

**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
**Instituto de Psicologia**  
**Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica**  
**Dissertação de Mestrado**

**O lugar do analista em uma instituição de reabilitação**

Camila Portella Lopes

2020

## **O lugar do analista em uma instituição de reabilitação**

Camila Portella Lopes

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 necessários à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Orientador: Amândio Gomes

Coorientador: Fábio Malcher

Rio de Janeiro

Março de 2020

## O lugar do analista em uma instituição de reabilitação

Camila Portella Lopes

Orientador: Amândio Gomes

Coorientador: Fábio Malcher

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 à obtenção do título de Mestre em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

---

Prof. Dr. Amândio Gomes (UFRJ)

---

Prof. Dr. Fábio Malcher (UFRJ)

---

Profa. Dra. Fernanda Costa-Moura (UFRJ)

---

Profa. Dra. Doris Rinaldi (UERJ)

Rio de Janeiro

Março de 2020

Lopes, Camila.

O lugar do analista em uma instituição de reabilitação/Camila Portella Lopes. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, UFRJ, 2020 , 85f.; 31cm  
Orientador: Amandio Gomes. Coorientador: Fábio Malcher.Dissertação (Mestrado) – UFRJ/ Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2020. Referências Bibliográficas: f. 80-. 85.1.  
Psicanálise. 2. Reabilitação. 3. Instituição. 4. Medicina. 5. Discursos. I. Gomes, Amandio. II. Malcher, Fábio. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica. IV. Título.

## **Dedicatória**

Ao meu pai, Sylvio Leuback Lopes,  
cuja vida foi dedicada aos seus  
filhos. A saudade é eterna.

À minha mãe, Ana Conceição  
Portella Lopes, pois sem sua força e  
luta diária, nada disso seria possível.

## Agradecimentos

Ao meu orientador, Amândio Gomes, e coorientador, Fábio Malcher, por terem apostado em mim e pela paciência e compreensão frente aos desafios da conciliação entre o trabalho e o mestrado.

Aos professores das disciplinas cursadas durante o mestrado, pelas enriquecedoras contribuições.

Às professoras Fernanda Costa-Moura e Doris Rinaldi pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

Aos meus colegas de turma do mestrado, pelo companheirismo e trocas constantes durante esses dois anos.

À minha família e amigos, em especial Alessandra Fernandes e Shirley Leite, por todo apoio e carinho. Não posso expressar o tamanho da minha gratidão por ter a amizade de vocês.

Aos meus queridos irmãos: Ricardo Portella, Amanda Lopes e Thiago Lopes, por serem o meu porto seguro.

À Associação Fluminense de Reabilitação, por apostar no meu trabalho e por ser o meu campo de prática e de pesquisa.

Ao meu namorado, Rômulo de Oliveira Morgado, por me incentivar e me apoiar nas minhas escolhas e na minha carreira. Sua parceria e carinho são um presente para mim.

Por fim, mas não menos importante, à Deus, e à toda espiritualidade que me protege e me guia.

## Resumo

O lugar do analista em uma instituição de reabilitação

Camila Portella Lopes

Orientador: Amândio Gomes

Coorientador: Fábio Malcher

Resumo da 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.

O presente trabalho tem como objetivo fazer uma discussão e reflexão acerca do discurso médico e do discurso da psicanálise nas instituições de saúde, mais especificamente, nas instituições de reabilitação. Admitindo a travessia de outros discursos nesses lugares, a escolha em focar nesses dois discursos deriva dos questionamentos e vivências durante o meu percurso como psicóloga em uma dessas instituições. Utilizando como embasamento teórico principal a teoria dos quatro discursos de Lacan, proposta no Seminário XVII, trabalharemos com a aproximação entre o discurso do Mestre e o discurso médico, assim como o discurso do Analista e a psicanálise, a fim de respondermos a questão central da pesquisa sobre o lugar do analista em uma instituição de reabilitação, onde o discurso médico é dominante.

**Palavras-chave:** Discursos; Reabilitação; Instituição; Medicina; Psicanálise.

## **Abstract**

This paper aims to make a discussion and reflection about the medical discourse and the psychoanalysis discourse in health institutions, more specifically, in rehabilitation institutions. Admitting the crossing of other speeches in these places, the choice to focus on these two speeches derives from the questions and experiences during my journey as a psychologist at one of these institutions. Using the theory of Lacan's four speeches as proposed in Seminar XVII as the main theoretical basis, we will work with the approximation between the Master's discourse and the medical discourse, as well as the Analyst's discourse and psychoanalysis, in order to answer the central question of research on the analyst's place in a rehabilitation institution, where medical discourse is dominant.

**Key-words:** Discourse; Rehabilitation; Institution; Medicine; Psychoanalysis

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I: A bomba jogada pela equipe de saúde e o sujeito recolhido pela psicanálise: Questões levantadas a partir de uma vivência em uma instituição de reabilitação.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1: O sujeito na reabilitação.....</b>	<b>21</b>
<b>CAPÍTULO II: O discurso médico e o discurso da psicanálise.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1: Medicina e ciência.....</b>	<b>27</b>
<b>2.2: O lugar da psicanálise na medicina.....</b>	<b>35</b>
<b>2.3: O discurso médico e o discurso da psicanálise.....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO III: O discurso médico e a psicanálise na instituição de reabilitação.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1: A teoria dos discursos de Lacan.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2: Discurso do Mestre e discurso médico.....</b>	<b>60</b>
<b>3.3: O lugar do analista em uma instituição de reabilitação.....</b>	<b>70</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>79</b>

## Introdução

A presente pesquisa partiu de inquietações e questionamentos os quais começaram a ser formados desde a graduação, quando iniciei o meu estágio extracurricular em uma instituição de saúde, mais especificamente em uma instituição de reabilitação física e intelectual. Pela primeira vez em um espaço onde eu poderia ver a prática acontecendo, finalmente articulando com a teoria, o estágio foi onde pude me enlaçar com a clínica psicanalítica.

A instituição em questão é filantrópica, atende usuários através do plano particular, dos planos de saúde, e pelo SUS, seu maior convênio em relação ao número de usuários. O sistema único de saúde envia pacientes de mais de cinquenta municípios para a instituição, que é classificada como nível de atenção terciário, de média e alta complexidade. Atuando, portanto, de acordo com os princípios do SUS, a instituição é formada por uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, tendo o departamento médico como seu “setor chefe”. Isso quer dizer que antes de iniciar o tratamento, o paciente passa por uma avaliação médica e de equipe, na qual o departamento médico pode aprovar ou não sua entrada na instituição. Além do “passe de entrada”, o médico também precisa aprovar a maioria das decisões em relação aos pacientes durante o tratamento.

A psicologia se divide em alguns setores, e utiliza a psicanálise como aporte teórico. Dessa forma, os estagiários de psicologia têm como compromisso estudar, produzir trabalhos e atuar de acordo com a teoria psicanalítica. Como estagiária, permaneci durante dois anos na instituição, atuando em dois setores: na psicologia geral e na neurologia infantil. Meu tempo de estágio gerou o trabalho de conclusão de curso da faculdade, intitulado “psicanálise em instituição de saúde”, pesquisa na qual eu iniciei meus questionamentos sobre a atuação do analista, ou do psicólogo que trabalha com a psicanálise nas instituições de saúde. Após a graduação, retornei no ano de 2017, dessa vez contratada como “psicóloga institucional”. Em um novo setor, atualmente trabalho com uma equipe de fonoaudióloga, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, onde sou a única psicóloga. Juntas, em um trabalho interdisciplinar, realizamos os atendimentos de grupo para a preparação para a alta institucional.

Com esse novo arranjo de trabalho, e frente a novos desafios, a minha questão sobre o lugar do analista em uma instituição de reabilitação amadureceu, e com ela, o desejo de pesquisar e escrever mais sobre esse lugar da psicanálise em uma instituição onde a ordem médica impera sobre as outras. Apoiada primeiramente nas afirmações de Freud acerca de uma possível prática da psicanálise em instituições, como no seu texto “Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica” (1918-1919/1976), no qual escreveu que chegaria um tempo em que seria possível e necessário aplicar a psicanálise a grandes parcelas da população, ressaltando, contudo, a necessidade de adaptar a técnica às novas condições de trabalho, sem modificar os pressupostos; e também nas colocações do autor sobre a análise leiga, texto já publicado em 1926/2017. Nesse texto, Freud insiste no caráter leigo da psicanálise, sendo “leigo”, tudo aquilo que não é médico, ou como nos lembra Gomes e Melo (2017), todo homem que antigamente não era membro do clero, ou da Universidade, como na França durante o século XVII.

O que Freud quis mostrar com esse texto era o fato da psicanálise não se sustentar nem se autorizar por um corpus de saber consolidado, que se adquire num curso superior, nem tampouco se poderia defini-la exatamente como uma terapia. (GOMES E MELO, 2017, p.141) Isto é, a psicanálise não é exclusiva aos médicos, nem é uma prática eminentemente terapêutica. Veremos a importância da fala de Freud durante a pesquisa, usando como suporte a afirmação da psicanálise ser leiga, isto é, comprometida com a laicidade, para trabalharmos a questão sobre o lugar do analista nas instituições. Radicada no universo da ciência, a psicanálise era uma prática que, para o seu criador, não poderia mais sustentar-se no saber médico. E mais do que isso, é essencial para os próximos capítulos situarmos a psicanálise como leiga, na medida em que ela se encontra em oposição às concepções de mundo que garantem dar conta de tudo, de tudo explicar, de superar toda a parcialidade, de garantir enfim a redenção de todo e qualquer mal. (GOMES E MELO, 2017, p.142) Tais concepções vão pertencer ao discurso médico e ao discurso do Mestre, como veremos mais adiante.

Estamos trabalhando com a ideia de que o discurso médico é o discurso hegemônico na instituição de saúde a qual me refiro e uso como base da minha vivência para as questões e exemplos que serão formulados durante a pesquisa. Isso quer dizer que, apesar de ser formada por uma equipe multi e interdisciplinar, a instituição tem no discurso médico, todo o suporte para as suas ações, decisões e moldes para o seu modo

de funcionamento no mundo atual. É por se situar numa época pós o advento da ciência moderna, que a instituição de saúde pode ser o maior lugar de atuação do discurso médico, visto que, anteriormente a isso, a função de cuidar da saúde e de “curar” pertencia aos “doutores da igreja”, num contexto onde todo o conhecimento, saber e verdade partiam da Igreja. Veremos também que esses doutores da igreja se transformaram nos doutores da medicina, ou os “médicos-santos”, como especificou Lacan (1971-1972/2012).

É justamente pensando no discurso médico e na afirmação de Lacan acerca dos médicos-santos, que iremos abordar esse discurso fazendo uma relação deste com o discurso do mestre, descrito por Lacan na teoria dos quatro discursos durante o Seminário XVII. Neste Seminário, o autor afirma que o discurso é um modo de relacionamento social representado por uma estrutura sem palavras, ou seja, modos de uso da linguagem como vínculo social, pois é na estrutura significante que o discurso se funda. Assim, ele funda quatro discursos: do mestre, do analista, da universidade e da histórica. Em se tratando do discurso do mestre, este será o discurso que implica o advento da linguagem, mas que também aprisiona corpos, na medida em que é através desse discurso, que o Ser ganha estofo, isto é, é preenchido por um enchimento excessivo (LACAN, 1971-1972/2012). Este preenchimento é a operação de colocar no lugar do semblante do discurso – andar superior à esquerda – o significante-mestre (S1), como fala Gomes e Melo (2017, p.146).

Seriam esses médicos-santos, os novos doutores, que ocupando o lugar do mestre (*maître*) possuem o conhecimento do corpo do sujeito, enquanto semblante do Ser. O sujeito, enquanto corpo, é submetido aos imperativos da higiene e de saúde (GOMES E MELO, 2017, p.147), o que os torna também submetidos ao saber totalizante, que se organiza em torno de um ideal de progresso infinito. Veremos como Lacan faz a relação entre a palavra “médico”, ou “*médecin*”, e o neologismo “*mede-saint*” (médico-santo), sendo a primeira homófona com a segunda, fazendo assim, ressoar na prática médica a santidade, herdada dos doutores da igreja e seus ideais de “salvação” e de “cura”.

Encontramos, portanto, na fala de Lacan no Seminário XIX, mais especificamente na lição XVI, intitulada “Os corpos agarrados pelo discurso” (original: “*Les corps attrapés par le discours*”) a importante relação entre o discurso médico e o discurso do

mestre, a qual abordaremos de forma mais aprofundada durante o terceiro capítulo. É importante destacar que trataremos da ciência como o discurso no qual a medicina irá se apoiar a partir do advento da modernidade, não articulando diretamente o discurso da ciência ao discurso universitário, como faz Lacan no Seminário XVII. Reconhecemos as diversas articulações que Lacan fez ao longo de seus estudos com os quatro discursos, falando, inclusive sobre o discurso do mestre moderno.

Entretanto, para os fins desta pesquisa, farei um recorte, escolhendo não tratar diretamente do discurso da ciência, nem dos discursos da histórica e da universidade, focando apenas no discurso do mestre e no discurso do analista, para explicitar a relação desses discursos em uma instituição de reabilitação. Em futuras pesquisas, tenho a expectativa de avançar no desdobramento deste trabalho, quando pretendo abordar também os demais discursos.

O recorte para esta pesquisa é pensarmos qual lugar do analista em uma instituição de reabilitação, onde o discurso médico impera, e conseqüentemente, quais seriam as contribuições da psicanálise para quem trabalha ou realiza tratamento nesses espaços. Fazendo um contraponto com o discurso do mestre, utilizaremos o discurso do analista, também proposto por Lacan no Seminário XVII, como referência para a atuação da psicanálise, norteados aqueles que se propõem a trabalhar com a clínica psicanalítica nessas instituições de saúde.

Sabemos que a medicina e a ciência estão em constante avanço, e que a visão médica sobre a saúde e doença mudou muito ao longo dos anos. Atualmente, o modelo utilizado pela medicina é o biopsicossocial, pelo qual visa um plano de cuidado pautado na visão total do sujeito, isto é, admite-se que o corpo e a saúde são influenciados pelo biológico, mas também pelo social e pelo psicológico. Podemos ver esse modelo em todos os instrumentos e documentos relacionados à saúde, porém, na prática, não é bem assim que as coisas acontecem. O sujeito em tratamento em uma instituição de reabilitação segue um plano de tratamento com uma equipe interdisciplinar, composta por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, etc. Todos esses profissionais possuem como referência o discurso médico, o qual impõe um saber próprio sobre o corpo, trabalhando sobre ele para que possa alcançar o “ideal” daquele corpo, o que quer dizer funcional, produtivo.

