerce a função de fornecer uma explicação totalizante ao mesmo tempo em que coloca diversas exigências que, se cumpridas, garantiriam a felicidade e o consolo. Ele aponta como há algo disso também na ciência: “Aliás, algo parecido se verifica com a ciência. Aqueles que desprezam suas lições, assim ela nos diz, expõem-se ao dano.”

¹⁰ Por exemplo, em *O futuro de uma ilusão* (1927/1996) e *O mal-estar na civilização* (1930 [1929] /1996).

(Freud, 1933 [1932]/ 1996, p.159). Isto é interessante, pois, por mais que a ciência com seus rigorosos métodos e critérios busque afastar-se disso que Freud chama as emoções humanas ou suas pretensões, nem por isso está isenta de motivar uma série de condutas e modos de viver.

Nesta mesma direção, em *O Mal-estar na Civilização*, Freud (1930 [1929]/1996) busca refletir quais seriam as motivações humanas na tentativa de construir uma explicação que possa abarcar todas as nossas dúvidas frente os mistérios de nossa existência. Freud indica que a origem da religião pode ser remontada até a condição inexorável de desamparo humano. Ele mesmo faz esse caminho de retorno, em busca da origem da religião, salientando que na origem o que encontramos é o humano tentando restaurar um narcisismo ilimitado. Freud aponta que este diria respeito ao momento de indistinção entre eu e o mundo externo. Ou seja, aqui consideramos que nem o narcisismo primário havia sido formado, já que a consequência do narcisismo primário é a formação de um eu corporal e consequentemente de um contorno que distingue o eu do mundo externo. Aproximando o que está na origem de uma *Weltanschauung*, tanto religiosa como científica, com isso que se encontra também na origem da formação de um Eu, em se tratando da estrutura neurótica, temos que na origem da busca por uma construção que explique a existência humana, encontramos o desamparo. Queremos considerar como a formação do Eu também vem cumprir a função de mascarar algo sobre este desamparo.

Nossa hipótese a partir da experiência na residência é de que o adoecer pode envolver uma perda no Eu, tomando aqui o Eu também como um objeto - na esteira do que Freud (1914b /2010) pode indicar em “Introdução ao narcisismo”.

O que seria essa instância chamada Eu? Partindo do que Freud assinala em seu trabalho sobre o Narcisismo, o Eu não está lá desde o início. O Eu deve ser desenvolvido, a depender do que ele chama de uma “nova ação psíquica”. Esta nova ação consistiria na formação do narcisismo primário, ou seja, momento em que a libido se dirige ao Eu como objeto ao mesmo tempo em que constitui um Eu mais ou menos unificado. Freud nos “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade” (1905/1996) coloca que, antes mesmo do narcisismo primário haveria o autoerotismo, momento em que a as pulsões libidinais da criança ainda estão descoordenadas, independentes entre si, anárquicas, onde qualquer parte do corpo do

bebê pode ser uma zona erógena. O autoerotismo nos lembra que para Freud a sexualidade é caracterizada por ser perverso polimorfa, já que no autoerotismo não haveria ainda nenhum objeto ou parte privilegiada do corpo que desse o “caminho das pedras” da sexualidade humana e nem de uma harmonização das pulsões. Já a operação do narcisismo primário é aquela que tem como efeito a constituição de um Eu investido libidinalmente como condição para que, num momento posterior (e apenas secundariamente) essa libido (re) torne aos objetos do mundo externo.

Para dar a dimensão de como este Eu é constituído em instâncias sempre provisórias, afetadas pelo trajeto da pulsão em direção aos objetos e, conseqüentemente, pelas circunstâncias da vida – e especialmente, da doença -, trago a fala da paciente que apresentava uma série de diagnósticos de doenças crônicas graves, todas descobertas em um curto espaço de tempo: “Eu era uma pessoa contente, alegre. Agora eu só pulo de consulta em consulta, virei doente”. Nesse caso, o que a paciente indicava ter perdido era sua condição de saúde, perda sentida no próprio Eu.

Também queremos destacar como o Eu, segundo Freud (1923/ 2011) responde por diferentes aspectos, como, por exemplo, ser a instância psíquica que faz uma ordenação temporal da experiência. É aquela que tem a capacidade de síntese e também de organização das relações com a realidade. Ou como Lacan (1949/1998) indica é aquela que se insere em certa linha de ficção. Ou seja, consideramos que o Eu é que faz com que o sujeito possa se reconhecer em determinada história e até em uma continuidade. Algo comum na escuta de pacientes que descobrem uma doença grave é que algo ali balança as estruturas do Eu, ou seja, há uma espécie de ponto de descontinuidade que a doença introduz na história do sujeito. Isso também se apresenta, por exemplo, através do desejo de curar-se, “de ficar bom”, “de voltar ao normal”, ou seja, de restaurar uma condição perdida.

Trata-se pois de perda e essa perda se apresenta de diversas formas, que podem incluir, incapacitar a pessoa de continuar trabalhando, impondo uma rotina de médicos e exames, dores, mudanças físicas, entre outras. Queremos destacar na notícia de uma doença a dimensão de que algo do corpo não vai bem, marcando que o corpo não está submetido ao controle do sujeito. Podemos dizer que isso aparece em falas que remetem a doença ao inesperado, ao inexplicável. Nessas situações, quando um paciente fica profundamente

abalado com a descoberta de um diagnóstico, ou com sua condição médica, a psicologia costuma ser chamada a intervir no sentido de que isso se resolva. Como se houvesse a expectativa de que o psicólogo pudesse fazer o sujeito aceitar bem seu estado de “doente-paciente” ou as condições que o hospital exigia, ou que saberia proferir algo como uma palavra de consolo. Em outras situações, como o mencionado anteriormente, do adolescente que recusava parte do seu tratamento, a demanda era de que o psicólogo fizesse o paciente aderir à conduta médica.

No artigo “A perda da realidade na neurose e na psicose”, Freud (1924b /2011) vai desenvolver a relação do Eu com a realidade. Freud afirma que na neurose não se nega a realidade, apenas não se quer saber dela; algo fica recalçado. Enquanto na psicose há uma recusa da realidade e a tentativa de substituí-la. Nesses dois momentos teóricos encontramos articulados, a formação do Eu, as vicissitudes da pulsão e alguma perda de realidade. Em relação às exigências da realidade é que Freud vai distinguir os processos na neurose e na psicose, mas admitindo como ponto em comum a dificuldade de lidar com essas exigências, sendo essas duas estruturas clínicas, antes de mais nada, formações para tentar dar conta disso. Na neurose, a favor de uma exigência da realidade, a qual podemos entender por enquanto como alguma exigência colocada de maneira exterior ao Eu, o sujeito reprime ou recalca algo de seus impulsos pulsionais. Na neurose a saída é um acordo entre exigências do Id (caldeirão das pulsões) e as exigências do mundo externo, produzindo um recalque dito “secundário” e um sintoma, a partir de um recalque originário. Cito Freud (1924a /2011) no artigo “Neurose e Psicose” sobre a primeira: “(...) o que é reprimido se revolta contra esse destino, criando, por vias sobre as quais o Eu não tem poder, um substituto que o representa, que se impõe ao Eu pela via do compromisso, o sintoma; o Eu vê ameaçada e prejudicada por esse intruso a sua unidade (...)” (p.178). Nesse trecho queremos destacar que o Eu se sente ameaçado exatamente nisso que pode atingir sua dimensão de unidade, onde ele se apoia. Dessa forma, podemos dizer que o sujeito recalca aquilo que pode colocar em xeque sua dimensão de unidade, sua dimensão de ser que se apresenta em um Eu que é sobretudo corporal (Freud, 1923/2011). Ou seja, podemos indicar que a própria condição de desamparo é recalçada, já que o Eu vem tentar tamponar essa condição. Tanto a neurose como a psicose podem ser interpretadas como saídas, defesas diante do conflito que divide o sujeito. Algo na

formação do Eu e nesse conflito com a realidade externa diz das diferentes posições “assumidas” pelo sujeito na neurose e na psicose.

O artigo “O Eu e o Id” (1923/2011) também é importante para entender a formação do Eu a partir da segunda tópica, momento em que Freud já formulou a pulsão de morte e em que o conflito é colocado entre as instâncias psíquicas do Eu, Id e Supereu. O autor diz, a respeito da neurose: “A partir da nossa compreensão das relações estruturais da vida psíquica, temos de substituir essa oposição [consciente e inconsciente] por uma outra: aquela entre o Eu coerente e aquilo reprimido que dele se separou.” (1923/2011, p.21). Isto porque uma das principais descobertas de Freud é que nem tudo no Eu é equivalente ao consciente, grande parte também se mantém inconsciente. Pensar isso é interessante ao trazer a dimensão de uma perda no Eu como uma perda que também comporta algo de inconsciente e de opacidade. Segundo Freud (1923/2011) “o Eu é sobretudo corporal”, “uma projeção mental da superfície do corpo” (p.20). Ou seja, de alguma forma Freud aqui já nos dá pistas para pensar como o Eu tem relação com a própria formação da ideia de um corpo como de uma unidade organizada que está sob seu domínio. Nossa hipótese é que o adoecer coloca em xeque exatamente isso, trazendo consequências para toda a estrutura psíquica do sujeito. O adoecer pode escancarar para o sujeito a fragilidade na qual seu Eu se constitui, denunciando que o corpo foge ao seu controle. O adoecer pode trazer para o sujeito a dimensão de que nem o Eu está lá garantido, já que o adoecer pode abalar suas coordenadas de identificação.