Dessa forma, o que seria visto como algo constituinte também do sujeito, tudo que diz respeito à subjetividade é vista pela equipe como uma ameaça ao bom andamento do tratamento. O que mais me chama atenção nesse contexto é o choro. É incrível o efeito que as lágrimas possuem sobre uma equipe de saúde, que não se vê preparada para lidar com o sofrimento do sujeito, ainda que ele seja admitido como um ser biopsicossocial. Essa afirmação se dá através da minha vivência como psicóloga em uma equipe interdisciplinar, quando sou convocada para “lidar” com o choro de um paciente. É possível perceber que o choro é o que dispara o nível do “insuportável” para a equipe, que demanda ao psicólogo: “Paciente está chorando, vai conversar com ele.” E assim, se espera que após essa “conversa”, o usuário saia de lá reestabelecido e pronto para continuar com o atendimento motor.

É a partir desse tipo de demanda ao psicólogo que surge a minha questão central para essa pesquisa: Qual é o lugar do analista em uma instituição de saúde, mais especificamente de reabilitação? Quais são as possíveis contribuições e articulações do discurso do analista frente à hegemonia do discurso médico? Sobre esses pontos que iremos tentar avançar no texto, ressaltando que o objetivo não é fazer uma crítica ao discurso médico ou ao discurso do mestre, mas sim, de tratar do furo desses discursos, considerando que o sujeito, como furo, sempre retorna, insiste em aparecer, colocando em questão a atuação médica e das instituições. É pela sua característica de (re) aparecer, que o discurso da psicanálise pode trabalhar com esse sujeito nas instituições de reabilitação.

É através do conceito de foraclusão, exposto por Lacan no seminário 3, intitulado “As Psicoses” de 1955-1956, que falamos em (re) aparecimento do sujeito. De acordo com o autor, aquilo que é foracluído, isto é, é rejeitado do campo simbólico, sempre (re) aparece no real. É nesse sentido que o sujeito, foracluído do campo da ciência (sendo o discurso médico fortemente apoiado no discurso da ciência moderna) (re) aparece, insiste em retornar.

## I

**A BOMBA JOGADA PELA EQUIPE DE SAÚDE E O SUJEITO RECOLHIDO  
PELA PSICANÁLISE: QUESTÕES LEVANTADAS A PARTIR DE UMA  
VIVÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE REABILITAÇÃO**

Lembro-me de quando era criança, que nos reuníamos em grupo para sentarmos no chão e brincar de “quem segura a bomba”. Um jogo simples, que só precisava de um objeto e pessoas sentadas em roda para a diversão começar. Alguém de fora da roda ligava uma música, enquanto os jogadores começavam a “jogar a bomba” um para o outro, até a música parar. Quando a música parava, quem estivesse segurando a bomba, “explodia” e conseqüentemente saía da brincadeira, deixando quem ficasse por último na roda ser o campeão, aquele que não explodia com a bomba. As crianças ficavam excitadas e ansiosas quando tocavam na bomba, querendo passá-la para o próximo o mais rápido possível. Ninguém queria segurar a bomba por muito tempo, pois ela poderia explodir a qualquer momento.

A recordação dessa brincadeira infantil me ajudou a pensar na questão central da presente pesquisa: qual é o lugar do analista e do sujeito em uma instituição de saúde com foco em reabilitação motora e intelectual? Esse tipo de instituição é o palco desta pesquisa, pois foi onde fiz o meu estágio acadêmico e sou contratada como psicóloga institucional atualmente. Orientada pelo discurso médico, esse tipo de instituição tem como objetivo principal a reabilitação dos usuários, isto é, a amenização das sequelas deixadas por alguma patologia ou acidente físico, visando uma maior qualidade de vida e o retorno à vida produtiva.

O próprio significante “reabilitação” já nos deixa pistas de qual é a expectativa sobre o tratamento e sobre o sujeito que procura esse tipo de instituição. No dicionário encontramos “reabilitação” como o ato de reabilitar, uma ação de reabilitar, *reabilitar-ação*. No contexto em que nos propomos a pensar sobre o discurso médico e sua ação sobre o corpo na atualidade, nos interessa fazer a seguinte leitura: *re-habilitar-ação*, ou seja, o ato de tornar o corpo hábil novamente, através de um tratamento realizado por uma equipe multi e interdisciplinar. Portanto, o corpo tratado pela equipe de saúde é um

corpo funcional, produtivo, que interrompeu ou foi impedido de suas atividades por conta de lesões ou sequelas. Se também procurarmos “hábil” no dicionário, veremos que hábil é “ter capacidade”, ser competente, proficiente, ou ágil. A palavra hábil vem do latim *habilis*, que tem sua origem no verbo haver, *habere*. Em que *hab* vem de haver e *il* é possuir uma capacidade, o que forma um vocábulo que representa "ter a capacidade".

No site da secretaria de saúde do estado de Santa Catarina podemos ver o conceito e o objetivo da reabilitação: “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal (física, sensorial, intelectual, psicológica e social) na interação com seu ambiente, fornecendo as ferramentas que necessitam para atingir a independência e a autodeterminação.” Assim, o objetivo principal de uma instituição de reabilitação é proporcionar condições para que esse corpo tenha capacidade de produzir novamente, de ser funcional, sendo o mais independente o possível de terceiros.

Essa independência é importante por ser não só em relação aos familiares, cônjuges ou pessoas próximas, mas também do Estado. Muitas vezes, quando impedidos de trabalhar em razão de alguma patologia ou lesão, o Estado se torna responsável pela renda do trabalhador, seja de forma provisória, com o auxílio-doença, ou definitiva, através da aposentadoria por invalidez. Portanto, quando o corpo não pode ser mais produtivo, ele se torna também “inválido”, entra para a categoria dos “inativos” no mercado de trabalho. Na estrutura econômica e social de um país, quanto mais corpos ativos e produtivos, melhor; o que nos ajuda a compreender os objetivos de uma instituição responsável pelo retorno desse corpo à vida ativa, hábil e produtiva.

A instituição à qual me refiro se denomina filantrópica, multidisciplinar e interdisciplinar de saúde, de “medicina física”, contando com uma grande equipe composta por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, etc. Entende-se esta equipe como multidisciplinar por envolver várias disciplinas e pesquisas de diferentes áreas que se completam para o desenvolvimento de um projeto específico, o de reabilitação; assim como interdisciplinar, por obter objetos de conhecimento e assuntos em comum. Apesar da multidisciplinaridade, a instituição tem o departamento médico como referência, tanto para a equipe, quanto para os usuários, sendo atribuído a esse departamento a aprovação

dos casos que se tornam “aptos” para entrar em tratamento após a avaliação da equipe. Esse fato é importante, pois nos mostra que a multidisciplinaridade quebra o domínio exclusivo do discurso médico, mas não chega a abalar a sua hegemonia. Como bem descreve Rinaldi (2002), o discurso médico é o único discurso que atravessa todos os setores, sustentando a espinha dorsal da instituição, através das equipes clínicas.

Outra característica que nos interessa mencionar é a centralização não só no departamento médico, mas como também nos setores motores, isto é, na fisioterapia e na terapia ocupacional, o que leva a uma divisão de territórios e a uma hierarquia dos especialismos. Por se tratar de uma instituição com o foco na reabilitação motora, de acordo também com os seus principais objetivos, o sistema de saúde brasileiro prioriza essas áreas, considerando as demais como “setores de apoio”, como é o caso da psicologia. Isso influencia não só no processo do tratamento, como também nas tomadas de decisões em equipe. Um exemplo diário é o usuário não poder estar na instituição sendo atendido apenas pelo setor da psicologia, se os demais setores decidirem pela alta institucional, o que acaba subordinando a atuação desse setor frente à fisioterapia e ao departamento médico.

Cada especialidade trabalha de forma setorizada, ou seja, cada um tem o seu setor (localizados como salas fechadas, onde ninguém vê o que se passa do lado de dentro, e vice-versa), onde diz o nome da especialidade na porta, e o paciente entra para realizar as atividades específicas de cada área. Dessa forma, os psicólogos trabalham no setor de Psicologia, ou o de Psicologia Infantil. Apenas dois “setores” trabalham de forma Transdisciplinar, ou seja, equipes com profissionais de diferentes áreas atuando em conjunto, dialogando e cooperando com o trabalho do outro, formando assim uma espécie de organização que tece de forma única e entrelaçada o trabalho visando o mesmo objeto: o paciente, visto como um todo. Eu trabalho em um deles, onde divido o espaço com uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional. Os únicos momentos em que os “setores” se encontram, são nas reuniões de equipe, em que os profissionais discutem casos clínicos, e nos chamados Acompanhamentos de Caso, em que a equipe se reúne com o usuário e seus familiares / acompanhantes.

Nesta instituição de saúde, assim como pude notar, o lugar do analista na equipe se vê marcado como um lugar de “apoio”, no sentido de um lugar secundário, ou seja, é

apoio porque não é primordial, não é o principal, então é contribuinte, um auxílio, uma assistência; ao passo que podemos fazer uma segunda leitura e dizer que o nosso lugar de “apoio” está também como aquele que dá suporte, embasamento, fundamento, sustento. Um sustentáculo à equipe de saúde e aos usuários.

Esse sustento pode ser visto nas reuniões e nos acompanhamentos de caso, assim como nos atendimentos em conjunto que ocorrem no meu setor, no momento em que a figura do analista é demandada para “segurar uma bomba”, a qual ninguém está dando conta, ou que ninguém quer pegar. Assim como na brincadeira infantil, pude perceber que o que se apresenta como um limite no saber das especialidades de saúde, isto é, da equipe, é jogado de um para o outro, até cair no colo do analista. Nos impasses que o sujeito faz ao tratamento médico / de saúde, quando nada mais funciona, ou quando algo do sujeito aparece e causa um impacto, atrapalha a ação da equipe, aí, nessa hora, se dirigem a mim – “A psicologia pode falar melhor sobre isso”. Ou melhor, o analista pode **escutar** (isso). Sobre isso, veremos que o analista é aquele que permite recolher (isso) que (re) aparece no real, por ser foracluído do discurso da ciência. Isto é, a bomba jogada pela equipe de saúde, é tomado pelo analista como sujeito, para o qual é dado um lugar a partir da escuta.

Situações como essas são alguns exemplos que pude constatar com o meu trabalho em que a equipe de saúde se depara com os limites da medicina e sua angústia os levam a me convocar como **psicóloga** da equipe para resolver ou “dizer algo” sobre o que está acontecendo com o paciente. Neste momento chamo atenção para o jogo de palavras que aparece tanto no presente, como nos próximos capítulos: o significante “psicólogo” e o “analista” se alternam na escrita de maneira proposital, visto que o primeiro se refere ao ponto de vista e à fala da equipe de saúde, e o segundo afirma a minha posição como psicóloga que aposta em trabalhar com a clínica psicanalítica na instituição. Veremos que essa troca de significantes não é ao acaso, pois também coloca em questão o que queremos discutir: o lugar do analista em uma equipe de saúde interdisciplinar.

O que comparece como incógnita, ou muitas vezes como impedimento ao tratamento médico e de reabilitação do sujeito é nada mais do que o próprio sujeito dividido. A divisão do sujeito e a própria divisão entre o saber e a verdade em seu sintoma, no que de real ele porta, mantendo-se aí como o irredutível que insiste no sintoma, como a verdade do sujeito, como o lugar onde o sujeito se realiza, no vazio de

sua significação. Onde só reconhecem o órgão ou a parte de seu corpo orgânico, isto é, o corpo morto estudado pela medicina, o sujeito comparece a todo tempo com seu corpo que goza, que contradiz as certezas dos saberes impostos sobre ele. Dando continuação ao que Freud iniciou, a clínica do analista se torna um lugar soberano para escutar, para dar lugar aos fenômenos que não cansam de contradizer os métodos baseados na matematização do objeto, os quais a ciência utiliza.

Outro momento em que o psicólogo é convocado pela equipe é para “dar conta” do sofrimento que aparece, quase como obstáculo ou uma pedra no caminho do tratamento do paciente. É reconhecido como obstáculo por muitas vezes impedir a continuidade ou o bom andamento dos atendimentos em virtude de seu aparecimento embaraçoso. Pautados na lógica da assistência e com a fala que recorrentemente passa pela equipe: “Não sei o que dizer ou o que fazer para ele(ela) se sentir melhor”, é possível perceber um grande embaraço dos profissionais que afirmam também não serem “formados” para “saber o que falar” para os pacientes que, durante um atendimento de fisioterapia, fonoaudiologia ou até mesmo médico, demonstram o desejo de falar sobre o seu sofrimento psíquico ou de chorar.

O choro do paciente, assim como suas histórias e queixas vão de encontro com questões infantis, inconscientes ou dolorosas do profissional que está à sua frente, o qual pode ter dificuldades na sua relação contratransferencial com o paciente, mesmo que não se dê conta disso. Mesmo com uma visão biopsicossocial do ser humano, proposta geralmente pelas equipes interdisciplinares, o sentimento de angústia e de frustração, novamente despertados pelo “não saber” leva a equipe a chamar o psicólogo para que ele possa dar um fim ao sofrimento que, com todo o seu embaraço, impede o bom andamento dos atendimentos: “Isso você pode falar com a psicologia”, ou novamente, “a psicologia pode falar melhor sobre isso”.

Se ainda acrescentarmos o uso indiscriminado da medicalização na saúde mental na contemporaneidade, sendo ainda a primeira sugestão pensada pela equipe frente a um sofrimento psíquico do paciente (“talvez você precise tomar um remédio para isso”), percebemos a grande procura por eliminar, a qualquer preço e no menor tempo possível, o sofrimento psíquico como marca do sujeito, procura que, pautada na medicina e nos ideais capitalistas, gerou um aumento considerável do consumo de ansiolíticos e de antidepressivos nos tempos atuais. Por isso, o sofrimento psíquico também se torna uma

bomba a qual ninguém da equipe de saúde quer segurar, e, portanto, é jogada no colo do analista. O que o psicólogo nessas instituições, pautado no discurso psicanalista faz, é sustentar sua presença justamente através da escuta desse sofrimento, a partir da suposição de que há um sujeito implicado nele, como aponta Rinaldi (2002, p.64).

Podemos brincar também com o significante “suporte”, o qual comparece em meio à equipe de saúde, quando o analista tem uma função de suporte da equipe, como aquele que suporta o não saber, em meio a todos os saberes que se constrói em cima daquele sujeito em uma reunião de equipe. Cada especialista em uma área comparece tendo algo a dizer sobre o sujeito e seu adoecimento, porém, o que acontece quando o que comparece é algo não esperado pela equipe? Um tratamento que não está dando resultado, uma negação do paciente em tomar as condutas que lhe são aconselhadas, até uma resistência para “melhorar”, esses são alguns exemplos do que é possível ver em uma instituição de saúde, os quais geram o sentimento de angústia sobre o não saber na equipe.

Nessa hora, o analista, como o único que não pretende ser mais um especialista sobre o sujeito, sustenta e acolhe a angústia do não saber, reafirmando a importância de dar voz ao sujeito para que ele sim possa dizer (semi-dizer, e não dizer) sobre a sua verdade, que se encontra velada em seu inconsciente. “Quando um discurso como o discurso analítico emerge, o que se propõe a vocês é ter pulso forte para sustentar o complô da verdade.” (Lacan, 1971/1972, p.80)

É nesse lugar de escuta que a psicanálise pode contribuir em uma equipe de saúde. Não como mais um especialista que tem algo a dizer sobre o sujeito, mas como uma aposta de que o sujeito sabe sobre o que lhe causa sofrimento ou sobre o seu desejo, mesmo que ele não saiba que ele sabe. Assim fez Freud quando a histérica lhe interrogou: “O que tenho?”, e o médico respondeu: “Não sei o que você tem, mas aposto que você sabe. Fale sobre isso.” (MALCHER, 2019) De forma brilhante e inédita, Freud estava retratando o discurso do analista, mais tarde descrito por Jacques Lacan em seu Seminário XVII, chamado “O avesso da Psicanálise”.

Podemos então afirmar que, apesar de a equipe jogar a bomba de um para o outro, até cair no colo do analista, este, por sua vez, recolhe o que lhe chega não como uma bomba, mas como o sujeito, a quem dará o seu lugar, como sujeito do inconsciente.

Nesse momento, o analista se retira da roda, e sustenta o não-saber, para que o sujeito possa emergir, e com o seu desejo, o coloca para trabalhar, para falar.

### **1.1: O sujeito na reabilitação**

O termo instituição possui várias designações e, entre elas, alguns significantes nos chamam a atenção, como: "regra", "comunidade de vida", "ação de instituir algo" e "organização social". Para Lambert (2003), esses significantes estão cheios de princípios e sentidos, já enraizados na sociedade e, por isso, quase impossível de não sofrer sua incidência. São significantes que marcam um discurso totalizante, universal, que acabam anulando o sujeito em sua singularidade.

Já a reabilitação tem como principais objetivos a restauração física, motora, psicológica e social, isto é, tornar o corpo hábil e funcional novamente, através principalmente de adaptações. Assim, os significantes mestres que aparecem nas instituições ditas de reabilitação como: "ajustamento", "reconhecimento", "adaptação", "compreensão", "aprendizagem", entre outros. Nesse contexto, Bonfim (2014) ressalta as consequências desses significantes:

A prática médica, assistencial e pedagógica desses centros consolida-se pautada em teorias que sistematizam uma normatização dos corpos e um saber construído através da deficiência. Um saber pronto está sempre em jogo, e essa é a grande armadilha de todo centro de reabilitação, que, pautado no "bem", pode deixar de fora o mais valioso: a singularidade de cada um. (p. 81-82)

Marcado em seu corpo por alguma deficiência ou patologia, o paciente em tratamento fica moldado nesses significantes (diagnósticos ou jargões), os quais funcionarão de modo análogo ao significante-mestre (S1), isto é, atuarão como se fossem S1, dando um ser ao sujeito. Dessa forma, ocorre um adesivamento do significante no significado, o que acaba identificando o sujeito, fazendo-o se reconhecer apenas nestes significantes. Veremos no terceiro capítulo através do discurso do Mestre, que o S1 (significante-mestre) é aquele que faz com que o sujeito entre na linguagem. Podemos supor então o S1 como causa, por ele implicar o advento da linguagem, pois

sua operação de representar um sujeito para outro significante (S2), tem como resto o objeto *a*. Ou seja, no momento em que o significante (S1) intervém no campo do Outro (A), campo estruturado por um saber (S2) em que outros significantes se articulam, surge o sujeito dividido (\$). Nesse trajeto há também uma perda, que Lacan denomina objeto *a*.

No caso do paciente em uma instituição de reabilitação, seu discurso fica atrelado a um S1 preso em um significado, o qual representa o sujeito perante a sociedade, identificada como S2. Portanto, a divisão do sujeito pela qual se constitui a particularidade de seu desejo se encontra velada, abaixo da barra, no lugar da verdade oculta (O mestre vela a sua verdade que mostra que ele mesmo é um sujeito barrado, não unívoco) - "A partir desse significante mestre, cai sobre o sujeito uma sombra de falha e imperfeição em sua vertente negativa, como se isso não estivesse colocado de alguma forma para o humano." (Bonfim, 2014, p.79- 80).

Muitos pacientes, portanto, chegam a instituições como estas, já identificados e posicionados na sua doença ou deficiência. Seu discurso se constrói a partir do fato de ser “cadeirante”, “aleijado”, “maluco” ou “doente”, por exemplo. O sujeito acometido por alguma patologia se depara com seu desejo em suspenso, aderido à doença, o que o faz ficar preso na armadilha da enfermidade. Com isso, mesmo sendo o seu corpo que está doente, o sujeito identifica-se com sua patologia e torna-se atrelado ao significante doença. É importante ressaltar que o sujeito doente também responde a essa identificação, seja sustentando-a, ou se esforçando para se provar ao contrário dela (o que a reafirma), ou até mesmo buscando-a, como vemos nos casos em que o paciente se dirige à equipe médica com o pedido de um diagnóstico ou de uma constatação de sua posição de doente ou deficiente.

Para a psicanálise, são essas diferentes e infinitas formas de se haver com o processo da doença e do tratamento de saúde que interessa como caminho para alcançar quem é esse sujeito em uma instituição de saúde sustentada pelo discurso médico. Afinal, o sujeito não se esgota em ser “deficiente”, “doente” ou “louco”, ele “é o sujeito do inconsciente, dividido pela linguagem, que não se identifica a nenhum ser, a nenhuma substância encarnada, ex-cêntrico a si mesmo. Dele só temos notícias pelos seus efeitos na fala. É à espera desses efeitos que se coloca a escuta do psicanalista.” (RINALDI, 2002, p.61)

Como cita Bonfim (2014), os centros de reabilitação produzem um discurso entre a equipe de saúde de “fazer o bem” ao outro, assim como um saber que diz o que é melhor para o outro. Sobre isso, Freud nos atenta que o desejo do analista é um desejo de saber e não deve ser confundido com o desejo ingênuo de curar. Ele nos adverte acerca do analista, dos perigos sobre o desejo de curar, assim como a ambição de fazer o bem. A ética da psicanálise é a ética do desejo. A intenção de curar não levaria em conta o desejo inconsciente do sujeito e seria uma manifestação de resistência do próprio analista, produzindo um saber no analisando, alguém da verdade. Portanto, a ideia de “fazer o bem” da equipe de saúde diz respeito às suas próprias inclinações e sentimentos de caridade, e até mesmo de pena. Fazer o bem ao outro ou fazer o que “acredita ser o melhor para o outro” implica uma relação hierárquica e de poder, a qual diz que a equipe de saúde detém um saber que o paciente não tem, e por isso, é ela que sabe o que é melhor para o sujeito, enquanto que ele tem a função de seguir as orientações prestadas.

É importante ressaltar que pela via da ética do desejo, o profissional que se propuser a trabalhar com a psicanálise em uma instituição, não pode trabalhar pela ótica do fazer o bem, mas pelo bem-dizer. Isto é, o analista:

“considera que o desejo não pode ser dito diretamente, mas que é dito sempre entre as palavras. Essa forma de dizer, que chamamos de uma arte do bem dizer, não resguarda uma função estilística que se encerra em si própria, ela conclama ao paciente a produção de seu próprio saber, não ficando este refém do significado do outro. Para tanto, o analista nessa formação discursiva deve ocupar semblante de a, vestígio do real que o simbólico não dá conta de representar, objeto causa do desejo, que quando se articula com o sujeito produz a fantasia (\$ ◇ a).” (FERREIRA, SILVA & CARRIJO, 2014, p.74)

Portanto, a particularidade do sujeito reside em seu desejo, em seu inconsciente e, por isso, se torna impossível para a equipe de saúde adquirir um saber, *a priori*, sobre o sujeito deficiente ou doente, de se determinarem ou estabelecerem regras e padrões de tratamento específicos e prever respostas na tentativa de adaptar o sujeito, de se trabalhar para todos da mesma forma em função de uma igualdade ilusória (de “fazer o bem”). Se a equipe multidisciplinar intenciona somar saberes a fim de construir um

completamente adequado, tropeça imediatamente na impossibilidade, uma vez que o sujeito escapa a esse enquadramento.

O sujeito escapa de apreensão pelo discurso médico e do que se espera dele. Em uma instituição de reabilitação, o que se espera pela equipe multidisciplinar é que o paciente esteja ali para a “restauração física máxima, para o reconhecimento mais confortável da incapacidade, assim como para alterações das metas, substituição de antigas satisfações por novas e desenvolvimento de recursos novos.” (SANTOS, 2002, p. 03)

Quando um paciente não se enquadra no que é esperado dele, um incômodo é gerado na equipe e algumas medidas podem ser tomadas: o analista é chamado para atender a demanda de compreender o que ocorre com esse sujeito, e para fazê-lo reconhecer a sua condição e aceitar o tratamento que lhe está sendo oferecido; ou, outra saída encontrada muito comum é a do desligamento desse paciente na instituição.

Em relação ao lugar do analista em uma instituição de saúde com o foco em reabilitação, dificilmente o analista é chamado pela equipe de outra forma que não a de mais um especialista. Este que é chamado para resolver problemas quando o saber médico chega ao seu limite, ou seja, quando o sujeito foge à norma conhecida pela medicina. Seja para resolver problemas de pacientes que fogem ao padrão, ou problemas dentro das equipes multidisciplinares, são tantas as demandas dirigidas ao psicanalista nas instituições de saúde, que se esse profissional não puder dizer “não” a algumas, jamais terá como começar efetivamente um trabalho, como nos alerta Alberti, em seu texto “Psicanálise, a última flor da medicina: A clínica dos discursos no hospital” (2000). Cabe ao analista, portanto, introduzir um limite e não se deixar servir para qualquer coisa.

O que o analista faz em uma instituição de saúde é recolher o que a equipe joga como “bomba” como nada mais que o próprio sujeito, possibilitando a escrita da fala desse sujeito através da escuta analítica, escuta diferenciada que irá partir de um não saber já suposto sobre o outro, uma possibilidade de entrada para esse sujeito advir, em meio a tantos significantes e medidas já impostas sobre o mesmo. O discurso do analista, cuja estrutura é introduzida por Lacan em seu Seminário XVII junto aos outros discursos, irá nos guiar nessa escuta, assim como na leitura e interpretação do discurso médico e do discurso do mestre nas instituições de saúde com o foco em reabilitação.

Todavia, antes de abordarmos a teoria dos discursos de Lacan, é imprescindível que façamos uma discussão acerca das aproximações e diferenças entre a medicina, a psicanálise e a ciência moderna, a fim de identificarmos que sujeito estamos tratando, assim como a base para o posicionamento da medicina nas instituições de saúde com o foco em reabilitação na contemporaneidade.

## II

## DISCURSO MÉDICO E O DISCURSO DA PSICANÁLISE

*“Há verdadeiramente duas coisas diferentes: saber e crer que sabe. A ciência consiste em saber; em crer que se sabe reside a ignorância.”*

(Hipócrates)

Lacan precisou percorrer um longo caminho para chegar a tratar sobre o matema dos discursos e avançar na formalização da Psicanálise. Paralelamente, outros campos tiveram que progredir para que o analista tomasse a matemática como ponto de partida para a construção de sua teoria, assim como, anterior à Lacan, a própria criação da Psicanálise foi influenciada por uma série de acontecimentos na história da ciência e da humanidade.

Conhecemos Freud como o pai da psicanálise, porém, para que o médico pudesse chegar ao conceito fundador desse novo campo, o inconsciente, foi necessário um longo caminho até a modernidade, quando foi possível o surgimento do sujeito com Descartes (1596 – 1650), para então a criação da ciência, e com ela, suas disciplinas, como a medicina. Isso nos diz que até o advento da época moderna, não seria possível pensarmos em conceitos como sujeito, inconsciente ou até mesmo a discussão entre o normal e o patológico que presenciamos nas instituições de saúde. De acordo com Lacan (1953), na Idade Média, a psicanálise iria participar da estrutura do que se chamava de “artes liberais”, pois seria considerada uma prática privada de uma verdadeira formalização.

A fim de contextualizarmos esses conceitos essenciais para a leitura que estamos fazendo sobre a medicina, a psicanálise, a ciência e seus respectivos discursos no campo da saúde, além da discussão realizada a partir do trabalho em uma instituição com esses discursos, retornaremos então a alguns pontos essenciais da história da própria ciência. Buscaremos compreender como o contexto da criação da ciência contribuiu para as

especificidades do discurso médico que estamos tratando, e conseqüentemente para as possíveis contribuições do discurso da psicanálise em uma instituição de reabilitação na contemporaneidade.

## **2.1: Medicina e Ciência**

Podemos afirmar hoje que o discurso médico se apoia no discurso da ciência moderna, pois esses discursos se caracterizam principalmente pela busca de sua objetividade, pela tentativa de ultrapassar os “calos” da subjetividade, além da maneira de lidar com a “verdade” e pela matematização e literalização de seus objetos. O período que antecede o nascimento da ciência do modo como a conhecemos hoje é marcado pela contemplação da natureza, sem nenhuma pretensão de dominá-la ou explicá-la. Tudo tinha seu lugar no universo e a ordem das coisas constituía um estado sólido e durável que tendia a perpetuar-se indefinidamente. Assim, um corpo pesado “caía” porque era natural, isto é, um touro pesado “caía”, porque, por ser pesado, não poderia flutuar.

A mentalidade moderna nasce em oposição à mentalidade natural antiga, definida pela fórmula “tudo é possível”, ou seja, de que era possível alcançar o real. Definir o real como impossível implica questionar o campo da verdade e de sua garantia sustentada por Deus enquanto único referente. Com a revolução científica, o homem moderno procura não apenas contemplar a natureza, mas dominá-la, ser o seu Senhor. Para isso, Galileu Galilei, uma das figuras mais importantes da revolução científica do século XVII, precisou lutar contra a autoridade, a tradição e o pensamento que a Igreja defendia e ensinava em sua época, para, assim, começar a interrogar metodicamente a natureza, pois nada mais seria pensado como “natural” ou “perfeito”.