Freud (1923/2011) percebe que há também uma instância ligada à autocrítica, aos ideais e que permanece em grande parte inconsciente para o sujeito, gerando “sentimento de culpa inconsciente”, instância esta chamada Super-eu. O Ideal do eu ou Super-eu podem ser entendidos, segundo Freud, como gradações do Eu. Para explicar o desenvolvimento desta instância complexa que é o Eu, ele dá ênfase à operação de identificação estudada a partir dos casos de melancolia. Na melancolia, segundo Freud (1917 [1915] /2010), um objeto perdido é substituído por uma identificação, por isso a famosa conclusão de que na melancolia a sombra do objeto recaiu sobre Eu. O que Freud traz de novo em 1923 é que a operação de identificação não é exclusiva da melancolia, mas pelo contrário, é uma operação essencial para a formação do Eu e do Supereu. Freud (1923/2010) aproxima a identificação da maneira como o sujeito se relaciona com os objetos na fase oral, ou seja, algo relacionado com

incorporar o objeto ou com o “estabelecimento do objeto no Eu” (p. 36) provocando neste uma alteração. O Eu se identificaria com traços do objeto para possibilitar o abandono do mesmo, por isso Freud diz que “(...) o caráter do Eu é um precipitado dos investimentos objetais abandonados, de que contém a história dessas escolhas de objeto” (1923/2010, p. 36).

O complexo de Édipo e seu desfecho são essenciais para entendermos a formação do Eu e conseqüentemente do Super-eu. Podemos tomar o Complexo de Édipo como um mito que pode nos dar suporte para entender a entrada da criança no campo sexual, ou seja, como o sujeito pode tomar lugar na entrada do jogo das relações humanas. Uma maneira de abranger esse complexo é como um momento onde a criança investe libidinalmente em uma das figuras parentais. Contudo, por conta da criança também se submeter à lei de proibição do incesto, ela deve abrir mão desse objeto, sob a ameaça de uma punição, o que engendra o Complexo de Castração. De outro modo, trata-se do momento em que a criança percebe que ela não é o único objeto de desejo dos pais, assim como também os pais são objetos proibidos. Freud (1923/2011) coloca que um resultado comum do Complexo de Édipo é uma alteração no Eu, “surgindo ante o conteúdo restante do Eu como ideal do Eu ou Super-eu.” (p.42). No artigo “A dissolução do complexo de Édipo”, Freud (1924c /2011) reafirma que é através da identificação que os investimentos objetais podem ser abandonados: “A autoridade do pai ou dos pais, introjetada no Eu, forma ali o âmago do Super-eu, que toma ao pai a severidade (...)” (1924c /2011, p. 209). Assim, vamos destacar o Supereu como resultado tanto do Complexo de Édipo como de Castração. A partir dessa “origem” podemos perceber a ambigüidade presente no Supereu ilustrado na forma dos mandamentos “seja igual ao pai” ao mesmo tempo em que “você não é o pai”. Nesse sentido que para Freud o Supereu estaria encarregado de representar as exigências da realidade.

Assim, o Eu para Freud (1923/2011) é sobretudo uma superfície corporal, é aquilo que nos dá consistência de corpo, de unidade e igualmente é fruto das identificações com objetos perdidos que antes foram investidos libidinalmente, sendo assim parte de seu conteúdo também inconsciente. Para nós trata de pensar como o Eu é fruto de uma operação dialética com o Outro e com a imagem do semelhante, não possuindo uma essência em si, mas sendo fruto dessas relações da qual desconhece. Veremos como Lacan subverte a noção de eu deslocando-a de alguma função psíquica, digamos, superior.

Lacan (1949/1998) também vai abordar através do estádio do espelho a formação da função do Eu, destacando-o enquanto função de desconhecimento. Sobre a identificação, operação já destacada por Freud na formação do Eu, Lacan (1949/1998) diz: “Basta compreender o estádio do espelho *como uma identificação*, (...) ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem (...)”. (p.97). Segundo o autor podemos aproximar o estádio do espelho ao conceito de narcisismo primário elaborado por Freud. Nesse sentido ele afirma que esse momento da constituição de uma imagem é primordial em relação a uma série de identificações posteriores. Seria a partir da precipitação dessa imagem primordial, que Lacan também chama de *[eu]-ideal*, que derivariam identificações secundárias que vão culminar no ideal do eu.

A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito. (Lacan, 1949/1998, p. 97)

O sujeito, então, se antecipa numa miragem que é dada como gestalt, forma, essa imagem que se fixa, que congela e que tem que se virar com a turbulência de movimentos do outro lado do espelho, digamos. O corpo, ainda nesse momento primordial, dá notícias do desamparo. O adoecer pode implicar para o sujeito se defrontar com isto que deve ser recalcado para que o Eu possa se constituir. Ou seja, isso que dá notícias de um corpo vivo que escapa às coordenadas que o fixam em uma imagem. Essa imagem simboliza um [eu], o que é muito amplo, mas Lacan (1949/1998) a aborda através da metáfora de uma estátua em que o homem se projeta e onde os fantasmas dominam.

A função do estádio do espelho revela-se para nós, por conseguinte, como um caso particular da função da *imago*, que é estabelecer uma relação do organismo com sua realidade - ou, como se costuma dizer, do *Innenwelt* com o *Umwelt*. (Lacan, (1998 [1949], p.100).

A função do Eu é da ordem da fixação de uma imagem que funciona como matriz simbólica, é disso que deriva a ideia de um eu que se inscreve, como diz Lacan (1949/1998), em uma linha de ficção. É também através da assunção dessa imagem que se distingue um dentro e

fora, ou seja, ela está relacionada com a relação do sujeito e sua realidade. Podemos pensar como o adoecer pode provocar um abalo nessa imagem e no que ela imprime como interior ou exterior, por exemplo, se o adoecer é tomado pelo sujeito como uma experiência onde a doença o invade, a doença enquanto um corpo estranho e exterior que deve ser retirada, removida, para restituir um estado anterior onde aquele corpo funcionava como suporte para o Eu. Se retomarmos as afirmações de Freud em relação à diferença entre neurose e psicose, temos pistas para entender que algo desse processo, do estabelecimento de uma imagem, falha na psicose ou, poderíamos dizer, se estabelece de outra maneira. Como aponta Castro-Arantes e Lo Bianco (2013): “A psicose mais uma vez nos ensina que as funções corporais nem sempre coincidem com as estabelecidas pela fisiologia e pela biologia”. Talvez seja a partir dessa diferença um caminho para entender o que daria condições para uma imagem ser formada no caso da neurose.

Assim, é a função do Eu, como constituição de uma imago, que permite as identificações posteriores. Mas não só, Lacan chama atenção também para a rigidez dessa estrutura. É na fixação dessa imagem que o Eu pode manter sua consistência, fruto de uma operação que recalca o que pode ameaçá-la nesse ponto. Dessa maneira, ao mesmo tempo em que uma imagem corporal é formada, constitui-se um corpo e uma matriz simbólica que dará lugar ao sujeito. A antecipação da imagem se dá não por uma “pretensa lei suprema da adaptação”, mas é a partir da insuficiência do *infans* que algo se antecipa e

(...) que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica - e para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o desenvolvimento mental. (Lacan, 1998 [1949], p.100).

É interessante que Lacan usa a metáfora do estádio para dizer desse campo de forças que está em disputa no Eu, retomando a ideia freudiana de nem tudo no Eu faz parte da consciência ou está harmonizado. Entretanto, Lacan afasta-se de uma concepção em que o Eu se constituiria como consequência de uma maturação, de um desenvolvimento de funções superiores, organizadoras e coerentes.

O momento de conclusão do estádio do espelho enceta o Eu dentro das relações sociais, ou seja, “(...) momento que decisivamente faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro”. (Lacan, 1998 [1949], p.101). Podemos entender esse momento como aquele em que o sujeito se pergunta pelo desejo do outro como sentido do seu próprio, já que a resposta advinda de uma natureza está perdida. Até mesmo o que é da ordem de um impulso de instinto pode ameaçar a suposta integridade fortificada do Eu, não havendo uma maturação dita natural, “passando desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal, como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo.” (Lacan, 1998 [1949], p. 102).

No escrito “Observações sobre o relatório de Daniel Lagache”, Lacan (1960/1998) nos indica o quanto a imagem, o Eu, tenta suprir ou tamponar isso que lhe chega como ameaçador de sua integridade. O Eu enquanto função de desconhecimento desconhece o Outro, ou podemos dizer, desconhece os efeitos do Outro, isso que lhe constitui e que ao mesmo tempo que lhe é estranho. “O eu, eis esse olho (...) que nunca se evidencia tanto quanto ao servir à lei de um outro, muito exatamente sofrendo-a por se defender dela, a partir de desconhecê-la.” Isso também remete a ideia de que as possíveis defesas lançadas pelo Eu não sabem tanto quanto imaginam do que se defendem. Lacan localiza o fenômeno do estranho (*Unheimlichkeit*) quando o sujeito se encontra com sua imagem narcísica, quando ela usurpa seu lugar. “O eu vem servir ao lugar deixado vago pelo sujeito (...)” (p.675). É importante também destacar o que Lacan traz sobre a imagem como encobridora de uma falta. “O drama do sujeito no verbo é que ele experimenta ali sua falta-a-ser (...)” (p. 661). Podemos dizer que Lacan traz uma dimensão de castração nesse ponto, como castração simbólica, colocada pelos limites que a própria linguagem impõe ao sujeito, uma falta que é estrutural e constitutiva, a qual a imagem vem tentar recobrir. “É por proteger desse momento de falta que uma imagem chega à condição de sustentar todo o valor do desejo: projeção, função do imaginário. Inversamente, vem instalar-se no coração do ser, para apontar um furo, um indicador: introjeção, relação com o simbólico.” (p.662). A imagem poupa o sujeito de se deparar com algo da castração ao mesmo tempo em que indica que algo falta, indica um furo, já que nem tudo é redutível a ela. Esse furo na imagem pode ser valioso por indicar algo que a imagem

não consegue recobrir, uma margem por onde o sujeito pode tratar da perda de algum traço que o identificava.