Portanto, o primeiro ponto característico da ciência moderna que irá nos guiar para compreendermos a herança desse discurso no discurso médico é a literalização e a matematização do objeto. A partir das contribuições de Galileu, vimos que uma ciência literalizada promove a matematização de seu objeto. Com isso, o objeto da ciência moderna, e conseqüentemente, o da medicina, é desprovido de qualidades, sejam elas práticas (bom, mau, útil, etc), ou sensíveis (rápido, pesado, quente). (MILNER, 1995 / 1996, p.76) A física não diz nada sobre o calor ou o frio, mas sim, sobre o movimento

das moléculas, dos quais algumas são associáveis à propriedade calor. Trata-se, não de medida, mas de literalização, de uma dissolução não quantitativa do qualitativo. Enxugar o seu objeto ao seu “mínimo”, a fim de posteriormente traduzi-lo numa fórmula matemática. Assim explica Elia:

“Ciência como discurso e como procedimento introduzido no mundo com Galileu, caracteriza-se pela mais estrita exigência de literalização. Recorre à letra como modo de formalização e matematização dos seus conceitos. A ciência procede à matematização-literal de seu objeto empírico imediatamente, sem mediações. O objeto então é delimitado pelo recorte, e assim o processo de literalização-matematizante se inicia: os axiomas são formulados, os conceitos são cifrados em letras (incluídos os números), relações são estabelecidas em termos literais permitindo a escrita de equações e cálculos, que, uma vez resolvidos, produzem resultados que norteiam a aplicação dos modos de intervenção no real, que chamamos de tecnologia.” (ELIA, 2008, p.69)

Veremos como o objeto do discurso médico também é desprovido de qualidades, e portanto, de subjetividade. A equipe médica se sustenta por sua objetividade e sua cientificidade, lidando diretamente com a doença, que é seu objeto, e não o sujeito doente, como nos afirma Clavreul (1978). O segundo ponto importante para compreendermos o discurso médico a partir do discurso da ciência trata-se do cogito de Descartes. A Ciência Moderna é inaugurada por meio da démarche cartesiana conhecida como Cogito: Sou. Em um mundo onde o natural e o perfeito prevaleciam, René Descartes, filósofo do século XVII, desejava encontrar a certeza, e fez isso a partir da dúvida. “No interior da dúvida, isto é, sob o seu domínio, mesmo que pense falsos pensamentos e deles possa duvidar, ao duvidar não posso duvidar que penso e duvido, e nesse exato momento uma certeza impõe: Sou.” (VORSATZ, 2015, p.256) É em referência ao desejo de Descartes que podemos supor a origem do sujeito, pois é no momento inaugural do cogito que ele emerge enquanto tropeço em relação à ordem de razões, ponto de certeza que faz obstáculo ao encaminhamento da dúvida.

Para chegar à sua conclusão, Descartes construiu um pensamento dualista: dividia a realidade em *res cogitans* (consciência, mente) e *res extensa* (matéria), isto é, em corpo e mente, como instâncias separadas, as quais se relacionavam através da glândula

pineal. Além disso, o pensador instituiu quatro regras básicas para o seu método: Verificação, que consistia em averiguar se existiam evidências reais e indubitáveis acerca do fenômeno ou da coisa estudada; Análise, ou seja, dividir ao máximo as coisas em suas unidades mais simples para então estudá-las (literalização); Sintetização – reagrupar as unidades estudadas em um todo verdadeiro; e por fim, enumeração, que significa organizar numericamente todas as conclusões e princípios utilizados, a fim de manter a ordem do pensamento. Com sua teoria do dualismo, podemos afirmar que Descartes, ao mesmo tempo em que inaugura o sujeito a partir do cogito, entrega o corpo de bandeja para a ciência moderna, em sua forma dualista. A medicina e a ciência estariam então livres para estudar, analisar, sintetizar e verificar o corpo, livre de suas paixões, isto é, da subjetividade que acomete o sujeito, levando esse corpo em sua unidade mais simples, a fim de posteriormente matematizá-lo.

Lacan então nos diz: O que procura Descartes? É a certeza. *Tenho*, diz ele, *extremo desejo de aprender a distinguir o verdadeiro do falso* – sublinhem o desejo – *para ver claro* – no quê? – *em minhas ações, e caminhar com segurança nesta vida.* (LACAN, 1964 / 1988, p.210-211, grifos do original). A posição subjetiva de Descartes seria essencial para Lacan, visto que dela deriva o caminho (o método) e o encontro com a verdade, uma certeza com valor de verdade para o sujeito. Sujeito esse que fura, que corta, que se destaca da visada do saber. Portanto, o sujeito emerge pelo cogito cartesiano na medida em que:

(...) A emergência do sujeito é um elemento que irrompe a título da pulsação temporal caracterizada pelo “Sum”, ponto de basta na espiral da dúvida. O “Sou”, elemento heterogêneo à cadeia pela qual é engendrado, significante barrado, o “sou” testemunha a certeza indubitável arrancada à dúvida hiperbólica, presença do sujeito em queda. Se Lacan não hesita em atribuir a origem do sujeito da psicanálise justamente a esse momento, é porque nele o sujeito comparece em sua dimensão própria: corte furo, ruptura. (VORSATZ, 2015, p.257)

O que veremos durante o trabalho é que, enquanto a medicina e a ciência se ocupam desse corpo desprovido de subjetividade, literalizado e matematizado, a psicanálise é inaugurada por Freud como um novo campo que se propõe a trabalhar justamente com

esse sujeito que é não-visto pela medicina, com a subjetividade que é rechaçada do discurso médico e jogada como uma “bomba” que ninguém da equipe de saúde quer pegar.

Em seu texto “*A Instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*”, de 1957, ao tratar sobre a função do sujeito, Lacan introduz no cógito o que Bruder e Brauer chamam de “especialização na ordem do pensamento” (p.517), isto é, uma correção decisiva: onde diz: “Lá onde eu penso: 'eu penso logo eu sou', lá eu sou”, o autor acrescenta: “é claro que isso me limita a só estar aí em meu ser na medida em que penso que sou (estou) em meu pensamento” (LACAN, 1957/ 1998, p. 520)

A partir disso, Lacan formula a frase: “penso onde não sou, logo sou onde não penso” (p. 521). A introdução do inconsciente freudiano, retomado aqui pelo jogo da metáfora e da metonímia, implica essa inversão completa, pela qual lá onde há pensamento (inconsciente), “eu” (Je) não estou, e lá onde está o “eu” (Je) (na enunciação), isso não pensa mais. Lacan conclui: “O que cumpre dizer é eu não sou lá onde sou juguete de meu pensamento; penso naquilo que sou lá onde não penso pensar” (p. 521). A reinterpretação do cógito feita pelo autor produz um eu (*Je*) muito diferente daquele a que Descartes chegou, esse que se toma por uma coisa que pensa, ou seja, que se assegura pelo único fato de que ele pensa.

Descartes aspira a um tirano na ordem do saber, que insuflaria ao saber a sua unicidade. É esse sujeito que Lacan evoca ao postular o sujeito do inconsciente como sendo aquele que sabe. (BRUDER e BRAUER, 2007, p.517) Levamos então à seguinte afirmação, a partir da releitura de Lacan sobre o cogito cartesiano: o sujeito é certo (no sentido de “certo”), vale dizer, não duvidoso – ele é o fundamento da certeza porque ele é (e não pensa); ele é onde não pensa (que é) e quando pensa (duvida) não é. Embora fundamente sua reflexão no cogito e reconheça que o inconsciente não poderia ser descoberto antes do nascimento da ciência no século XVII, graças ao cientificismo de Freud, paradoxalmente, Lacan (1966/1998) afirma que um único sujeito é aceito na psicanálise: aquele que pode constituí-la científica. Vale dizer então que o sujeito da psicanálise só pode ser o sujeito da ciência, como veremos mais adiante.

Portanto, o nascimento da ciência moderna causou mudanças radicais no campo da medicina, como nos aponta Freud em relação às próprias neuroses: “Não devemos nos surpreender se as neuroses dos tempos passados aparecerem sob roupagem

demonológica, enquanto as de nossa pouco psicológica época atual tomam aspecto hipocondríaco, disfarçadas de enfermidades orgânicas.” (1923, p.226) Isso quer dizer que, mais especificamente em relação às doenças mentais, o pensamento da medicina antes da revolução científica do século XVII estava mais associado aos ideais da Igreja, do que com a pesquisa ou com uma investigação do corpo humano.

O pensamento da medicina foi mudando ao longo do tempo de acordo com os avanços da sociedade e com o surgimento da ciência e seu método de observação, discrição metódica e classificação das doenças de acordo com a semiologia. É importante ressaltar que a possibilidade de fazer uma classificação das enfermidades só foi possível com a modernidade. Como anteriormente dito, as ditas doenças mentais passaram por diversas interpretações ao longo das épocas; na Antiguidade, por exemplo, havia a concepção de uma causalidade sobrenatural das doenças, o que perdurou também pela Idade Média, quando os hospitais eram espaços de confinamento e de exclusão das populações ditas “perigosas”, pessoas que, como descritas por Freud, eram vistas como demoníacas, tomadas pela força do diabo, onde era localizado todo o mal que contagiava a sociedade pura e devota a Deus. Essa visão era construída com a ajuda da Igreja, a principal referência da sociedade da época.

Os hospitais de até então eram lotados de pessoas doentes, leprosos, necrosados, entre outros marginalizados. Também chamada de “idade das trevas”, esse período da Idade Média foi marcado pela dominação da Igreja, e teve como consequência a proibição da pesquisa de diversas áreas da ciência. Contudo, Malcher (2017) nos mostra como na própria Antiguidade, Hipócrates já discordava de tal concepção e apontava para uma causalidade natural das doenças, sendo por isso, considerado o pai da medicina.

A época do renascimento foi diferente para a medicina e a ciência em geral. O movimento se propôs a ser laico, sem nenhuma ligação com entidades religiosas exclusivamente, entretanto, na prática, acabou sendo fortemente influenciado pela Igreja Católica. Sua essência era o humanismo, ou seja, a figura humana como o centro, o homem como o grande dominador e pesquisador da natureza, além de outros valores como o racionalismo, o individualismo, o hedonismo, e o otimismo. Essas características possibilitaram grandes avanços na ciência e na medicina, e no que se tratava das doenças mentais, o indivíduo com essas enfermidades era considerado como

“louco”, e o que mais chama a atenção para essa época é o fato dos loucos não serem excluídos dos espaços públicos. Ao contrário, eram livres para transitar, dizer sobre suas verdades e até mesmo publicar suas obras.

No Renascimento, temos o início de um questionamento da autoridade intelectual como pilar maior para o saber científico. Um interessante aspecto desse período é a autorização do papa para a dissecação de cadáveres, que permite o desvelamento da anatomia patológica e favorece a localização orgânica da causalidade das doenças. (MALCHER, 2017, p.84) Posteriormente, Descartes, com o surgimento do cogito “Penso, logo Sou”, dirá que o louco não é capaz de pensar, e, portanto, não tem a razão. O indivíduo assim perde o estatuto de sujeito para cair na ordem da desrazão, pois, se não consegue *pensar* racionalmente, não pode *existir*. Ao localizar o sujeito na mente, Descartes abre o caminho para que o corpo se torne objeto das considerações científicas sem a interferência da subjetividade. A evolução para a modernidade possibilitou ainda mais abertura para a medicina e as pesquisas científicas em diversas áreas, criando então uma nova concepção para os loucos, os sem-razão. O conceito de “doença mental” aparece na medicina e com ela, a medicalização e internação da desrazão.

Essa assepsia do corpo em relação à subjetividade, conjugada ao mecanicismo de Newton, conduz à ideia de corpo-máquina, que passa a prevalecer. Nesse paradigma, as doenças passam a ser entendidas como um mau funcionamento da máquina fruto de alguma peça avariada, que precisa ser consertada. As descobertas iluministas de Pasteur e Koch consolidam a ideia de etiologia específica e biológica das patologias. (MALCHER, 2017, p.84)

Como foi possível perceber, as teorias de Descartes influenciaram de forma significativa no pensamento da ciência moderna, e conseqüentemente, na medicina. Atualmente, falamos sobre saúde e doença mental, abarcando uma lista de patologias que são classificadas de acordo com seus sintomas e características que as delimitam, como a duração da sintomatologia, o período e possíveis comorbidades. A classificação das doenças mentais teve influência de Jean Martin Charcot, médico e professor de Freud em Paris. Através do seu método nosológico, constituía e separava tipos, formas completas de enfermidades nas quais agrupavam todos os elementos sintomáticos possíveis, ou seja, uma versão “perfeita” do quadro patológico.

Esse agrupamento era feito a partir de uma decomposição, uma fragmentação da doença e seus sintomas, analisando, destacando e classificando cada doença a partir de seus sintomas e agrupando-as em tipos específicos. Esse estudo é visto nos dias de hoje através da classificação internacional das doenças (CID) e do manual de diagnóstico dos transtornos mentais (DSM), artifícios importantes não só para o discurso médico na atualidade, como para entendermos sua atuação com o sujeito nas instituições de saúde.

Através do método anatômico-clínico, as autópsias permitiam identificar a lesão causal e sua localização, e juntamente com as observações clínicas e descritivas dos sintomas, a medicina moderna acredita poder obter o saber sobre as enfermidades que atingiam o homem. A modernidade trouxe os estudos da anatomia, para qual toda lesão seria qualquer modificação anormal de um tecido biológico. Ela pode se tratar de um simples corte, queimadura ou ferida, podendo igualmente resultar da ação de um agente patogênico, bem como de um problema metabólico, fisiológico ou imunológico. Em todos os casos, a lesão diz respeito a um dano provocado aos tecidos corporais do paciente, considerada uma “morte parcial”. Onde estava a lesão, era localizada a morte parcial do paciente.

A história, assim como os próprios avanços na ciência incidiram também nos avanços da medicina, como podemos notar. O discurso médico, apoiado no discurso da ciência moderna, se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico. Ele deve poder ser enunciado por qualquer pessoa sobre qualquer pessoa, o primeiro estando colocado em posição de médico, o segundo em posição de doente. (CLAVREUL, 1978, p.17) De acordo com Lacan (1966 /2001), a medicina entrou em sua fase científica no ponto em que um mundo nasceu, o qual a partir de então exige os condicionamentos necessários na vida de cada um, condicionamentos da ciência, presente em todos os seus efeitos. Os médicos da modernidade vão se dedicar a reduzir as funções do organismo humano a montagens, ou seja, com o status de subsistência científica.

Podemos dizer que a medicina pós-nascimento da ciência moderna também promove a literalização e matematização de seu objeto, desprovendo-o de qualidades, e decompondo em sua forma mais simples, a fim de analisá-lo. Isto é, o sujeito, tão complexo em suas diversas especificidades, é reduzido a um corpo orgânico, um corpo morto, como o estudado pela anatomia. Assim também ocorre com as patologias, as

quais são analisadas através de seus sintomas, que por sua vez, são classificados estatisticamente, tornando-os os “mais comuns”, ou “característicos”, “próprios” de tal patologia.

Em seu livro “A ordem médica” (1978), Clavreul afirma que a medicina invoca a ciência, e que esta, por sua vez, tornou-se sinônimo de verdade. Desde o início da modernidade e com a busca pelo entendimento do homem e da natureza, a ciência foi adquirindo um estatuto de confiança da certeza e da verdade, sendo então verdadeiro tudo aquilo que poderia ser comprovado cientificamente, ou seja, através dos métodos científicos. Assim também é com a medicina, que passa a considerar uma patologia como verdadeira a partir do momento em que ela pode ser constatada através desses mesmos métodos. Quando um paciente diz apresentar sintomas ou enfermidades que a medicina não consegue comprovar sua existência ou sua causa, geralmente ele é ignorado, ou sua patologia passa a ser considerada de origem emocional, e portanto, “não verdadeira” fisicamente, ocorrendo “apenas na cabeça do paciente”.

O autor completa dizendo que a medicina, como discurso, se sustenta e se basta nesse estatuto da verdade científica. A biologia, principal disciplina da medicina, constituiu o seu primado sobre o discurso, e faz parte da ideologia da ciência, contribuindo para reforçá-la. E ainda: “era na referencia à anatomia patológica que a medicina via o que havia de mais inatacável, de mais cientificamente demonstrável de sua prática. A prova, a "verificação" era a autópsia: o cadáver confessava o que os sinais clínicos haviam permitido prever.” (CLAVREUL, 1978, p.36) Isto é, o corpo morto passa a confirmar cientificamente, através da investigação, o que antes é apenas uma “hipótese”.

A lesão orgânica adquiriu o estatuto do escrito, o que indica o destino, o que permite interpretar a doença, sua evolução, a inconstância dos sintomas, seu caráter enganador. A inscrição corporal tem o estatuto do que não engana e pode, portanto, substituir as hipóteses sobre o Ser. (CLAVREUL, 1978, p.66) A partir do momento em que a medicina constitui-se uma ciência, ela estabelece o seu vocabulário, o tesouro dos significantes que constituíram e ainda constituem, no essencial, as bases do discurso médico.

Enquanto discurso, a medicina se direciona ao corpo morto. Quanto ao resto, isto é, o corpo do doente, ele não é o objeto de seu desejo, pois não é senão o que resta uma vez retirada a doença. Por isso a medicina ignora da mesma forma o que faz a vida e a morte, o que constitui o desejo e o gozo, como nos mostra Clavreul. Veremos adiante que o foco da medicina é a doença, e não o doente. Este é apenas o lugar onde uma patologia se instala. Dessa forma, os aspectos singulares do sujeito que incidem, influenciam ou administram uma doença em seu corpo, não são tratados pela medicina, pois não são objetos de seu interesse. O corpo que goza, no sentido psicanalítico, é colocado de lado pois não se pode literalizar e matematizar esse corpo.

Apesar de não se tratar do mesmo discurso, podemos constatar que o discurso da ciência foraclui o sujeito de seu campo. Há o sujeito da Ciência (fundado pelo cogito cartesiano), mas não há sujeito na Ciência. Esta foraclui o sujeito, no sentido lacaniano de foraclusão, que significa rejeição, exclusão para fora de determinado campo. Na ciência, o sujeito se encontra ausente, assim como no processo de substancialização do sujeito de Descartes. A história da ciência moderna nos aponta como é sempre por intermédio de um sujeito causado pelo desejo – o cientista – (Descartes, Galileu, Freud, etc) que uma enunciação se faz pelo surgimento de um conceito fundamental, inaugurando um novo campo. Entretanto, enquanto discurso, a ciência promove o esquecimento de seu passo fundador. Descarta o desejo, a enunciação, e conseqüentemente, o sujeito, e se ocupa preservando o saber. Em contrapartida, o sujeito comparece nos intervalos desse discurso, ou seja, ele é o próprio furo, a fenda, o corte, que por sua emergência pontual, examina o discurso da ciência.

Em uma instituição de reabilitação, é possível perceber que esse furo comparece quando todas as tentativas da equipe de saúde quanto ao tratamento proposto ou aos objetivos traçados se esgotam, pois algo do sujeito comparece, seja questionando, ou colocando em análise os saberes que atravessam a instituição. Em casos como, por exemplo, em meio a uma doença progressiva e terminal, um sujeito não aceitar seguir as orientações dos profissionais, pois o seu desejo diz de outra coisa, mesmo sabendo que essas orientações são importantes para postergar ou evitar a sua morte.

## **2.2: O lugar da Psicanálise na Medicina**

Começamos este tópico com o título do texto de Lacan, escrito originalmente em 1966, visto que o psicanalista trata da relação entre a psicanálise e a medicina a partir de uma questão essencial: qual é o lugar da psicanálise na medicina?

Esse lugar, diz Lacan, é marginal, isto é, extraterritorial (p.8). É marginal devido à posição da medicina com relação à psicanálise, sendo esta última considerada pela primeira como uma ajuda exterior, um suporte à medicina. E ela é extraterritorial por conta dos próprios psicanalistas, diz Lacan, os quais teriam suas razões para querer conservar a sua extraterritorialidade. Apesar da psicanálise ter começado como prática dos médicos, haja visto que Freud, considerado o pai da psicanálise, era um neurologista, seu próprio criador indicou que a psicanálise não deveria ser praticada apenas pelos médicos, afirmando a importância desta ser estudada também pelos leigos (aqueles não-médicos), abrindo a possibilidade de outros profissionais se utilizarem de sua prática para o seu trabalho em instituições de saúde, como os psicólogos.

Se a medicina é um discurso, a psicanálise é um discurso distinto, havendo pontos de convergência, divergência e relação entre tais discursos. Como vimos previamente, estamos considerando, para os fins desta pesquisa, que o discurso médico se apoia no discurso da ciência, garantindo-se na sua cientificidade. Com o nascimento do sujeito a partir do cogito cartesiano, foi possível o homem dar início aos questionamentos que o levaram e levam até hoje a avançar nos métodos científicos e tecnológicos, ou seja, foi possível existir a ciência como nós a conhecemos hoje. Entretanto, apesar de ser um discurso distinto do da ciência e da medicina, não podemos ignorar o ponto de partida comum que a psicanálise tem com esses discursos: o nascimento do sujeito.

Sobre isso, Milner (1995/ 1996) nos explica como Lacan chegou à sua afirmação: “O sujeito sobre o qual operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência”. Através do doutrinal da ciência, Lacan então propõe a seguinte equação:

1: A Psicanálise opera sobre um sujeito; 2: Há um sujeito da Ciência; 3: Estes dois sujeitos constituem apenas um. Logo, novamente: “O sujeito sobre o qual operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência”. Não iremos nos alongar no doutrinal da ciência, visto que sua análise é de extrema importância e merece o devido desdobramento para trabalhar com as teorias de Lacan e com os apontamentos de Milner. Para fins dessa pesquisa, iremos focar no que Elia (2008) aponta quando também analisa a equação de Lacan: o sujeito é o mesmo, o da psicanálise e o da

ciência, não pode ser outro, visto que é o mesmo sujeito originado no cógito cartesiano; mas já a operação não. Isto é, a ciência não opera sobre o sujeito, ela (a ciência) não constitui o lugar – o outro – no qual o sujeito possa habitar – o inconsciente. Como já exposto, a ciência, enquanto discurso, foraclui o sujeito, enquanto que este comparece como furo, como fenda desse discurso.

Se a psicanálise opera sobre o sujeito, que é o mesmo da ciência, e, portanto, o mesmo da medicina, como ela mantêm a sua extraterritorialidade, como aponta Lacan? Se a ciência foraclui o sujeito, a psicanálise nada mais faz do que pegar o resto, o rechaço que a ciência foraclui para ter como seu objeto de estudo. Onde a ciência faz seu limite, onde ela não pode chegar mais com o seu método literalizante, a psicanálise se faz. Estaríamos dizendo com isso que a psicanálise seria superior à ciência? De forma alguma. A psicanálise não virá a contrapor-se à ciência, mas seguirá os trilhos estabelecidos por ela, de modo a operar sobre o sujeito.

Estamos dizendo, então, que não se trata do mesmo território, o da psicanálise e o da medicina, esta apoiada no discurso da ciência moderna. Os discursos operam de formas distintas, e são essas formas e como elas se apresentam em uma instituição de reabilitação, que veremos nos próximos tópicos. A pergunta que Lacan faz no título de seu texto (“qual é o lugar da psicanálise na medicina?”) nos ajuda a pensar na questão principal do presente trabalho: qual é o lugar do analista em uma instituição de reabilitação?

Para discutirmos sobre essas questões, é importante especificarmos como a psicanálise se propõe a trabalhar com o sujeito que é foracluído do discurso da ciência, e não trabalhado pelo discurso médico (lembrando: o discurso médico se debruça sobre a doença, e não sobre o sujeito doente), isto é, como constitui o seu lugar de marginal na medicina e sua extraterritorialidade.

O início do percurso da psicanálise foi marcado pelos estudos de Freud sobre as históricas, as quais se apresentavam como um verdadeiro desafio para a medicina da época, uma vez que a medicina não conseguia compreender como os sintomas histéricos se davam, sem apresentar nenhuma causa orgânica ou lesão sequer. Clavreul (1978) reitera que não só a histeria, mas qualquer enfermidade ou sintoma que não fosse comprovado cientificamente através da fisiologia, da anatomia e de outros estudos científicos, não era reconhecido pela medicina, não sendo visto então pela equipe

médica. Era como se os médicos de então dissessem às histéricas: “você não tem nada que seja possível de se inscrever no discurso médico.”

É importante ressaltar que a noção de sujeito como a psicanálise descreve em suas teorias só pôde ser formulada após a criação do cogito de Descartes e o advento da ciência. Entretanto, para Freud, um médico neurologista do século XIX, pensar nos conceitos que formariam o campo da psicanálise, foi preciso também um percurso formado por uma série de avanços na ciência e na medicina. Conhecemos Freud como o médico que percebeu algo diferente nos sintomas das mulheres ditas histéricas de sua época. Contudo, a histeria já era estudada desde a época de Platão e Hipócrates, quando era considerada então como uma enfermidade constituída por uma grande “crise”, própria do sexo feminino, que se manifestava no ventre da mulher, como uma sensação de uma bola (*globus hystericus*), que subia pelo estômago, onde provocava vômitos, e depois para o tórax e colo (ansiedade e palpitação), chegando à cabeça, afetada então pela dor, peso e sonolência, convertida em fortes convulsões em todo o corpo, e por fim, a perda da consciência.

A partir de então, vários médicos tentaram estudar a histeria e principalmente suas possíveis causas. Até o ano de 1618, a histeria foi concebida como efeito de “desordens do útero feminino”. Nesse ano, o médico francês Charles Le Pois afirmou pela primeira vez que a histeria seria, na verdade, uma enfermidade cerebral primitiva, comum também ao sexo masculino. Um “vapor” sutil irritava os nervos e os centros nervosos, causando os sintomas descritos no parágrafo acima. Destacamos que nesse mesmo século, ocorria a revolução científica com o nascimento da ciência moderna, causando grandes mudanças na visão do homem sobre as patologias. Já é possível aí perceber como o novo pensamento moderno se difere do pensamento antigo, e como esses avanços foram essenciais para o discurso médico e o discurso da psicanálise se apresentarem como tal se apresentam hoje.

Dando um pequeno salto na história, em 1853, Benedict Morel, médico psiquiatra franco-austriaco, fez uma descrição sobre como seria o caráter do histérico. *“O costume de exagerar suas sensações, a necessidade que experimentam de que alguém se ocupe de seus sofrimentos. O amor pela verdade não é uma virtude de seu caráter. Eles enganam. Românticas e sofredoras, dispostas a deixar que as fantasias de sua imaginação predominem sobre as necessidades da vida real.”* (BERCHERIE,

1983/1996, p.62, tradução nossa) Essa visão de que as histéricas mentiriam ou exagerariam sobre os seus sintomas, se tornou comum no pensamento da medicina moderna pré-freudiana. Acreditavam que as histéricas simulavam os sintomas, pelo fato de não haver nenhuma comprovação ou lesão orgânica no que estavam sentindo. (“Você não tem nada que seja possível de se inscrever no discurso médico.”)

Vemos a importância dos estudos de Charcot na criação de seu método nosológico, e sua influência em instrumentos utilizados hoje em todo âmbito da saúde. Contudo, esse médico francês teve grande importância também nos estudos sobre a histeria e posteriormente na própria criação da psicanálise de Freud. Sobre a histeria, Charcot afirmava que sua causa principal seria a herança, a qual poderia ser similar (mãe histérica, filha histérica), ou atuar por transformação (um ou ambos progenitores, ou seus ascendentes tenham padecido de uma doença nervosa distinta da histeria). Junto à herança, existiriam agentes provocadores da neurose, agentes que desencadeavam os sintomas por influência de um fator traumático (como acidentes ferroviários, acidentes de trabalho, etc).

Em 1885, Charcot enuncia a respeito das paralisias da histeria traumática a conclusão lógica: esse tipo de sintoma histérico podia ser considerado psíquico, repousava como uma ideia, a ideia da paralisia ou da insensibilidade, e representava a realização funcional dela. O reconhecimento da natureza psíquica dos sintomas histéricos não impediu Charcot de manter intacta a teoria da lesão da medicina moderna. Assim, continuou falando de lesão dinâmica de assento cortical para fundamentar fisiologicamente os transtornos mentais. O objetivo de Charcot era estabelecer as regras universais da histeria, aplicando o método de observação e descrição metódica emprestados da neurologia. Charcot, por fim, admite suas limitações e espera que um dia encontrem a alteração primordial, a causa anatômica da histeria.

Fascinação, oposição e constituição de um enigma. Esses são os três momentos que Costa e Machado (2016) dividem o caminho de Freud com Charcot até a criação da psicanálise. Aluno de Charcot ao ganhar uma bolsa de estudos do Fundo do Jubileu Universitário da Fundação de Medicina de Viena entre outubro de 1885 e março de 1886, Freud tinha aulas com o famoso médico no Hospital de la Salpêtrière, em Paris. O anseio de Freud de apreender algo novo era o que sustentava sua empreitada, ele queria transmitir um saber que seria inédito na ciência.

Para Freud (1893 / 1996), seu professor restaura a dignidade da histérica, pois ela não era mais uma simuladora, e os médicos e seus pacientes não sofriam mais descrédito. Entretanto, demonstra surpresa com o fato de Charcot não ter seguido a via de problematizar a etiologia, a divisão da consciência a fim de explicar a histeria. Segundo Freud, Charcot incluía a histeria como mais um tópico da neuropatologia, apesar de fornecer uma descrição completa de seus fenômenos e mostrar como reconhecer os sintomas para possibilitar o diagnóstico.