Dessa forma, consideramos que o adoecer traz para o sujeito uma experiência que pode remeter a uma perda. Perda de algum traço que o identifique, por exemplo, quando o sujeito se vê obrigado a parar de trabalhar. Ou perda sofrida nessa imagem fixada e totalizante do Eu, por exemplo, quando o adoecer traz notícias de que o próprio corpo não está sob seu comando, que o corpo escapa ao seu controle. Perda no sentido de uma ruptura nessa linha mais ou menos contínua de ficção em que o Eu se estruturou, por exemplo, quando um paciente muito jovem tem alguma doença improvável para sua idade, trazendo algo da dimensão do inesperado, daquilo que estava fora das possibilidades imaginadas. Diante do adoecer, o hospital, muitas vezes, é dado como o lugar aonde o sujeito vai para buscar respostas para um mal que o acomete. Contudo, nem sempre ali encontramos respostas que forneçam sentido para essa experiência, ou ao menos não um sentido totalizante. Isto porque a ciência, como antes dito, encontra um limite na explicação dos porquês e enigmas humanos. Perante essas questões, que são próprias do campo humano e que nos convocam na clínica, o que a ética da psicanálise pode nos indicar?

3.2 Sobre *das Ding* e suas consequências para uma ética

Lacan (1959-60/2008), no início do *Seminário 7: A ética da psicanálise*, nos diz que nossa experiência, enquanto psicanalistas, nos levou a aprofundar o universo da falta, não apenas como falta ética, mas falta enquanto presença de uma ausência. Com a proposta de formular uma ética da psicanálise, Lacan parte de uma leitura filosófica, sobre a qual não nos deteremos, mas que traz uma marca da negatividade. Uma marca daquilo que não é metaforizável, uma marca do que fica de fora, é o “tudo, menos isso”.

Lacan (1959-60/2008) retoma o artigo freudiano “Projeto para uma psicologia científica” (1985 [1950] /1996) para nos falar de um objeto que marca qual o estatuto do objeto para a psicanálise. Trata-se de um objeto impossível, a Coisa, das Ding. Ao iniciar o

seminário sobre a ética, ele retoma o pensamento de Freud sobre o conflito entre as tendências do princípio do prazer e princípio de realidade. Ele aponta que este conflito está na base das questões tradicionalmente abordadas em torno da ética e da moral sobre a ação humana.

Como dito anteriormente, Freud (1985 [1950] /1996) nesse artigo buscou descrever o funcionamento do aparelho psíquico segundo o domínio do “princípio do prazer”. Ou seja, o aparelho buscaria manter seu nível de excitação provindo do mundo externo e do interior do organismo no mínimo possível. Este princípio, até então soberano, encontrava-se com o princípio de realidade. Este último funcionaria como um suporte ao princípio do prazer que buscaria retificar, reencontrar na realidade, o objeto investido que possibilitou a descarga e gerou satisfação. Veremos como isso se complexifica.

Lacan, como já apontamos, faz uma releitura da teoria freudiana com o recurso da Linguística, podendo, assim, contribuir de outro lugar. Não será diferente no que concerne às suas formulações sobre o Projeto. Lacan (1959-60/2008) aponta que as ambiguidades em relação ao princípio do prazer e princípio de realidade resultam de algo que é da ordem do significante. Ele parte da distinção do termo *Sache* e *Ding* para demonstrar essa ambiguidade. *Sache* difere de *Ding* por ser uma coisa que já seria produto da linguagem, “a passagem à ordem simbólica de um conflito entre os homens”, ou seja, ele atribui a algo que já foi capturada pela ordem simbólica. *Das Ding* situa-se em outro lugar, é aquilo que traz a marca do enigma, do segredo. Articulando ao funcionamento estipulado por Freud (1985 [1950] /1996), observamos que o princípio de realidade tem a função de buscar reencontrar na realidade o objeto causa de satisfação, objeto buscado pelo princípio do prazer. Contudo, a distinção de Lacan aponta que a própria noção de objeto comporta uma obscuridade, o objeto não é todo reconhecido pelo princípio de realidade. O princípio de prazer permaneceria, dessa forma, insatisfeito, digamos. Lacan (1959-60/2008), curiosamente, aponta aí uma contradição, observando que o princípio de realidade isola o sujeito da mesma, o que veremos melhor adiante.

Como Freud (1985 [1950] /1996) indicou no Projeto, o que chega do mundo externo, que podemos considerar como o que constitui a realidade, passa pelo sistema perceptivo e sensorial e sofre daí alterações. Freud já indicava que o aparelho psíquico teria a função de domar, amortecer a quantidade de energia tanto provinda do mundo externo quanto do próprio

interior do organismo. O autor situa esses sistemas (perceptivo e sensorial) na extremidade do aparelho psíquico, na fronteira entre o interno e o externo. Dessa maneira, eles também exercem a função de crivo, de filtrar o que chega à extremidade do aparelho, não havendo então um contato imediato com a realidade. Por isso Lacan acusa que o princípio de realidade, de certa forma, faz exatamente isolar o sujeito da mesma. Lacan (1959-60/2008) conclui que daí decorre uma “profunda subjetivação do mundo exterior” (p.62). O que se apresenta na consciência já sofreu essas alterações, já foi submetido aos trilhamentos, ou seja, encontra-se em outro lugar que não é o mesmo da mera função perceptiva ou sensorial. “(...) a impressão do mundo exterior como bruta, original, primitiva está fora do campo que corresponde a uma experiência notável, ou seja, efetivamente inscrita (...) no sentido de algo que constitui um signo (...)” (Lacan, 1959-60/2008, p.65). Assim, há algo nessa apreensão da realidade, disso que seria do mundo exterior, que passará pelo crivo, por uma inscrição, não sendo uma apreensão total e imediata. Nesse sentido que Lacan vai retornar àquilo que ele coloca como a primeira apreensão da realidade pelo sujeito, a experiência do *Nebenmensch*.

Freud (1985 [1950] /1996) remonta o momento mítico da primeira experiência de satisfação, onde um bebê em seu estado de desamparo primordial, *Hilflosigkeit*, precisa de um outro para poder suprir suas necessidades, o que se dá através de uma ação específica que resultaria na descarga de excitação. Esse Outro primordial Freud o nomeia como Complexo do Próximo, *Nebenmensch*, outro que exerce a função, ao mesmo tempo, de ser um objeto de satisfação, um objeto hostil e uma força auxiliadora. Freud indica que o Complexo do Próximo se divide em dois componentes, no qual um componente permaneceria constante e coeso como uma coisa (*Das Ding*) enquanto o outro componente poderia ser compreendido por uma atividade mnêmica ou, digamos, simbólica. Freud considera que após a primeira experiência de satisfação, ilustrada pela cena do encontro do bebê com fome e o seio da mãe, um registro, uma marca dessa experiência fica no aparelho psíquico. Caso o bebê, por exemplo, encontre-se novamente em estado de aumento de tensão, sua primeira tendência seria repetir o caminho já trilhado pela primeira experiência de satisfação, tentando reproduzi-la.

Em termos econômicos, Freud (1985 [1950] /1996) aponta que o aparelho psíquico, ainda inexperiente ou indiferenciado, digamos, é tomado por uma excitação interna. Ou seja,

uma quantidade de energia que ele ilustra com a imagem de uma energia que iria enchendo, ocupando os neurônios psi. Isso causaria um estado de urgência que tem como fim promover o escoamento dessa energia para voltar ao seu estado mínimo, o que estaria em harmonia com o princípio do prazer. A primeira via para tal realização, diz Freud, seria provocar alguma alteração interna, como os exemplos do choro ou do grito, porém essa via não dá conta de suspender a descarga de energia. A suspensão da descarga só acontece pela via da ação específica, citada anteriormente. A ação específica consiste em promover uma alteração no mundo externo que cesse o estímulo interior, porém, como Freud coloca, só é possível de ser realizada de determinadas maneiras e não de qualquer maneira, o que complexifica a questão.

O organismo humano seria a princípio incapaz de promover essa ação, só podendo ser realizada através da ajuda alheia. Assim, a alteração interna, como o grito ou o choro, também está implicada na promoção da ação específica, tomada como apelo a um outro, ou como Freud (1985 [1950] /1996) coloca, adquirindo a função secundária da comunicação. A condição de desamparo primordial exige do humano que este, através da ação específica, provoque algo no outro, por isso Freud indica que o desamparo também é fonte de todos os motivos morais. É necessário que esse outro suponha um apelo nessa provocação, ou seja, suponha um sujeito nesse pequeno organismo humano, o bebê, e interprete o choro da criança como fome ou um pedido de comer, por exemplo. Desse fio deixado por Freud, Lacan (1959-60/2008) vai extrair consequências importantes a respeito da ética e para isso ele coloca ênfase nesse componente que permanece inapreensível no Complexo do Próximo, a Coisa.

Freud (1985 [1950] /1996) considera que no momento em que o aparelho psíquico buscasse reproduzir a experiência de satisfação, encontrando-se sob o comando do princípio do prazer, seria por também estar submetido ao princípio de realidade que o aparelho não iria apenas alucinar o objeto, mas iria tentar verificá-lo na realidade. Ou seja, podemos considerar que não se trata de apreender a realidade, mas de reencontrar o signo que é índice de satisfação, já tendo sofrido o crivo das funções perceptivas e sensórias, como colocamos anteriormente.