Portanto, no primeiro momento, Freud demonstra um grande fascínio pelas aulas de seu mestre, e inclusive alega que buscou constantemente sua atenção. A visão inovadora e respeitadora de Charcot frente à histeria lhe gerou interesse e admiração. Já em um segundo momento, Freud começa a se questionar sobre os limites da teoria de Charcot sobre as lesões, assim como os limites da medicina de sua época. A partir do que Charcot pôde demonstrar, Freud constitui um problema: “Como é que um paciente histérico é dominado por um afeto em relação a cuja causa afirma nada saber? Mais do que isso, ele se comporta como se de fato soubesse disso.” (1983 / 1996, p.28)

A oposição de Freud em relação à teoria de Charcot abre a possibilidade de que algo original possa advir. Podemos dizer então que são as faltas no saber do professor que possibilitam a inscrição de uma nova teoria que dê conta do caos nosográfico que imperava no tratamento da histeria. Há sempre um excluído em toda e qualquer transmissão, na verdade, o excluído subsiste em sua função operativa e não há herança que possa ser herdada sem um preço a ser pago. Para Silva e Lo Bianco (2009), quando Freud sustenta um campo em seu estado nascente, não se pode desconsiderar o preço que ele teve que pagar pelas exclusões dos conhecimentos anteriores para focar na sua experiência.

Posteriormente, o que Lacan irá nos mostrar é que Freud, teve o seu testemunho ético, ou seja, uma coragem de lutar e se desprender daquilo em que se apoiava: a medicina e sua cientificidade. O que Freud fez, foi não recuar, não ceder do seu desejo. (LACAN, 1959- 1960 / 1988, p.382-385) Mesmo com todas as dificuldades que a criação de um novo campo frente à medicina de sua época traria, como a não aceitação da psicanálise como uma ciência, o psicanalista foi em frente, questionando os limites e teorias do discurso científico para formar, através de sua experiência clínica, os

conceitos norteadores da psicanálise, resgatando, assim, o sujeito que Descartes havia inaugurado no cogito, e que posteriormente a ciência teria excluído de seu campo.

Podemos ainda afirmar que a histérica interroga o Mestre – “O que eu tenho?” - e Freud, em sua posição de Mestre (médico), sai dessa posição e diz que o S2, “o saber científico”, não sabe, não é o suficiente para responder ao seu questionamento. Assume então uma nova posição, a de objeto, e pede para que a histérica trabalhe: “Não sei o que você tem, mas aposto que você sabe. Fale sobre isso”. (MALCHER, 2019) De forma brilhante e inédita, Freud estava retratando o discurso do analista, mais tarde descrito por Lacan em seu Seminário XVII, como veremos no próximo capítulo.

Primeiramente com a técnica da hipnose, para depois inaugurar seu próprio método, o qual nomearia de “associação livre”, Freud inaugura o campo da psicanálise, a qual teria através da escuta da fala do paciente, sua principal via para a cura dos sintomas histéricos. Havia na experiência clínica de Freud algo inabordável pelo saber médico, e que ele levou a sério – o sintoma histérico e o sofrimento nele implicado. Mesmo empenhado, desde o início, em produzir uma psicanálise como “ciência natural”, ele foi sensível aos limites de uma abordagem científica dos sintomas realmente experimentados por seus pacientes. Freud leu na perna paralisada da histérica uma letra ali incrustada, deu lugar, no campo científico, ao que ali não cabia.

Vimos com Gomes em seu artigo “Um comentário sobre a experiência na objetividade científica e no sintoma psicanalítico” (2018) que Freud, empenhado em fazer ciência, segue sua via, a do simbólico, e a articulação que nele faz o sintoma histérico. O sintoma revela-se alheio à consciência. Era, portanto, inexplicável recorrendo-se à dimensão imaginária da experiência do sofrimento e do estranhamento aí implicados. Gomes afirma que essas formações do inconsciente, explicadas por Freud, são (sobre) determinadas por uma trama simbólica, de que a consciência em sua dimensão meramente imaginária não pode dar conta.

A novidade da psicanálise em relação à ciência de sua época está, portanto, em situar o simbólico em sua articulação, em seu enlaçamento com o real e em compreender o que era atribuído ao psiquismo em suas condições ditas normal e patológicas – anteriormente explicadas por distúrbios de ordem orgânica como modos específicos de entrada do sujeito nesse universo e pelos respectivos retornos ou efeitos do real que daí resultam.

São esses efeitos do Real, à medida que são recolhidos numa clínica, que nos permitem discernir no mundo da ciência a experiência própria ao campo da psicanálise. A experiência da psicanálise resulta então não do trabalho das categorias do entendimento, ou analogicamente, das costuras simbólicas que surgem na associação livre e que dão alguma compreensão aos sonhos e sintomas, mas do trabalho de tornar dizível, de trazer às palavras o que lhes é alheio, de fazê-las dizer o real que as causa, sendo-lhes, no entanto estranhos, de outro lugar. (GOMES, 2018, p.123)

O inconsciente é, portanto, fenda na tessitura da realidade – uma experiência que se produz numa análise, ainda que a fenda esteja dada de partida como condição do sujeito (divisão do sujeito entre o saber e a verdade em seu sintoma). O que se produz nessa hiância, se apresenta como um achado. É assim, de começo, que a exploração freudiana encontra o que se passa no inconsciente. (LACAN, 1973/1979, p.30) A partir da afirmação da existência de uma divisão da consciência, Freud começa um percurso de idas e vindas, tentativas de concernir esse saber que não se sabe. Vale ressaltar, então, um ensinamento importante da primeira parte deste tópico: o descobrimento do inconsciente dependeu histórica e epistemologicamente do progresso da patologia médica.

### **2.3: O discurso médico e o discurso da psicanálise**

Veremos a partir de agora com maior precisão, quais são os pontos de convergência, divergência e de relação entre esses dois discursos. Falamos sobre como a psicanálise trabalha com aquilo que é rechaçado pelo discurso da ciência, o próprio sujeito do inconsciente, primeiramente mencionado por Freud. Este criou o novo campo baseado na associação livre a partir do limite que encontrou na medicina de sua época para compreender a histeria, a qual foi por muito tempo um desafio para a medicina e para a ciência, já que estas não conseguiam comprovar uma causa fisiológica para os sintomas histéricos. Assim, as histéricas não se encaixavam no discurso médico, como visto: “você não tem nada que seja possível de se inscrever no discurso médico.”

Logo, Freud foi além dos métodos científicos conhecidos e da anatomia e da biologia para poder dar voz à histérica, dando, assim, um lugar para o inconsciente se manifestar. Tendo em vista os constantes avanços que a medicina e a ciência sofrem ao longo do tempo, poderíamos nos questionar o porquê de não ultrapassar os seus limites para inscrever o sintoma histérico em seus discursos. Sobre isso, Jorge (1980) diz:

Ao dito do médico dirigido à histérica "*Você não tem nada*" cabe, pois, acrescentar o resto da frase que permanece, outrossim, não-dito: "*Você não tem nada... que seja passível de se inscrever no discurso médico*". Pois, se o "diagnóstico" de *piti* serve, no meio médico, para desqualificar a histérica, só serve é para *desqualificá-la enquanto doente*. O papel do doente, a histérica não o desempenha bem, na medida mesma em que seus sintomas são passíveis de regredirem subitamente sem qualquer intervenção médica ou, por outro lado, de se mostrarem inarredáveis mesmo após terem sido esgotados todos os recursos "mais modernos" da medicina. Esta recusa está na dependência de *os sintomas da histérica não remeterem ao discurso médico, mas ao próprio sujeito*. Ou seja, não é da *cena médica que se trata aqui mas de uma Outra Cena*, como disse Freud: *ein andere Schauplatz*. Exatamente por isso *foi a palavra da histérica a primeira a se fazer ouvir por Freud*. que se configura e um discurso totalitário que *exclui a diferença*, único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar. (p10)

Sobre o discurso médico ser um discurso totalitário, discutiremos no terceiro capítulo sobre sua relação com o discurso do Mestre, descrito por Lacan em seu Seminário XVII. Como a origem, a regressão e a cura dos sintomas histéricos não eram explicados pelos recursos da medicina, esta acabava desqualificando a fala da histérica acerca de seus sintomas, sendo tratado, anteriormente à Freud, como "piti". Para a medicina, não foi possível ultrapassar os seus limites para compreender o sintoma histérico pois este não se constitui como elemento "verdadeiro" para a ciência, visto que o que é verdadeiro, nesse discurso, é aquilo que pode ser comprovado através dos métodos científicos.

Se o discurso médico não se debruça sobre o sujeito doente, isto é, se para a medicina, o que constitui o sujeito em seu caráter singular, único, não a interessa, qual seria o objeto de seus estudos? De acordo com Clavreul (idem), a medicina faz uma espécie de seleção e retém apenas o que é utilizável, o que convêm para o diagnóstico e para o tratamento. Além disso, é preciso sobretudo que a equipe médica se proteja do erro, aquele no qual o doente tem chances de fazê-los cair. Ou seja, através da enunciação do próprio sujeito, o médico corre o risco de cair em suas palavras e realizar um diagnóstico que não seja baseado em evidências científicas, ou ainda que seja, mas

um diagnóstico errado. Podemos constatar nesse momento a segunda divergência entre o discurso médico e o da psicanálise: se a primeira diz respeito ao fato da medicina não ter como objeto o sujeito doente, mas sim, a doença, e a psicanálise, por outro lado, se propõe a trabalhar com isso do sujeito que o faz único, singular, e não com a doença e suas características fisiológicas em si, a segunda diz exatamente sobre o que faz o sujeito ter o seu caráter singular, e que é colocado de lado pelo discurso médico: o que se constitui como erro.

A histeria, os sonhos, os atos falhos, os lapsos, os chistes. Eis o que se opõe ao austero rigor que exige a ciência. Freud mostrou que todos esses erros têm em comum o fato de não ocorrerem de qualquer modo, mas segundo leis muito referenciáveis. São as leis mesmas da linguagem, como depois afirma Lacan. (CLAVREUL, 1978, p.19) O que é visto como algo a ser evitado a todo custo pela medicina, se torna objeto da psicanálise. Enquanto o objeto da medicina é a doença, o da psicanálise, por sua vez, é o sujeito do inconsciente, e sua forma de se relacionar com a doença e com o processo saúde-doença, no caso do trabalho em uma instituição de saúde.

Mais especificamente em uma instituição de reabilitação, outros elementos que estão em jogo além do processo saúde-doença são: o ideal de normalidade, que como já visto, se refere à produtividade e à atividade do homem para o Estado e para a instituição, mas que para o sujeito, pode ter diversos significados. É possível perceber que o ideal de normalidade que geralmente os usuários possuem durante um processo de reabilitação é referente à pessoa que eles eram antes de sofrerem o acidente, ou de terem o diagnóstico de alguma patologia. Portanto, uma das falas mais presentes nos atendimentos psicológicos consiste em querer voltar a ser quem era, e não apenas alguns traços de quem era, ou para algumas atividades que fazia, mas o que se pensa que era, de forma idêntica, em todos os seus aspectos fantasiosos. Dessa forma, o sujeito cria uma imagem de si, que não necessariamente é real, e se prende a ela, colocando como um ideal, muitas vezes quase impossível de ser alcançado, devido às sequelas ou dificuldades impostas pela enfermidade.

Outro elemento que nos interessa analisar como profissionais que se propõem a trabalhar com a psicanálise em uma instituição de reabilitação se refere à imagem corporal, e à angústia de castração. Todo sujeito se reconhece e se posiciona de alguma forma no mundo, e quando seu corpo passa a trazer alguma marca ou mudança drástica,

devido a uma doença ou acidente, há uma perda sofrida na imagem do próprio corpo, a qual se refere a uma ferida narcísica. No caso do paciente em reabilitação, ainda é possível perceber o que Freud descreveu como angústia de castração, visto que as limitações e perdas que o sujeito sofre acabam gerando para o mesmo de sentimentos de culpa e até mesmo de punição - “Portanto, além da angústia da perda do objeto, da perda de uma parte de seu corpo, surge a angústia de castração, presente nos contextos que envolvem circunstâncias de limitação e impotência.” (MARTINS, 2013, p.19)

A perda sofrida na sua imagem corporal introduz o real onde tudo era possível, onde existia apenas a fantasia, o mito individual de cada sujeito, onde havia a eternidade, império do gozo, puro imaginário. Esse real surge e nos faz confrontar com o que há de recalcado em nós, com a falta, com a castração, fazendo assim, a fantasia vacilar. O sujeito é obrigado a se confrontar com algo que ele evita lidar o tempo todo: sua mortalidade e sua impotência frente à mesma. Em relação à imagem corporal, estamos tratando de alguns conceitos importantes na psicanálise como o narcisismo e a construção do eu, e devido à extensão desses conceitos e o foco nesta pesquisa, não iremos nos aprofundar na explicação dos mesmos. Utilizamos esses exemplos para demonstrar a riqueza de aspectos que envolvem o sujeito em uma instituição de reabilitação, apontando para a direção que o olhar da psicanálise traz, contrastando com o objeto do discurso médico, isto é, o corpo material e a doença.

Para Clavreul, o doente, na ordem médica, se define pela soma de dois elementos: o homem mais a doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria sido retirada. Portanto: homem = doente - doença. Curando os doentes, separando-os da doença, o médico procede então como o escultor que extrai da pedra informe à imagem do Homem, o homem ideal. (Aquele que produz, que está ativo). Se substituirmos “homem” por “sujeito”, por definição da psicanálise, estaríamos afirmando, então, que o discurso médico não admite a existência de uma subjetividade ou de aspectos para além do físico, do biológico e do genético?

Com total clareza, não podemos fazer tal afirmação. Em nenhuma literatura encontramos que o discurso médico não admite a existência do sujeito, tal como proposto pela psicanálise. O que ocorre, como confirma Clavreul, é que tal discurso admite sua existência, porém, não se propõe a lidar com ela, passando a incumbência

para um psicólogo ou para um analista numa equipe de saúde multidisciplinar ou interdisciplinar, ou ainda, encaminhando para o consultório ou serviços desses profissionais.

Mais que ninguém, o médico não pode ignorar que uma pessoa pode deixar-se ficar doente, e até morrer, após eventos particularmente dolorosos que vão até o ponto de tirar-lhe toda razão de ser. Estas são, no entanto, considerações que são sem interesse próprio para a medicina. Enunciá-las não serve para nada, não desemboca em nenhuma prática. Um médico não se lançará em considerações sobre a miséria humana e a misericórdia divina, ou, se o faz, cada um descobrirá aí seu embaraço e julgará que o mal realmente ultrapassa os recursos de sua arte. Por mais interessantes que sejam todos os discursos possíveis sobre o mal e a doença, eles não retém o médico se não estiverem na ordem médica. (CLAVREUL, 1978, p.43)

O discurso médico se interessa então não pelo corpo morto da anatomia enquanto tal, mas o que nele se pode ler. Quanto ao “resto”, isto é, o corpo do doente, ele não é o objeto de seu desejo, pois não é senão o que resta uma vez retirada a doença. Por isso a medicina ignora da mesma forma o que faz a vida e a morte, o que constitui o desejo e o gozo. Sobre este último, Lacan em seu texto “o lugar da psicanálise na medicina” (1966) também aponta como uma diferença entre a medicina e a psicanálise. O corpo de que fala a psicanálise não é o corpo da anatomia, ou seja, o corpo material, mas sim um corpo que goza, que é feito para gozar de si mesmo. Lacan diz então que a dimensão do gozo é completamente excluída da relação epistemo-somática. (p.11)

Outro elemento importante acerca do discurso médico, portanto diz respeito ao fato deste discurso não se interessar pelo “Ser” do doente, como mencionado anteriormente. Há a afirmação desse Ser, mas não há interesse em estudá-lo, a não ser pela via da neuroanatomia, ciência que explica as causas da depressão e da ansiedade, por exemplo, através dos estudos dos neurônios, de substâncias e de outros componentes que fazem parte da vida cerebral. Quando um sujeito chega a uma instituição de reabilitação com sua patologia ou sequelas, é evidente que este irá se apresentar com um sofrimento implicado em suas queixas físicas, além dos seus desejos, fantasias, e gozo, inconscientes e conscientes. Apesar de atualmente a visão médica ter mudado em

relação à saúde, isto é, antes vista apenas como ausência de doença, agora é admitida como um conjunto de elementos biológicos, psicológicos e sociais, que fazem o homem ser reconhecido como um ser biopsicossocial; uma equipe de saúde interdisciplinar, ainda que reconheça os aspectos psíquicos e inconscientes que influenciam no processo saúde-doença do sujeito, não se vê preparada para trabalhar com esses elementos, permanecendo, assim, tratando de um braço, ou de uma perna, ou da fala, deixando os aspectos psicológicos e sociais para serem trabalhados com os profissionais da psicologia.

Isso quer dizer que, ainda que um sofrimento seja reconhecido, a equipe de saúde, pautada no discurso médico em uma instituição de reabilitação, “não quer e não pode nada saber” sobre ele. Este é visto pelo discurso médico como um sintoma, na medida em que é formulável nos significantes constituintes de uma síndrome que caiba na nosologia. O que a equipe pode fazer é ter vagas palavras de compaixão e simpatia que dizem mais respeito à caridade do que à sua especialidade. Do mesmo modo, ela não deixará que o doente fale demais de sua vida e de todos os elementos que não fazem parte, que não são integráveis no discurso médico. “De resto, ela não tem tempo para isso, pois outros doentes a esperam”. (CLAVREUL, 1978, p.83)

Por isso, quando algo do sujeito comparece no tratamento que seja fora do esperado, ou como um sofrimento impeditivo dos atendimentos, a equipe de saúde solicita o atendimento psicológico para que o analista lide com isso. A função então do analista é a de conter ou solucionar aquilo que se passa com o sujeito, sendo a proposta da psicanálise uma outra. A bomba é jogada no colo do analista, e este a recebe como o sujeito, não tendo como objetivo solucionar o que se passa com ele. Podemos dizer que a verdadeira função do analista é a de sustentar a angústia de se fazer ouvir sobre esse sofrimento, dando a ele um lugar, que é o lugar da fala, para que possa ser elaborado pelo sujeito. "Sofra, morra ou sare, mas sobretudo viva ate tua última hora", diz o médico. "Sofre ainda um instante, tudo é apenas mudança, o eixo gira, meu coração, sofre ainda um instante", diria antes o psicanalista. (CLAVREUL citando Littré, 1978, p.85)

É importante ressaltar também a diferença em relação à demanda para esses dois discursos. Ao falar de demanda, temos dois pontos: primeiro, em relação à função do

analista de fazer com que o paciente transforme sua queixa em uma demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito tem que se implicar. Segundo, em relação à diferença da demanda para o analista e para o restante da equipe de saúde. De acordo com Miller (1997), a demanda precisa ser feita a partir da própria iniciativa do paciente, ou pelo menos que ele aceite o convite ao trabalho analítico, partindo do princípio que algo lhe incomoda ou causa sofrimento. Já para a equipe de médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, e etc., essa demanda é social, ou seja, pode ser feita não só pelo paciente, mas também pelos seus familiares (os quais muitas vezes falam pelo paciente, tomando-lhe a voz), amigos, pela justiça, escolas, ou por outros profissionais.

Em uma instituição de saúde, muitas vezes o paciente é encaminhado pela própria equipe para o atendimento psicológico, sendo que ele mesmo pode não ter demonstrado o desejo de realizar os atendimentos, ou ter resistências para o mesmo. Isto pode levar a uma perda de tempo tanto do profissional quanto do usuário, o qual alega ao analista que só está ali pois acredita ser obrigado a fazer tudo que a equipe lhe diz, com medo de receber uma punição ou a alta institucional, não direcionando uma demanda ao analista, que por sua vez, também é obrigado a dar um retorno à equipe em relação ao encaminhamento, mais uma vez, dando uma solução ao que se apresentou como problema ao bom andamento do tratamento. Em situações como estas, Clavreul faz uma colocação que retrata a vivência de um profissional que trabalha com a psicanálise em uma instituição de saúde:

O psicanalista consultado nessas condições é uma espécie de mágico moderno, o qual permitimo-nos supor que possui receitas inexplicáveis, mas talvez eficazes. Em tais condições, o consultante chega, portador de um discurso que não é de forma alguma o dele, mas aquele, ambíguo, do médico, que só a contragosto se resigna diante desta confissão de uma derrota da ciência, da qual é o porta-voz. (1978, p.100)

Outro ponto que devemos destacar em relação à diferença da demanda para o discurso médico e o discurso da psicanálise é referente ao que é entendido como a real demanda do sujeito para com o profissional de saúde. Sobre isso, Lacan (1966) evidencia que quando o doente é enviado ao médico, ou quando o aborda, não é seguro

que ele esteja esperando pura e simplesmente a cura. Isso quer dizer que o sujeito põe o médico à prova de tirá-lo de sua condição de doente, o que é totalmente diferente, como aponta Lacan, pois isto pode implicar que ele está preso à ideia de conservá-la. (p.10)

O que acontece, não só com a figura do médico, mas no caso de uma instituição, com toda a equipe de saúde, é que o sujeito doente chega para pedir para autenticá-lo como doente, ou, “em muitos outros casos, ele vem pedir, de modo mais manifesto, que vocês (médicos) o preservem em sua doença, que o tratem da maneira que lhe convém, o que lhe permitirá continuar a ser um doente, bem instalado em sua doença.” (LACAN, 1966, p.10). Isso significa que a demanda do sujeito doente para com a equipe de saúde não é absolutamente idêntica ao seu desejo, sendo até mesmo, por vezes, oposta a ele.

No caso de uma instituição de reabilitação, o que pode acontecer é o sujeito demandar uma cura à equipe de saúde, enquanto que seu desejo é de permanecer em sua condição de doente ou de deficiente. Esse desejo diz de possíveis benefícios secundários que o sujeito pode ter com a doença ou com as suas limitações, como já presenciei diversas vezes na instituição. Seja por uma conseqüente aproximação com algum parente ou cônjuge, ou pelo ganho do benefício financeiro da aposentadoria ou de ajuda de terceiros, ou por qualquer outro ganho que possa decorrer da doença, é possível perceber que, apesar do sujeito afirmar que o que ele quer é a cura, o seu desejo diz outra coisa, o que faz o paciente não seguir as orientações dadas pela equipe, ou não tomar as medicações indicadas, ou até mesmo tomar atitudes que resultariam em uma piora em seu quadro clínico. A doença constitui para muitos doentes um verdadeiro estatuto social e familiar que confere ao sujeito uma existência que não teria sem ela. Isto não pode ser ignorado ao avaliar o que demanda o sujeito.

Outra diferença importante se refere ao sintoma, que para o médico e sua equipe, é constituído por eles mesmos, classificando-os. Para o analista, o sintoma só existe se for falado pelo paciente, visto que a clínica é oriunda do seu discurso. Para Silvestre (1996):

Para os psicanalistas, sofrer e testemunhar sobre seu sofrimento não quer dizer que o sintoma tenha se constituído, no sentido que nós damos a este termo na nossa disciplina. E

para que exista possibilidades de análise, é preciso que o sujeito aceite passar da queixa a colocar em jogo o sintoma, para além do sofrimento, portanto. (p. 05 )

Há então uma diferença também entre sintoma e sofrimento, visto que o primeiro é uma manifestação do inconsciente, enquanto que o segundo, do consciente. O sintoma está para além da queixa de sofrimento, e o sujeito pode gozar do seu sofrimento. Este último pode perdurar como um resto, apesar do tratamento do sintoma. Ainda de acordo com Silvestre (1996), Freud nos alertou para o fato de que temos que levar em conta essa resistência do sintoma e reconhecer que o sofrimento pode ser fonte de uma satisfação paradoxal, enigmática. Gozar desse sofrimento assinala para ele que uma pulsão estranha, silenciosa, está em ação subterraneamente: a pulsão de morte.

Por fim, falamos da prescrição, como outra diferença entre os discursos. Apesar de Clavreul se referir apenas à especialidade médica quando aborda este assunto, estenderemos a sua visão para toda a equipe de saúde. Durante um tratamento de reabilitação, a equipe avalia o paciente de acordo com as suas necessidades e ele faz os atendimentos com as especialidades que precisar para a sua reabilitação, dependendo de suas dificuldades e sequelas. Além das atividades realizadas durante as sessões, o paciente é orientado a fazer algumas coisas, ou é alertado a não fazer outras, a fim de prevenir riscos e conseguir alcançar os objetivos do tratamento.

Estamos falando, então, não apenas da prescrição médica de medicamentos, mas também da prescrição de atitudes ou comportamentos dada ao sujeito doente. A essa prescrição, Clavreul nomeou como “ordem” – a ordem médica, isto é, um enunciado que é dogmático: coma isso, beba isso, não faça aquilo, pratique exercícios, etc. Sobre isso, Lacan fez sua contribuição ao tratar sobre os imperativos do discurso médico: “conhece-te a si mesmo, radicado no próprio corpo enquanto higiene e sustentado pelo médico-santo.” (LACAN, 1971-1972/2012) A partir dessa afirmação, Lacan irá falar sobre como o discurso médico, como discurso do mestre, aprisiona corpos, como veremos no terceiro capítulo.

Todavia, o que acontece quando o desejo do sujeito comparece, resistindo a essa prescrição? A angústia se vê presente na equipe quando nas reuniões, um profissional alega não saber mais o que fazer para que o seu paciente siga as suas prescrições, tendo um discurso baseado em “ele tem que fazer”, pois é o melhor para ele. Como aqueles que sabem o que é melhor para o sujeito doente, visto que são os profissionais que detêm o saber sobre o paciente, as orientações são passadas muitas vezes sem analisar o contexto social, cultural e psicológico que o sujeito se encontra, além de não ser levado em consideração o seu desejo. É nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois é o princípio mesmo de uma função superegóica de uma ordem perante a qual devemos nos curvar e nos adaptar que a psicanálise põe em questão, tanto em sua relação com os poderes públicos quanto numa cura individual. Ordem que está na base da *sugestão* hipnótica e da posição de *sujeito que sabe* assumida pela equipe. (JORGE, 1980, p.9)

Vemos alguns pontos de divergências entre o discurso da psicanálise e o discurso médico. Entretanto, para concluir essa análise, algumas considerações precisam ser feitas: em primeiro lugar, ao falar sobre o discurso médico, não direcionamos o olhar apenas para o médico, mas para toda a equipe de saúde que se vê presente em instituições de saúde como as de reabilitação, por exemplo, onde vemos, além de médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros. Abrangemos o olhar também para estes profissionais, considerando que o discurso médico é o discurso hegemônico nesse tipo de instituição, colocando, então, as demais especialidades dentro da ordem médica. Suas formações são consideradas de apoio ou de suporte à atuação médica e, portanto, podem ser consideradas como braços da medicina.

Em segundo lugar, os profissionais de saúde se veem tomados pelo discurso médico, inclusive o próprio médico, sendo estes profissionais também separados de suas subjetividades por esse discurso. O desejo do médico se inscreve inteiramente nessa normatividade que o discurso médico impõe e não pode sair dela, sob pena de não mais ser médico, como aponta Clavreul (p.64). Os profissionais de saúde se tornam também alienados no discurso médico, são apenas representantes desse discurso. O ideal da relação médico-doente, a qual aqui estamos alargando para a relação equipe de saúde-doente, comporta tanto o anonimato do profissional quanto o do doente. O discurso

médico causa o apagamento da dimensão subjetiva não só do sujeito doente, como também do sujeito profissional de saúde, seja ele médico, como fisioterapeuta, nutricionista, etc.

Sobre a relação médico-doença, ou médico-doente (aqui se tratando de equipe de saúde-doente), Clavreul afirma que esta não existe. Só há relação instituição médica-doença, isso quer dizer que tanto a equipe de saúde, quanto o sujeito doente são destituídos de sua subjetividade, e a instituição, lugar de totalidade do discurso médico, apresenta o médico e sua equipe apenas como representantes anônimos do discurso médico, e a doença, por sua vez, objeto constituído pelo próprio discurso médico, sendo o sujeito apenas o terreno onde a doença se instala.

O médico não fala e não intervém senão enquanto é o representante, o funcionário do discurso médico. Seu personagem deve se apagar diante da objetividade científica da qual é o garante. Quanto ao doente, não é a ele que se dirige, mas ao homem presumidamente normal que era e que deve voltar a ser, isto é, um homem que raciocina corretamente, o que quer dizer que ele se submete a razão médica. (CLAVREUL, 1978, p.118)

Diante do apagamento da subjetividade da equipe de saúde e do sujeito doente, além dos aspectos já apresentados sobre o discurso médico em uma instituição, onde é o discurso hegemônico, como o discurso da psicanálise irá dialogar com esse discurso, e quais serão seus objetivos em uma instituição de reabilitação? Clavreul vai afirmar que a medicina se tornou o suporte ou o alvo da psicanálise, devendo nós, profissionais que trabalhamos com a psicanálise, tomar o cuidado para não reforçarmos um discurso, ao criticá-lo, tornando-o mais forte (LACAN, 1974, p.30), isto é, salientando-o, se utilizando de um totalitarismo psicanalítico para reforçar o totalitarismo médico.