Nessa busca, Freud (1985 [1950] /1996) indica que haveria três possibilidades. Uma seria o desencontro, o objeto alucinado não se encontra na realidade, uma segunda alternativa seria a identidade completa entre o objeto representado e o objeto da realidade e uma terceira,

mais comum, em que parte do objeto representado se encontra no objeto da realidade, porém parte dele não é compatível com tal. A própria diferença ou dessemelhança entre a lembrança do objeto e a sua percepção, esse desencontro, é colocado por um processo de julgar, de discernir. Isto ocorreria porque o ego inibe uma resposta primária de alucinação com o objetivo de recuperar a identidade entre a representação do objeto, sua “lembrança” e a percepção do objeto na realidade. Entendendo que *Das Ding* é um componente do objeto que permanece inapreensível, ele coloca um obstáculo na tentativa de harmonizar princípio do prazer e princípio de realidade no encontro de um objeto que reúna todas as condições impostas por estes. De certa forma, esse componente faz com que nunca haja uma identidade total entre o objeto alucinado, o seio perdido, e o objeto que busca (re) encontrar na realidade. Ou entre o objeto representado e o objeto da realidade. Lacan (1959-60/2008) destaca da experiência do *Nebenmensch* que ela “(...)articula energiticamente o à-parte e a similitude, a separação e a identidade” (p.67). Há a busca de identidade, mas algo de opaco permanece no objeto, havendo sempre uma diferença entre o objeto procurado e aquilo que o sujeito encontra, há algo que permanece “à-parte”.

Lacan (1959-60/2008) nos diz: “O *Ding* é o elemento que é, originalmente, isolado pelo sujeito em sua experiência do *Nebenmensch* como sendo, por sua natureza, estranho, *Fremde*” (p. 67). Seria um primeiro exterior e até hostil em torno do qual se orienta todo o encaminhamento do sujeito. A tendência a buscar uma identidade entre a representação e a coisa vai sempre se deparar com esse componente estranho. Nesse sentido que o objeto é dado como desde sempre perdido. “O mundo freudiano, ou seja, o da nossa experiência, comporta que é esse objeto, *das Ding*, enquanto Outro absoluto do sujeito, que se trata de reencontrar. Reencontramo-lo no máximo como saudade.” (Lacan, 1959-60/2008, p.68). *Das Ding* é o que vai orientar o sujeito na sua busca de satisfação, o que configura essa busca como uma tentativa de um reencontro, de um reachado. Contudo, Lacan (2008 [1959 – 1960]) afirma que *Das Ding* não foi perdido, embora para o sujeito trata-se de reencontrá-lo. Há na busca pelo objeto de satisfação sempre um encontro faltoso, ele aparece sempre comportando uma espécie de marca daquilo que escapa.

Como dito, a formulação de Lacan (1959-60/2008) sobre o Projeto está intrinsecamente relacionada com sua teoria do significante. Rinaldi (1996) aponta que Lacan

no momento do *Seminário 7* concebe o registro do simbólico como portador de uma falta estrutural, não havendo um significante último que garanta o jogo significativo. O que nos auxilia a pensar a afirmação de Lacan: “*Das Ding* é originalmente o que chamaremos de o fora-do-significado.” (Lacan, 1959-60/2008, p.70). Assim, percebemos que a experiência do *Nebenmensch* é estrutural para o sujeito na medida em que ela comporta algo de não assimilável, um núcleo que permanece intraduzível, mas é em torno dele que gira o movimento das representações, como afirma Lacan (1959-60/2008). Esse núcleo intraduzível será um componente essencial que impõe ao sujeito o movimento de tentar significá-lo. De certa forma é o que enceta o sujeito no mundo falante.

Assim, é em torno de *Das Ding*, enquanto núcleo vazio, que se instaura a cadeia significativa, o que podemos relacionar com o que Freud (1985 [1950] /1996) chamou de trilhamento. Dessa maneira, entendemos que o movimento desejante está intrinsecamente relacionado à falta, à Coisa. Lacan (1959-60/2008) no início do seminário já nos dá pistas sobre isso ao afirmar que aquilo com que os psicanalistas lidam tem relação com a atração da falta. Compreendendo os caminhos trilhados como articulações significantes, Lacan observa que nesse caminho vai sempre haver uma distância da Coisa, ela irá ditar sua lei invisível, porém não é o que regula seus trajetos. A Coisa impõe o trajeto, porém o que os regula é outra coisa.

O objeto *a* ser reencontrado lhes dá sua lei invisível, mas por outro lado não é ele que regula seus trajetos. O que os fixa, o que modela o retorno delas – e esse retorno é, ele mesmo, mantido a distância – é o princípio do prazer que a submete a reencontrar no fim das contas apenas a satisfação da *Not des Lebens* [anseio, urgência]. (Lacan, 1959-60/2008, p.75).

Nesse sentido, Lacan (1959-60/2008) destaca o próprio princípio do prazer como a “dominância do significante”, já que “o princípio do prazer tende ao reinvestimento da representação” (p.167). No momento do estado de urgência, é o princípio do prazer que tende a retomar àquilo que foi uma alucinação satisfatória, àquilo que está inscrito como índice de satisfação. Isto está relacionado com a própria articulação significativa e com os significantes que produziram marcas no sujeito, constituindo seus trilhamentos. Dito em outras palavras, a primeira experiência de satisfação sendo representada, registrada no universo do simbólico, é logo perdida como natural e passa a ser acessível como signo a ser reencontrado. A partir

disso, o princípio do prazer tende a buscar esse traço de representação para obter satisfação (parcial), o que já está dentro do jogo significante. Dessa forma, a busca por satisfação não é da ordem natural dos instintos, pois ela sofre do encontro com a linguagem, sofre disso que da linguagem fica “à-parte”.

A própria formulação do conceito de pulsão aponta, digamos, para esse desvio que o falante sofre em relação a um suposto comando natural, o que traz implicações para sua relação com o corpo. Sobre isso, cito Castro-Arantes e Lo Bianco: “O investimento pulsional circunscreve zonas erógenas: o que sustenta o corpo, o que faz sua consistência, é o fato de que, ao ser falado, se criam zonas diferenciadas, como se fossem cortadas e recortadas, dando ao corpo uma organização própria.”. Aqui podemos entender o investimento pulsional a partir da situação mãe e bebê, na qual a mãe é tomada como Outro primordial.

A mãe encontra ou não no recém-nascido um corpo a ser agasalhado, alimentado, higienizado, acariciado, amado ou odiado. A cada ponto em que o corpo é ou não tomado, ele é ou não tomado em uma rede de significações constituídas pela palavra. Investindo o corpo com palavras, faz-se dele um corpo pulsional. (Costa-Arantes e Lo Bianco, 2013).

A pulsão tem um caráter histórico, pois se configura em um circuito pulsional que traz a marca dos significantes da história do sujeito. No *Seminário 7*, Lacan (1959-60/2008) indica que “A rememoração, historicização, é coextensiva ao funcionamento da pulsão no que se chama psiquismo humano” (p.251). O que também está articulado com a demanda, pois, segundo Lacan, a demanda é sempre regressiva, ou seja, ela pode ser compreendida como a regressão aos significantes retidos na história do sujeito na sua relação com o Outro.

Outra consequência tirada por Lacan sobre *Das Ding* é seu caráter de objeto impossível e não de objeto proibido. Lacan (1959-60/2008) nos diz que a mãe vem ocupando o lugar da Coisa na teoria psicanalítica, esse “Outro pré-histórico e impossível de esquecer” (p.89). Para ele isto é uma tentativa de abordar as relações do sujeito com algo primordial, o que está no campo de *Das Ding*. Ele nos ilustra como o princípio de realidade, articulado às funções do Super-eu enquanto consciência moral, se expressa nos dez mandamentos. Ou seja, o dito princípio mantém o sujeito à distância da Coisa ao mesmo passo que a indica. A lei primordial, lei do incesto, coloca o objeto materno como proibido, o que faz parte desse rodeio imposto pelo princípio do prazer em torno da Coisa. Porém, como colocado por Lacan

(1959-60/2008), o desejo pela mãe jamais poderia ser satisfeito, pois isso implicaria no fim do que ele chama de *mundo da demanda*, o que estrutura o inconsciente humano.

Os dez mandamentos são interpretáveis como destinados a manter o sujeito à distância de toda realização do incesto, como uma condição, e uma só, que é a de nos darmos conta de que a interdição do incesto não é outra coisa senão a condição para que subsita a fala. (Lacan, 1959-60/2008, p.86-87).

Isto por que esta distância seria justamente a condição da fala. Há um engendramento entre lei e desejo, onde a lei primordial do incesto se articula com o desejo fundamental do incesto. “(...) o desejo está inextrincavelmente vinculado à Lei que institui o simbólico, ainda que para esta Lei indique, mais do que uma proibição, a presença da impossibilidade.” (Rinaldi, 1996, p.69). Dessa maneira, a mãe como encarnação da Coisa, enquanto o bem que o sujeito pode desejar, é impossível¹¹. Nesse sentido que Lacan afirma que não há então bem supremo que possa dar conta das demandas do sujeito. A moral, isto que é representado aqui pelos dez mandamentos, tenta encobrir a impossibilidade, mas de alguma forma isso expõe o Real. Isso indica, segundo Lacan, que não há objeto que seja um Bem supremo, nem a mãe o é, destituindo qualquer possibilidade de um objeto ocupar esse lugar.

A noção de pulsão de morte, trabalhada por Freud (1920/2010) em seu artigo “Além do princípio do prazer”, tem relação com o retorno, com a compulsão a repetição. Como Rinaldi (1996) aponta, a pulsão de morte, enquanto contraponto a pulsão de Eros, aparece como potência de disjunção dos laços. Podemos entender esta disjunção de laços como dissolução dos sentidos dados a partir da articulação significativa. Jorge (2010) destaca que “na pulsão de morte, além da dimensão de vontade de destruição que lhe é inerente e que põe em causa tudo o que existe, há também outra dimensão, a vontade de recomeço: ‘vontade de criação a partir de nada, vontade de recomeçar’.” (p.131). Dessa forma, a pulsão de morte enquanto potência de destruição também pode ser entendida a partir do registro simbólico como aquilo que não se inscreve, por isso seu caráter silencioso e insistente, mas que também pode ser tomado como uma potência criacionista. “Vontade de recomeçar”, uma noção que

¹¹ Sobre o impossível, consideramos o que Lacan (1964/2008) nos propõe: “(...) e o impossível não é forçosamente o contrário do possível, ou bem ainda, porque o oposto do possível é seguramente o real, seremos levados a definir o real como impossível.” (p.165).

pode nos ser cara para refletir a respeito das situações vividas no hospital quando o sujeito se vê sem saídas. Assim, conseguimos chegar à uma articulação de *das Ding*, a Coisa, e a pulsão de morte. A respeito disso Rinaldi (1996) assinala que a noção de pulsão de morte “indica o ‘mais além do princípio do prazer’, onde o homem se depara com a inexistência da Coisa, o que o obriga a retornar.” (p.90). Na tentativa de simbolizar, representar, há a imposição de um limite que é interior e exterior ao mesmo tempo, esse furo núcleo do real, essa falta que atrai que é *Das Ding*. Como apontou Jorge (2010), a pulsão de morte pede pela Coisa. Na impossibilidade de tudo representar, limite colocado pelas próprias leis da fala, há um fracasso que impele o retorno, a repetição, o que é da ordem da pulsão de morte. Como dito anteriormente, não há um objeto que garanta esse Bem Supremo.

Considerando o desenvolvimento da noção de *Das Ding*, podemos agora dar um passo a mais para aprofundar qual é sua relação com a ética da psicanálise e tentar extrair disso implicações clínicas. Na parte final do *Seminário 7*, Lacan(1959-60/2008) afirma que o sujeito demanda felicidade, inclusive na análise, e o analista se oferece para receber tal demanda. Lacan aproxima a noção de felicidade com a busca em alcançar o Bem Supremo. Contudo, como ele afirma, a psicanálise deve manter-se afastada da ideia de uma disciplina da felicidade. Isto porque, mesmo que a demanda de felicidade se apresente, a demanda em si faz alusão a algo para além e para aquém de si mesma. Não podemos esquecer que a demanda também é inconsciente¹², logo, a demanda é sempre demanda de outra coisa, ela não se apresenta de maneira clara e unívoca com seu enunciado. Nesse intervalo, digamos, no aquém e para além da demanda, é que a satisfação buscada se estende de tal forma que, em toda satisfação da necessidade, a demanda exige outra coisa. Lacan indica que o desejo é como o que suporta essa metonímia, esse deslize entre significantes.

Eis o que convém lembrar no momento em que o analista se encontra em posição de responder a quem lhe demanda a felicidade. A questão do Bem Supremo se coloca ancestralmente para o homem, mas ele, o analista, sabe que essa questão é uma questão fechada. Não somente o que se lhe demanda, o Bem Supremo, é claro que ele não o tem, como sabe que não existe. Ter levado uma análise a seu termo nada mais é do que ter encontrado esse limite onde toda a problemática do desejo se coloca. Que essa problemática seja

¹² Sobre o assunto, cito Lacan (1959-60/2008): “(...) demanda do doente à qual nossa resposta confere uma significação exata – uma resposta da qual devemos conservar a mais severa disciplina para não deixar adular o sentido, em suma profundamente inconsciente, dessa demanda.” (p. 12).

central para todo acesso a uma realização qualquer de si mesmo, é a novidade da análise. (Lacan, 1959-60/2008, p.351).

Consideramos, a partir disso, que estar atravessado pela psicanálise e orientado por sua ética implica o analista reconhecer a demanda de felicidade dirigida a ele, porém advertido que não deve respondê-la. E mais, que não tem como respondê-la em determinada medida. Não apenas por se dar conta, o analista, de que isso o colocaria em uma posição moralizante perante o sujeito, como também porque há um limite estrutural nesse ponto. Não há como garantir a felicidade para o sujeito. Como Freud (1930 [1929] /1996) indicou em *O mal-estar na civilização*, não há fórmulas e nem garantias para a felicidade, sobre isso cada um terá que encontrar um caminho.

Lacan (1959-60/2008) indica que a via de satisfação da pulsão exige que o sujeito pague, digamos, com o recalque. Freud (1930 [1929] /1996) já havia abordado isso de outra maneira em “O mal-estar na civilização” ao desdobrar os caminhos e obstáculos para o encontro da felicidade. Um dos obstáculos que Freud destaca são as próprias exigências civilizatórias, que podemos entender como as exigências nos impostas socialmente. Isso implica ao sujeito que recalque parte de seus anseios para, digamos, poder adentrar o jogo das relações humanas. A razão da submissão a tais exigências é a própria condição de desamparo humano que marca as relações do sujeito com o outro, como vimos anteriormente. Contudo, Lacan (1959-60/2008) vai retomar o conceito de sublimação como aposta da “única coisa que faz alusão a uma possibilidade feliz de satisfação da tendência” (p.343) indicada por Freud.

Segundo Freud (1914b /2010) em “Introdução do narcisismo”, a sublimação seria um processo onde a pulsão muda sua meta para uma distinta da sexual e sem que isso ocasione o recalque. Lacan (1959-60/2008) vai torcer essa definição dando ênfase à própria noção de mudança aí implícita ou de deslocamento, se preferirmos. Como dito antes, os dez mandamentos, enquanto ilustração de uma lei moral, reduzem o objeto impossível, o que é da ordem do vazio da Coisa, a um objeto proibido. Coutinho Jorge (2008) sublinha a diferença do recalque e a da sublimação, possíveis e opostas vicissitudes da pulsão, onde no recalque “o sujeito lida com o impossível rebaixando-o ao nível do proibido” (p.154) e pela via da sublimação “acha-se evidenciado o impossível em jogo na satisfação pulsional” (p.154). Lacan (1959-60/2008) destaca que devemos nos atentar na sublimação não para o novo

objeto, mas para a própria mudança de objeto em si. Na sublimação é a mudança de objeto que está em evidência, ou seja, algo que pode apontar para o próprio movimento desejante. Não se trata do objeto e seus atributos, pois como vimos não há um objeto que dê conta de uma satisfação total. Trata-se sim da possibilidade de mudança que já é efeito da marca da articulação significativa.

Na definição da sublimação como satisfação sem recalque há, implícito ou explícito, passagem do não-saber ao saber, reconhecimento disto, que o desejo nada mais é do que a metonímia do discurso da demanda. É a mudança como tal. Insisto - essa relação propriamente metonímica de um significante ao outro que chamamos de desejo não é o novo objeto, nem o objeto anterior, é a própria mudança de objeto em si. (Lacan, 2008 [1959 – 1960], p.344)

De certa forma, a sublimação seria o que, considerando algo dessa falta estrutural, do impossível ligado ao que é do pulsional, permite o deslocamento que é próprio do desejo. Isto porque o vazio da Coisa consegue operar de outro lugar, nos parece, esvaziando os objetos de seus atributos e produzindo efeitos na própria demanda formulada pelo sujeito. Contudo, queremos pontuar aqui que a relação do sujeito com o objeto também comporta um caráter de fixidez, o que Freud (1917 [1915] /2010) tão bem abordou ao falar do trabalho de luto. Ou seja, não é fácil para o sujeito abandonar seus objetos, ao mesmo tempo em que a mudança de objeto em si está intimamente ligada com o próprio movimento desejante. Lidar com as perdas contingenciais da vida, quando se trata da perda de um objeto valioso para o sujeito, por exemplo, sua saúde, pode convocar o sujeito a fazer luto por aquele objeto, o que leva tempo e trabalho.

Freud (1917 [1915] /2010) em “Luto e Melancolia” não chega a uma conclusão sobre como o luto se realiza em termos econômicos, mas aponta uma hipótese. O sujeito, diante do penoso trabalho do luto, verifica traço a traço, através do exame de realidade, que o objeto não mais existe. Assim, o Eu se convence a não seguir o mesmo destino do objeto e rompe com esse vínculo para preservar seu narcisismo. O Eu, como um precipitado de identificações, nos coloca através da sua própria formação, a dimensão do luto na medida em que, para poder efetuar a perda do objeto, o sujeito identifica-se ou incorpora algum traço do objeto como seu. Freud não cansa de nos lembrar durante esse artigo como o trabalho de luto

é algo lento e gradual, acontece passo a passo com o desligamento desses traços investidos no objeto.

A resposta rápida e fácil seria que a ‘representação inconsciente (da coisa) do objeto é abandonada pela libido’.

Mas na realidade a representação é constituída de inúmeras impressões singulares (traços inconscientes delas) e a execução dessa retirada de libido não pode ser um evento momentâneo, e sim, como no luto, um processo demorado, de lento progresso. (Freud, 1917 [1915] /2010, p. 190).

E mais adiante, Freud (1917 [1915] /2010) afirma que se o objeto não tem uma significação para o sujeito, ou seja, o objeto não é um emaranhado de traços de investimento conectados por “mil nexos, então sua perda não é capaz de produzir luto ou melancolia.” (p. 191). Isso pode nos confundir quando pensamos numa perda que acontece no próprio Eu. Entretanto, quando pensamos no Eu em sua dimensão de objetividade, consideramos que uma perda no Eu também pode desencadear o mesmo processo descrito por Freud em relação ao luto. Processo no qual uma instância crítica como o Super-eu pode tomar o Eu como um culpado ou como vítima desta perda, por exemplo. Podemos encontrar ressonância disso nas situações em que o sujeito ao descobrir-se doente, perdendo e constituindo um antigo Eu saudável, passa a se sentir culpado de alguma forma por aquilo ter sido perdido. Isto pode ser interpretado nas perguntas como “por que isso está acontecendo comigo?” ou, por exemplo, na inconformidade com a situação que a doença impõe. Às vezes o sujeito pode colar-se a um Eu que já não pode ser o que considera que é. A preciosa unidade do Eu se vê ameaçada e o trabalho de luto poderia vir aí como um desinvestimento de traços identificatórios que a constituem.

Dessa forma, a articulação entre o que nos apontou a ética da psicanálise e o luto, é que o luto, como perda de um objeto valioso para o sujeito, dramatiza uma falta, um buraco que é de estrutura.

O luto constitutivo da estrutura do desejo não dispensa o sujeito do trabalho de luto ao longo da vida. Justamente porque o luto fundamenta a estrutura do desejo, um novo luto é convocado sempre que a perda se interpõe e, quando não é atravessado, os caminhos do desejo se obstruem, o que significa dizer que são duas ordens de luto, mas estrutura e experiência são dimensões articuladas. (CASTILHO e BASTOS, 2013).

As perdas colocadas pelo adoecer podem ou não abrir para um trabalho de luto, o que enceta, na verdade, um trabalho para que se possa efetivamente perder. Ou seja, a perda pode implicar que o objeto recupere sua dimensão esvaziada de Coisa, sua falta enquanto tal, e não seu preenchimento em um suposto lugar de um Bem. O trabalho de luto, como retirada da libido do objeto, recoloca a dimensão do vazio em que o desejo do sujeito está sustentado. Devemos lembrar que o trabalho de luto não é algo necessário ou obrigatório devido ao caráter de fixação no qual o sujeito se liga aos objetos. Contudo, se houver trabalho de luto, isso recoloca a dimensão de uma perda mítica original do objeto que funda, como vimos, o objeto como faltoso. Assim, o trabalho de luto pode consistir em recuperar uma dimensão de vacuidade que os objetos recobriam, deixando cair seus atributos. Cito Cruglak: “Enquanto os objetos despojados de seus atributos caem, recupera-se o vazio que opera desde o centro do real do buraco.” No caso do adoecer, poderíamos dizer que o trabalho de luto teria relação com o sujeito recuperar a dimensão de vacuidade própria do Eu enquanto objeto também investido libidinalmente.

Guyomard (1996) aponta a distinção que Lacan faz entre desejo, demanda e necessidade, onde as necessidades submetidas à linguagem aparecem na forma de demanda. O que resta dessa operação, ou seja, aquilo que é da ordem do impossível de dizer, remete a castração. Uma “falta que remete a uma perda fundamental a partir da linguagem”, produzindo “sob a forma de resto, de alienação da necessidade na demanda linguageira, [o que] Lacan dá o nome de desejo” (Guyomard, 1996, p.16). Dessa forma, podemos entrever a articulação entre castração e desejo, onde a castração funda o desejo. Castração aqui entendida como aquilo que o sujeito perde para entrar no mundo da linguagem, como também aquilo que está relacionado à sua condição humana de desamparo e finitude anunciada pelo corpo.

Ou seja, o complexo de castração é o que explica a maneira do sujeito se haver com impasses intransponíveis em sua vida. Desde que nasce e se encontra com os constrangimentos dados pelo corpo será instado a tomar uma posição pela qual será responsável. Aqui, mais uma vez, vemos que se trata no humano de uma montagem e não de algo prévio, da ordem do biológico (...). (Castro-Arantes e Lo Bianco, 2013)

Lacan (1959-60/2008) coloca que “a função do desejo deve permanecer numa relação fundamental com a morte” (p.356). Não se trata de uma morte biológica, mas uma morte

simbólica. “A Lei constitutiva do desejo é, portanto, a Lei da castração, inscrita na fala, e não a proibição tal como se apresenta no mito do Édipo.” (Rinaldi, 1996, p.81). A castração, então, não trata da proibição de um objeto através da ameaça, mas sim da própria condição em que o significante coloca e produz o sujeito. Consideramos que a dimensão de morte que Lacan aborda tem relação com o sujeito dar-se conta de sua finitude através disso também estar colocado no campo da linguagem. Queremos dizer que é pelo sujeito perceber que pode faltar à própria cadeia significante que o constitui, digamos, que isso de alguma forma também dá a ele a relação com sua própria morte. É só na medida de um Eu que se inscreve em uma linha de ficção, que este mesmo Eu percebe que pode vir a faltar.

A ética da psicanálise, assim, está relacionada com *Das Ding*, este objeto impossível e da ordem de uma falta estrutural, no qual sua presença ausente impõe ao sujeito rodeá-lo, mas sem nunca alcançá-lo. Esse rodeio é próprio da metonímia significante, ou seja, do desejo que essa falta estrutural movimenta. “Os desejos fundamentais, anseios de morte e de incesto, nunca o serão [satisfeitos], a não ser na fantasia, e não se trata de ser de outra maneira. Por isso, essa satisfação do desejo só pode realizar-se numa ordem: a da linguagem.” (Guyomard, 1996, p.15). Assim sendo, a ética da psicanálise enquanto uma ética voltada para o desejo é aquela que comporta uma falta fundamental, visto que não há objeto que responda ao desejo enquanto um bem supremo. Além disso, é uma ética que, guiando-se pelo desejo e entendendo que o desejo pode realizar-se apenas na ordem da linguagem, é uma ética do Bem-dizer.

A ética da psicanálise está mais além, pois, como afirma, garantir que o sujeito possa encontrar seu bem é uma espécie de trapaça. A ética psicanalítica é uma ética da castração, uma vez que não há nenhum bem, pois a Coisa não há. Levar uma análise a seu término é se defrontar com esse limite, onde todo desejo tem seu início. (Rinaldi, 1996, p.71)

A oferta de uma escuta pode ser encarada como um convite ao sujeito a singularizar uma experiência pelo campo da fala, pois é por este que a falha, o equívoco, pode se apresentar dando abertura ao trabalho. Diante da radicalidade da experiência de adoecer, o sujeito pode ser confrontado por uma perda que tomamos neste trabalho como uma perda no Eu, como um abalo nas coordenadas em que o Eu se identifica, se reconhece. O analista aposta que nem tudo está reduzido ao Eu. O adoecer pode recolocar para o sujeito a dimensão

daquilo que escapa ao sentido, ou pelo menos, ao sentido previamente colocado por ele para se orientar na sua vida. O convite a falar é um convite para que o sujeito possa aí constituir uma perda e não ficar colado, identificado, ao que se perdeu. Se o sujeito fica colado a um traço que o identificava e que foi perdido, ele pode obstaculizar o movimento que é próprio do desejo. Tomando o Eu também em sua dimensão de objetividade, podemos dizer que ele também comporta em si uma vacuidade característica do objeto para a psicanálise. Isso remete à ética da psicanálise enquanto uma ética que leva em conta uma falta estrutural que o sujeito busca contornar, não havendo um objeto ou bem supremo que possa completá-la ou preenchê-la, digamos. Diante da dimensão de real com que o adoecer pode confrontar o sujeito, o convite a falar é no sentido dele poder simbolizar, dele poder inventar uma saída singular diante disso que aparece como ruptura, como descontinuidade, como inassimilável no adoecer.

Além disso, Lacan (1959-60/2008) aponta para uma ética que é destituída da possibilidade de ideal. O analista não opera desse lugar. A medida de ação do analista deve estar dissociada da sua pessoa, seu sistema de mundo não serve como medida na análise. A ética da psicanálise é uma ética do desejo, na medida que na via do desejo resta algo não reduzível à via dos bens. Seguindo a via do desejo, Lacan indica que há sempre algo que o Outro não poderá garantir, não haverá um encontro totalmente harmonizável. Logo, aquele atravessado pela psicanálise também não deve se colocar em uma posição garantidora de algo, nem ao menos de garantir uma palavra de conforto.

Considerações finais

Gostaríamos de relembrar o que afirma Lacan (1964/2008) a respeito do campo que Freud inaugurou. O saber transmitido por Freud abriu um campo que suporta interrogações que até hoje não foram esgotadas. Campo este que permanece em aberto a depender também daqueles que praticam a psicanálise. Talvez sejam pontos valiosos no legado deixado por Freud os seus fios soltos, que, antes de pensarmos sobre eles no sentido de corrigi-los ou de tapar seus buracos, nos deixam brechas para trabalhar sobre eles. No momento de concluir este trabalho, podemos dizer que não esgotamos tudo o que seria possível dizer sobre o que nos propomos e nem que o caminho percorrido era o único possível para tal. Chegamos até aqui com alguns fios que abrem para novas interrogações. Entretanto, também é o momento de refazer o caminho percorrido a fim de podermos recolher onde avançamos desde o ponto inicial deste trabalho. Durante a pesquisa, a própria questão inicial – o que uma psicóloga orientada pela psicanálise pode fazer em um hospital geral? – foi sendo elaborada, lapidada. A questão agora está mais próxima não do que é possível fazer, mas com o que é possível fazer, ancorando-se onde. Isto porque, mesmo mantendo uma abertura para troca com outros campos de saber, consideramos que estar com a psicanálise no hospital requer certa rigidez teórica, pois facilmente este que escuta pode confundir-se sobre sua prática ali.

Podemos dizer que alguma confusão já está colocada no espaço hospitalar. Se refletirmos sobre a experiência da residência em um hospital universitário, percebíamos que certos preceitos não se encontravam com o fazer do cotidiano. Notamos isso, por exemplo, ao contrapor os princípios do SUS e até mesmo da Organização Mundial de Saúde com as

práticas sustentadas pelo saber médico. Vamos destacar a máxima que afirma que saúde não é ausência de doença, mas um estado bem-estar físico, psíquico, social, ou seja, que envolve outras dimensões do sujeito para além do interesse pela doença. No entanto, na prática, nos deparávamos com situações em que isto era de alguma forma deixado em segundo plano, por exemplo, quando a equipe médica deveria decidir pela alta ou permanência do paciente internado. O que era colocado na balança para tomar tais decisões, muitas vezes, se reduzia a aspectos em relação à doença, tanto que nem sempre essa tomada de decisão era compartilhada com o restante da equipe multiprofissional.

Nosso intuito não foi tecer uma crítica ao saber médico, mas entendê-lo a partir de sua formação para nos permitir refletir sobre algumas de suas particularidades, admitindo que ele seja dominante no hospital. Além disso, hoje o saber médico também é legitimado por ter seu selo de científico, o que o confere autoridade e o coloca em face de novos problemas, como apontou Lacan (1966/2001). Foucault (1963/1977) no livro *O Nascimento da Clínica* trata de determinar em quais condições foi possível que a experiência médica se desse. Ele aponta que no século XIX o olhar passa a ser fonte de saber e a medicina vai desenvolver uma nova forma de descrever e classificar as doenças a partir da descrição do que era visível. A doença é tomada como uma entidade a ser a procurada no doente, ela tem seu curso e desenvolvimento próprio. Nessa configuração, Foucault afirma que quem deseja conhecer a doença deve subtrair dela o indivíduo e suas qualidades singulares. Estas qualidades podem até aparecer, porém como secundárias ou até como perturbadoras na investigação sobre a doença. Cito Foucault (1963/1977): “O paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura medica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses.” (p. 7). Como o autor afirma, isso não vale apenas para o doente, mas igualmente para o médico, este também deve manter-se estritamente submetido à ordenação ideal da nosologia, pois é a partir dela que é possível propor um tratamento. O olhar do médico não se dirige tanto ao corpo concreto que ele deve examinar, mas o que nesse corpo pode ser tomado como signo de alguma doença. Nesse sentido que Foucault apontou que a medicina passou a se interessar menos pelo o que paciente fala sobre sua doença, o que ele chama de sintoma falante, e mais sobre o que desse relato anexados a um raios-X do corpo podem dar sinais anatomo-clínicos que se traduzem em alguma doença.

A respeito do saber médico, também queremos destacar algumas observações feitas a partir de Clavreul (1978/1983). O autor aponta que o saber médico e sua prática encontram-se sobre um terreno onde certos valores, digamos, já estão dados. Ou seja, queremos dizer que o saber médico acredita-se ou por vezes nem se coloca a questão de estar alinhado à demanda do doente. O objetivo do saber médico é retirar a doença do doente para reintroduzir o doente a seu estado de saúde. Isto contando com o um arsenal tecnológico a seu dispor. Segundo Clavreul, haveria, por trás da ação médica, uma crença de que se estaria fazendo o bem para o doente ao tentar eliminar sua doença.

Trazendo estas dimensões para o cotidiano no hospital, percebíamos um olhar técnico e protocolar que atravessava o trabalho e ao lado uma direção de estar fazendo o melhor para o paciente. Foucault (1963/1977) aponta que a doença, na medicina moderna, passa a ser entendida como uma forma patológica de vida. Dessa maneira, podemos dizer que a busca pela eliminação da doença, ou pela cura, não está em questão para o saber médico. Contudo, notávamos que no momento em que algo escapava desse funcionamento, se assim podemos chamar, a psicologia era chamada a intervir.

Onde ancorar-se com a psicanálise quando convocada nesse campo? Neste caminho, a noção de transferência mostrou-se necessária para delimitar uma posição daquele orientado pela psicanálise distinta das outras posições encontradas no hospital. Também nesse sentido que este trabalho apontou para uma pergunta para além da técnica ou do protocolo, uma pergunta pela ética.

A noção de transferência foi pensada por Freud (1912/2010) diante do que ele encontrou na clínica. Ele observou que algo do sujeito, algo da maneira como o sujeito se relaciona com o outro, se atualizava na relação com o médico. A transferência traz a dimensão da repetição para dentro do *setting* analítico, digamos. Assim, o sujeito, pela transferência, atualizava na análise algo da sua estruturação inconsciente. Ou seja, a transferência é o que possibilita a análise na medida em que presentifica a estrutura do sujeito endereçando algo ao analista. Como vimos, o aspecto da repetição na transferência indica que ela se faz a partir dos circuitos pulsionais de um sujeito, dessa forma ela é uma via de acesso à sua determinação inconsciente. Considerar a transferência no hospital, então, pode ser entendido como levar em conta o campo do sujeito nisso que ele aparece de singular, pois diz

respeito a sua história e da sua relação com seus objetos. Dessa forma, podemos entender a indicação de Freud sobre não recuar frente à transferência, por mais que esta possa funcionar a serviço da resistência e até mesmo por isso, como uma aposta no sujeito.

Já a maneira como a transferência se apresenta é pela demanda. É sob esse aspecto que podemos perceber que a transferência se presta a resistência. Como Freud (1915a /2010) apontou ao falar sobre o amor de transferência na análise, a solicitação de amor ao analista funciona como resistência ao próprio tratamento, posto que desvia as questões do sujeito para a figura do analista e sua correspondência ou não ao amor solicitado. Freud, sobre o manejo da transferência, ou seja, sobre como o analista deve trabalhar com a demanda, indica que uma análise deve ocorrer na privação, na privação dessa demanda de amor, por exemplo. Lacan (1958/1998) afirma que a demanda em si refere-se à demanda de uma presença ou de uma ausência. No que o sujeito entra no jogo significativo, o que podia ser entendido como natural ou uma necessidade humana, sofrerá o corte significativo, sendo traduzido como demanda e perdendo, assim, essa suposta essência natural. Como dito, na transferência algo da história do sujeito se atualiza. Portanto, podemos dizer que na transferência os significantes da demanda se recolocam. Estes significantes que são para o sujeito índices de alguma presença ou ausência reaparecem na demanda dirigida ao analista através da instalação da transferência. Dessa forma, o analista não deve responder a demanda que acaba sendo produzida na transferência. O analista aposta que, ao não responder a demanda, os significantes retidos na história do sujeito podem reaparecer.

Lacan (1958a [1961] /1998) aponta que o analista se empresta como suporte do fenômeno transferencial. Isso indica que o analista deve escutar o sujeito a partir do lugar transferencial a qual ele foi colocado. Mais ainda, talvez não seja possível ser de outro lugar, já que a intervenção do analista sofrerá o desdobramento colocado pela transferência. Em relação ao manejo da transferência, Lacan afirma que o analista não pode furta-se desse lugar, pelo contrário, apenas desse lugar que a interpretação pode recuperar seu peso, ou seja, operar algo pela palavra e não ser reduzida a mera sugestão. Isso não quer dizer que o analista deva se valer do lugar dado pela transferência, ou melhor, não deve identificar-se com ele. Quando Lacan (1958a [1961]/1998) aponta que o analista deve estar mais preocupado com sua falta-a-ser do que com ser, podemos entender no sentido de indicar que ele é revestido pela

transferência, mas é nesse mesmo ponto que ele deve faltar, ou, podemos dizer, não deve identificar-se com esse lugar. O analista em si também não é possuidor disso que dará conta de responder à demanda do sujeito.

Esta dimensão nos encaminha para o aspecto do saber que destacamos com relação à transferência. Cito Lacan (1964/2008): “Desde que haja em algum lugar o sujeito suposto saber (...) há transferência.” (p. 226). Lacan assinala que para a transferência se instalar é preciso que haja a suposição por parte do sujeito de que o outro sabe algo. Essa dimensão da transferência é um fio solto deste trabalho e nos indica ainda um longo caminho a percorrer. Entretanto, em relação às problemáticas que levantamos do lugar de psicóloga no hospital, percebemos a relevância que é tentar nos aproximarmos desse ponto, pois ele indica algo da posição do analista que toca diretamente na dimensão ética. Por trás da demanda que se formula, ou por trás da transferência que se coloca, Lacan (1964/2008) aponta que há o desejo, cito: “Por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é a afirmação do laço do desejo do analista com o desejo do paciente.” (p.240). Mas nem tudo nessa articulação faz cola ou fecha-se em si mesmo, algo permanece como falta justamente no que algo do desejo do Outro permanece como inacessível, enigmático, como vimos a partir de *das Ding*. Isso pode indicar qual deveria ser a posição do analista frente ao que a transferência estabelece, ou melhor, qual seria a função do desejo do analista. Lacan formula que este desejo – desejo do analista – só é articulável pela relação do desejo ao desejo. O analista não deve identificar-se com o lugar no qual o paciente o coloca. Desejo ao desejo aponta para algo onde a falta possa circular, já que pode ser lido como desejo de provocar o desejo e não desejo fechado em um objeto. Desejo de desejo. Podemos contrapor esta relação à relação que o amor estabelece, na qual o sujeito, acreditando que o outro pode completá-lo, garante poder continuar a desconhecer aquilo que lhe falta (Lacan, 1964/2008). Dessa forma, apreendemos, de partida, que o analista, na transferência, ocupa o lugar de suposto saber, advertido que não possui o saber sobre o paciente. Não responder a demanda de saber é também não responder a demanda de amor, pois essa resposta pode estancar o movimento desejante.

A ética da psicanálise também é importante para compreendermos do que se trata o lugar do analista frente à transferência, logo, frente à demanda que lhe é dirigida. No hospital, como apontado, há um domínio do discurso médico e científico. A partir do que foi visto em

relação isso, podemos aproximar estes discursos do que Freud (1933 [1932]/ 1996) formula sobre uma *Weltanschauung*. Há tudo o que o saber médico domina, por exemplo, um saber sobre as doenças, entretanto, há algo que fica fora desse campo do qual o saber médico não quer saber. Quando algo do sujeito denuncia isto, ou seja, quando coloca em xeque o saber médico ou os protocolos e condutas dele derivados, nesse ponto a psicologia é chamada.

Nosso intuito foi apontar para uma base em comum, digamos, na construção de uma *Weltanschauung* e na constituição do Eu. Há algo em comum nestas funções que trata de fixar para o sujeito um certo lugar no mundo. O Eu enquanto máquina de produzir sentido trata de funcionar para o sujeito concedendo a ele uma identidade com a qual ele se localiza no mundo, se localiza em uma possível linha biográfica, inscrevendo-se em certa linha de ficção, isto ao menos para o neurótico. Nossa hipótese é que o adoecer pode trazer algo de uma ruptura nessa continuidade, pode abalar a estrutura do Eu na qual o sujeito de alguma forma está amarrado, podendo haver uma perda sentida no próprio Eu. Diante das situações radicais que somos confrontados no hospital, nem tudo é abarcado pelo saber médico, ou seja, mesmo com todas as explicações que ele oferece, algo pode permanecer para o sujeito como enigmático. O sujeito tem de se virar com as informações dadas pelo saber médico e com todas as mudanças que o adoecer implica. Na notícia de um diagnóstico, por mais explanado que possa ser pelo médico, algo pode permanecer como pergunta para o sujeito, por exemplo, “por que comigo?”. Como escutar uma pergunta dessas? Apostamos que *Das Ding* se presentifica na transferência. O discurso médico tenta resolver, mas descarta aquilo que escapa desse campo, tenta tamponar o que fica fora daquilo que não é solucionável. Pensar em *das Ding* relacionado ao manejo da transferência no hospital e à ética da psicanálise, pode nos indicar que o analista deva suportar que uma pergunta permaneça como pergunta, suportar uma falta, uma falta de resposta, uma falta de solução ideal, por exemplo, para que o sujeito possa inventar para si uma saída singular diante do que a experiência de adoecer o convoca.

Das Ding enquanto um núcleo intraduzível será um componente essencial que impõe ao sujeito o movimento de tentar significá-lo. De certa forma é o que enceta o sujeito no mundo falante, desejante. A ética da psicanálise indica uma direção para o analista, porém não se trata de uma direção prescritiva. Diz respeito a uma direção para que o analista se encontre advertido de que não há um bem a ser feito para o sujeito ou um bem a atingir e nem que ele

ocupa um lugar de benevolência, pois no horizonte não há um objeto absoluto do desejo. Basta lembrar do que diz Freud em *O Mal-estar na Civilização* (1930 [1929]/ 1996), não há nada que garanta a felicidade, nem no microcosmo, nem no macrocosmo, sobre isto, cada um terá que inventar sua maneira.

A satisfação absoluta do desejo está na ordem do impossível. O que constitui o inconsciente e o movimento desejanste tem como partida uma falta. O analista deve considerar a ética da psicanálise para tomar sua posição frente ao fenômeno da transferência e as demandas daí decorrentes. O desejo do analista, como função essencial para que ocorra a análise, tem relação com o que a falta articula na medida em que o que desejo do analista funciona para provocar o desejo no analisando, fazê-lo surgir, e não tentar satisfazê-lo ocupando uma posição que obstaculize o movimento desejanste do sujeito. Na análise é o sujeito que vai produzir e ter de apreender um saber sobre si, um saber que, como vimos, não é intelectualizado ou consciente, é um saber que tem uma raiz pulsional.

A ética da psicanálise articulada à posição do analista frente à transferência pode, então, nos indicar que para que uma análise ocorra não podemos esquecer a falta como um ponto estrutural que faz operar o movimento desejanste. No hospital pode ser tentador, não só pelo tempo que urge como também pelas situações radicais com que topamos, responder de um lugar de ideal do eu, abafar o sofrimento, optar pela palavra de conforto, responder a demanda apresentada. Não que isso não tenha sua função, inclusive para estabelecer algum laço transferencial e no manejo da angústia. Contudo, isso seria um embuste, visto que o analista não sabe de fato o que está em jogo para o sujeito. No hospital, a experiência de adoecer pode muitas vezes escancarar algo do real, algo que pode romper sentidos sólidos e fixados. Isso pode convocar o sujeito a um trabalho de luto, pois balança com algo da sua estruturação imaginária e da sua rede simbólica. Manter no horizonte uma falta, fazer uma escuta atravessado por isso, tenciona para que algo possa ser perdido para o sujeito, já que o objeto está desde sempre perdido, recolocando o sujeito na via desejanste. A oferta de uma escuta orientada pela psicanálise aposta, dessa forma, que o sujeito possa construir e elaborar através da fala sobre aquilo que a experiência de adoecer pode impor, um caminho singular que se faz a cada vez.

Referências Bibliográficas

ALBERTI, S., SILVA, S.C., CRUZ, JR., SILVA, H.,R. e MEDEIROS, M. A demanda do sujeito no hospital. In: **Cadernos de Psicologia**, Rio de Janeiro, n.1, 1994.

ALBERTI, Sonia. O hospital, o sujeito, a Psicanálie: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. In: **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 143-160, jun. 2008. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 fev. 2019.

BONFIM, Flavia Gaze. Perspectivas sobre o escrito lacaniano: “a significação do falo”. In: **Analytica**, São João del-Rei, vol. 3, n. 5, p.157-182, 2014.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 1, p.54-68, 1997.

CASTILHO, Glória; BASTOS, Angélica. A função constitutiva do luto na estruturação do desejo. In: **Estilos clin.**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 89-106, abr. 2013 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 20 fev. 2019.

CASTRO-ARANTES, Juliana de Miranda e; LO BIANCO, Anna Carolina. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2515-2522, Sept. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900005&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 20 fev. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900005>.

CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico**. Rio de Janeiro: Ed.Brasiliense, (1978) 1983.

COUTO, Mia. **O fio das missangas: contos**. São Paulo: Companhia das Letras, (2004) 2009.

CRUGLAK, Clara. O Objeto e a Coisa no Luto e na Melancolia. In: **Melancolia**, U. T. Ed. (pp. 89-100). São Paulo: Escuta, 1996.

FINK, Bruce. **O Sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (1995) 1998.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, (1963) 1977.

FREUD, Sigmund. Estudos sobre a Histeria. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud volume II**. Rio de Janeiro: Imago, (1893) 1996.

FREUD, Sigmund. Projeto para uma Psicologia Científica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud volume I**. Rio de Janeiro: Imago, (1950 [1895]) 1996.

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos**. Rio de Janeiro: Imago Ed., (1900) 2001.

FREUD, Sigmund. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud volume VII**. Rio de Janeiro: Imago, (1905) 1996.

FREUD, Sigmund. A dinâmica da transferência. In: **Obras Completas volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, (1912) 2010.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar. In: **Obras Completas volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, (1914a) 2010.

FREUD, Sigmund. Introdução ao Narcisismo. In: **Obras Completas volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, (1914b) 2010.

FREUD, Sigmund. Observações sobre o amor de transferência. In: **Obras Completas volume 10**. São Paulo: Companhia das Letras, (1915a) 2010.

FREUD, Sigmund. Os Instintos e seus Destinos. In: **Obras Completas volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, (1915b) 2010.

FREUD, Sigmund. A Repressão. In: **Obras Completas volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, (1915c) 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: **Obras Completas volume 12**. São Paulo: Companhia das Letras, (1917 [1915]) 2010.

FREUD, Sigmund. A Terapia Analítica In: **Obras Completas volume 13**. São Paulo: Companhia das Letras, (1916-1917) 2014.

FREUD, Sigmund. Além do Princípio do Prazer. In: **Obras Completas volume 14**. São Paulo: Companhia das Letras, (1920) 2010.

FREUD, Sigmund. O Eu e o Id. In: **Obras Completas volume 16**. São Paulo: Companhia das Letras, (1923) 2011.

FREUD, Sigmund. Neurose e Psicose. In: **Obras Completas volume 16**. São Paulo: Companhia das Letras, (1924a) 2011.

FREUD, Sigmund. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: **Obras Completas volume 16**. São Paulo: Companhia das Letras, (1924b) 2011.

FREUD, Sigmund. A dissolução do Complexo de Édipo. In: **Obras Completas volume 16**. São Paulo: Companhia das Letras, (1924c) 2011.

FREUD, Sigmund. O Mal-estar na Civilização. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud volume XXI**. Rio de Janeiro: Imago, (1930 [1929]) 1996.

FREUD, Sigmund. A Questão de uma *Weltanschauung*. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud volume XXII**. Rio de Janeiro: Imago, (1933 [1932]) 1996.

GUYOMARD, Patrick. **O gozo do trágico: Antígona, Lacan e o desejo do analista**. Rio de Janeiro: Jorge ZaharEd., (1992) 1996.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, v.1: as bases conceituais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

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

LACAN, Jacques. Intervenção sobre a transferência. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1951 [1952]) 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1953-54) 2009.

LACAN, Jacques. A significação do falo (*Die Bedeutung des Phallus*). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1958) 1998.

LACAN, Jacques. **Hamlet por Lacan**. Campinas: Escuta Editora, (1958-59) 1986.

LACAN, Jacques. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1958a [1961]) 1998.

LACAN, Jacques. Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “Psicanálise e estrutura da personalidade”. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1958b [1961]) 1998.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 7: A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1959-60) 2008.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1964) 2008.

LACAN, Jacques. A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, (1965-66) 1998.

LACAN, Jacques. O lugar da psicanálise na medicina. In: **Opção Lacaniana**. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise n.32, p. 8-14. São Paulo: Eolia, (1966) 2001.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?**. São Paulo: Casa do Psicólogo, (2002) 2013.

QUINET, Antonio. **A Descoberta do Inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (2000) 2008.

RINALDI, Doris. **A Ética da Diferença: Um debate entre psicanálise e antropologia**. Rio de Janeiro: EdUERJ: Jorge Zahar Ed., 1996.