Assim como faz em sua relação com a ciência, a psicanálise irá tomar como seu objeto, aquilo que a medicina nada quer saber, dando um lugar de escuta para o sujeito advir, em vez de promover o seu apagamento ou silenciamento. É importante lembrar que a psicanálise nasceu como um novo campo a partir do questionamento acerca dos limites da medicina em relação aos sintomas histéricos, não sendo possível então antes

dos avanços que a medicina sofreu, principalmente com o nascimento da ciência moderna, quando também foi inaugurado o sujeito através do cogito cartesiano, sujeito que é o mesmo da psicanálise. Dessa forma, faremos no próximo capítulo uma discussão sobre como esses discursos estão presentes em uma instituição de reabilitação, compreendendo que o lugar que o analista ocupa nesse tipo de instituição, tem uma relação estreita com a forma que o discurso médico se apresenta e seus efeitos sobre o sujeito doente e sobre a equipe.

### III

## O DISCURSO MÉDICO E A PSICANÁLISE NA INSTITUIÇÃO DE REABILITAÇÃO

*“A medicina se torna, então, o suporte ou o alvo da psicanálise. Pois não poderá ser senão em nome de um totalitarismo psicanalítico que viremos reforçar o totalitarismo médico.”*

(Clavreul)

*“Pois uma psicanálise não é uma investigação científica imparcial, mas uma medida terapêutica. Sua essência não é provar nada, mas simplesmente alterar alguma coisa.”*

(Freud)

A partir do que podemos observar até então, o discurso médico e o discurso da psicanálise possuem um contexto histórico o qual é importante para compreendermos suas respectivas incidências nas instituições de saúde na atualidade. Reconhecendo as características singulares de cada instituição, sendo um hospital geral, um hospital psiquiátrico, um ambulatório de saúde mental ou uma instituição de reabilitação, faz-se necessário especificarmos o tipo de instituição de saúde que estamos tratando, a fim de que se torne mais proveitoso para aqueles profissionais que trabalham nessas instituições, uma discussão acerca da incidência do discurso médico e o discurso do analista em uma instituição de reabilitação.

O segundo ponto importante para a discussão deste capítulo se refere aos discursos aos quais me refiro durante a pesquisa, usando como base teórica a teoria dos discursos de Jacques Lacan. Com a teoria dos discursos, será possível elucidar a leitura que a psicanálise faz sobre a medicina, para tratá-la como discurso, melhor, como o discurso médico. Também abordaremos os impactos discursivos que permearam o corte da Idade Média para a Modernidade, mostrando como o encontro de Freud com o sintoma histórico, e conseqüentemente com o seu questionamento acerca do mesmo,

possibilitou, a partir de um posicionamento ético inédito de sua parte, a consolidação de uma nova discursividade a partir da psicanálise.

### **3.1: A teoria dos discursos de Lacan**

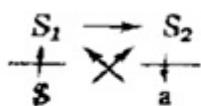
De acordo com Alberti (2000), a partir da formulação dos quatro discursos, o psicanalista passou a ter ao seu alcance um importante referencial com consistência teórica, que lhe permite, dentro da psicanálise, examinar e dialetizar a sua função no campo social. Lacan formulou a teoria dos discursos em seu Seminário XVII, proferido em 1969 e 1970, e publicado em 1992, chamado “O avesso da Psicanálise”, propondo que as modalidades discursivas seriam modalidades de laço social, uma articulação entre o simbólico e o real, a qual não é, como nos aponta Malcher (2017), uma articulação feita pelo recobrimento do real pelo simbólico, mas de um engendramento do real, a partir da incidência do significante, constituindo um aparelho discursivo que contempla o gozo em seu funcionamento.

Ainda, é sobre a posição que os sujeitos tomam em relação ao saber, à mestria e ao gozo, que estes discursos são articulados. Os discursos abordam o modo como o sujeito, a partir da singularidade de sua estrutura clínica, pode se movimentar no laço social, pode exercer o seu modo de gozo, numa relação específica com o saber e com a mestria. Portanto, Lacan inicialmente propõe quatro discursos: Estes são os do Mestre, do Analista, da Histórica e do Universitário. Como já mencionado, apesar de sabermos da importância de cada discurso e das diversas articulações que muitos autores fazem com os mesmos nas instituições de saúde, não iremos abordar todos os discursos, devido ao recorte feito para esta pesquisa. Em vez disso, para os fins deste trabalho, iremos abordar o discurso do analista e o discurso do mestre, seguindo as articulações de Lacan no Seminário XIX, quando o autor relaciona o discurso médico com o discurso do mestre.

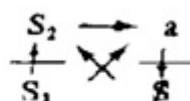
Além disso, é importante lembrar que, tendo em vista que no Seminário XVII, Lacan trata o discurso da ciência como sendo o novo discurso universitário, como mostra na passagem: “O discurso universitário é o que mostra onde o discurso da ciência se alicerça” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 97), com o cuidado de não entrar nas

especificidades dessa articulação entre o discurso da ciência e o discurso universitário, trataremos o discurso da ciência nas instituições de reabilitação como o discurso no qual o discurso médico se apoia diariamente em suas práticas. Portanto, não trabalharemos diretamente com a associação entre o discurso da ciência com o discurso universitário, como fez Lacan no seminário XVII, mas, em vez disso, enfatizaremos a articulação entre os dois discursos apontados.

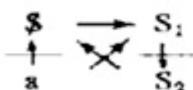
Discurso do Mestre



Discurso da Universidade



Discurso da Histórica



Discurso do Analista



Lacan, então, desenvolve a ideia de que o laço social, isto é, o relacionamento entre os seres humanos, é sustentado pelos discursos, a saber: do mestre, do universitário, da histórica e do analista. Portanto, assume as características da época e da cultura em que está inserido, distinguindo-se através das formas de gozo dos sujeitos, sobre os quais exercem seus efeitos. São quatro os elementos que constituem a estrutura de todo discurso: S1 – significante mestre; S2 – saber (cadeia dos significantes constituídos S2, S3, S4, etc., representada pela abreviação S2) ; a – mais-gozar; \$ – sujeito barrado do significante que o constitui (o sujeito, na definição lacaniana, é representado entre dois significantes: um significante e o que representa um sujeito para outro significante). Esses elementos podem ocupar os lugares: “o agente”; “a verdade”; “o outro”; e “a produção”. É importante ressaltar que, apesar de o discurso tratar de um enlaçamento entre os elementos cujas posições ele fixa, fixando assim uma posição para o sujeito, este último possui uma mobilidade em seu enlaçamento social, ou seja, o sujeito pode se situar em diferentes lugares, o que faz a configuração dos discursos.

Para a organização dos discursos, o autor fez uso de recursos lógicos oriundos da matemática, como o uso da Letra (álgebra matricial), assim como o esquema quadrípedes como um meio para indicar a relação de função (função matemática). Lacan fez ainda o uso de setas de implicação ou conexão, a fim de orientar o quarto de

giro circular como operador da transformação de um discurso em outro, por progressão ou regressão (sentido horário e anti-horário) possibilitando assim a circulação das letras, em permutação circular, por quatro lugares. A barra utilizada em cada discurso cumpre a função de ser o sinal que estabelece a resistência à significação, ou seja, a operação do recalçamento.

Além desses lugares, letras, barras e setas, Lacan inclui ainda o termo de “impossibilidade”, e a “impotência”. A primeira se localiza sobre e entre as barras, ou seja, entre os lugares, “agente” e “outro”, estando aí para localizar o ponto de fuga de cada discurso, ponto de furo, que dão sustentação real a cada discurso. É por vazar que um discurso toma o seu sentido, por ser impossível calcular seus efeitos. Dessa forma, o “poder dos impossíveis” está presente na tarefa de governar-politizar (D. do Mestre); de dominar ou de fazer desejar (D. da Histórica); de educar-ensinar (D. Universitário) e de psicanalisar (D. do Analista). Já a impotência é situada sob e entre as barras, entre os lugares da produção e da verdade. Lacan (1969-1970 / 1992) afirma que a verdade é a irmã da impotência, sendo a última a proteção da verdade. Portanto, a impotência representa o furo de cada discurso de se chegar à verdade através do saber, ou seja, não há como o saber recobrir a verdade. A verdade é, a saber, a impotência. (LACAN, 1999b, p. 54)

É através do discurso do Mestre que o S1 (Significante-Mestre) faz com que o sujeito entre na linguagem. Podemos supor, então, que o S1 implica o advento da linguagem, pois sua operação de representar um sujeito para outro significante (S2), tem como resto o objeto *a*. Ou seja, no momento em que o significante (S1) intervém no campo do Outro (A), campo estruturado por um saber (S2) em que outros significantes se articulam, surge o sujeito dividido (\$). Nesse trajeto há também uma perda, que Lacan denomina objeto *a*.

No discurso do mestre, temos: no lugar do agente, o significante mestre (S1); no lugar da verdade, o sujeito barrado (\$); no lugar do Outro, o saber (S2); e no lugar do produto, o objeto *a*. O significante mestre no lugar do agente submete o outro a seu discurso. Está, pois, no lugar de comando. O S1 é o agente que se direciona para o outro, que aparece como campo do saber (S2), no entanto, é interessante notar que o discurso do mestre exclui a fantasia (\$ <math>\diamond a</math>), interditando ( // ) a articulação entre o

sujeito e o objeto *a*. Esta interdição é que faz com que o mestre seja "em seu fundamento, totalmente cego".

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

A respeito desse discurso, o filósofo alemão Wilhelm Friedrich Hegel já havia tratado sobre a dialética entre o senhor e o escravo em sua obra intitulada “Fenomenologia do Espírito” de 1807, a qual serviu de inspiração posteriormente para Lacan na formulação dos quatro discursos. Assim, a relação social fundamental da humanidade é a relação de dominação-sujeição, o que funda a dialética, que poderíamos chamar de trans-histórica, do senhor e do escravo. Segundo Hegel, o escravo é o adversário vencido, que reconhece o senhor em sua dignidade e realidade humanas, e comporta-se de acordo com a sua condição de escravo, e o senhor só é senhor pelo fato de ter um escravo que o reconheça como tal.

Assim, na dialética do senhor e do escravo, tem-se uma relação dual em que um submete o outro, dizendo-lhe o que fazer. No discurso do senhor (discurso do Mestre), como nos é proposto por Lacan, o escravo mantém-se no lugar ocupado pelo saber. Ao contrário do senhor que não sabe, o escravo, ele, sabe. Ele possui em primeiro lugar uma competência — mãe de todos os saberes. Mas o que o escravo sabe privilegiadamente recai sobre alguma coisa que escapa ao senhor: seu próprio desejo de sujeito. O saber está assim voltado diretamente para o desejo do Outro, confirmando o escravo como desejante, o que o salva de ficar totalmente subordinado ao gozo apesar de sua escolha. Ele pode participar, tanto quanto o senhor, da subjetividade dividida da forma como ela é oferecida no discurso: como verdade, sem ligação com o saber.

Portanto, na visão de Lacan sobre o discurso do Mestre, podemos dizer que o que o Mestre faz é tentar velar sua divisão, sua castração, isto é, sua posição como sujeito. Isso é que faz o mestre ser cego. Esse mestre se submete à lei e faz ao outro a mesma sujeição, como forma a obscurecer sua verdade enquanto sujeito dividido. Todavia, o

sujeito comparece como o furo desses discursos, insistindo sempre em reaparecer, pois o \$ no lugar da verdade no discurso do Mestre mostra que não existe essa identidade ôntica e que o sujeito não é unívoco, mas, sim, dividido.

O discurso do Mestre é entendido como o discurso da Lei, cuja posição de mestre possui uma verdade onde se inscreve uma barra em relação à produção. Trata-se de um mestre castrado que dita as leis para o outro. Nesse discurso podemos observar então que esse outro (S2) fica na posição de trabalho escravo, ou seja, na posição de quem recebe a lei investida de um saber total que não deve ser questionável. Desta forma, o mestre se localiza como aquele que possui um saber total, ele se dirige ao escravo para reproduzir esse saber que, ao mesmo tempo, produz um gozo, tanto para o outro quanto para o agente. (LACAN, 1979-1970/1992) Faremos uma aproximação entre o discurso do Mestre e o discurso médico, propondo uma análise acerca dos momentos em que o discurso médico se apresenta como o discurso do mestre em uma instituição de saúde e de reabilitação.

O outro discurso com o qual iremos trabalhar de forma mais aprofundada é o discurso do Analista. Neste, o sujeito \$ ocupa o lugar do outro a quem se solicita que trabalhe, produzindo os próprios significantes que o constituem e os coloque em relação com a verdade. O saber situado enquanto verdade se apresenta como enigma (S2), que interpela o sujeito (\$) e resulta na produção de S1, significante que reporta aquele saber que não se sabe, o inconsciente. O analista ocupa o lugar de agente do discurso, fazendo semblante de objeto a, e sua sustentação reside no S2, ou seja, no lugar de saber da verdade.

Portanto, o discurso do analista é aquele que, como causa de desejo, visa o sujeito e lhe concede o lugar de sujeito. Este discurso é o único que trata o outro como sujeito \$. Tratar o outro como sujeito é possibilitar que ele se manifeste com sua singularidade, com seu S1, produto do discurso do analista. Mas o sujeito considerado pela psicanálise é o \$ – sujeito do inconsciente – que ao tomar a palavra não pode dizer tudo, na medida em que não é unívoco. Assim nos mostra Almeida (2010):

Sendo assim, o que o \$ vai deixar aparecer são seus equívocos – o mal-entendido – para que disso emerja, como produto do discurso o

S1: os significantes singulares de cada sujeito. O sujeito (\$) no discurso do analista é, portanto, um sujeito ativo, inventivo, criativo, um sujeito que trabalha, que não está pronto e acabado.” (p.896)

Dessa forma, o discurso do analista destaca o que do discurso do Mestre aparece como furo: o sujeito barrado, colocando a noção de sujeito como aquele que tem infinitas possibilidades de *vir a ser*. O discurso do analista se apresenta da seguinte forma:

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

O discurso do analista se vê representado nas instituições de saúde e de reabilitação pelos profissionais que apostam no trabalho pautado na clínica psicanalítica. A relação entre esses discursos e o discurso médico com o discurso do Mestre é o que veremos a seguir.

### 3.2: Discurso do Mestre e Discurso Médico

Primeiramente, não é o objetivo desta pesquisa afirmar o discurso do mestre como única possibilidade para o discurso médico nas instituições na atualidade. Como foi mencionado, muitos autores trabalham o discurso médico-científico como o discurso universitário nas instituições de saúde, porém, a proposta é pensar em que momentos é possível perceber a relação entre o discurso médico e o discurso do Mestre, escrito por Lacan.

Em seu texto “O desejo do analista no campo da saúde mental” (2002), Rinaldi traz a relação do discurso do mestre com o discurso médico no campo da saúde mental, lançando que o sujeito, no lugar de sujeito doente, é tomado como objeto do saber médico, sustentando os ideais de tratamento e cura. Assim, “O tratamento moral confere ao médico um lugar de poder e autoridade, frente a um sujeito perdido nas “paixões da

alma”: poder moral e disciplinador, através do qual o resgate da razão pode se efetivar.” (RINALDI, 2002, p.59)

Dessa forma, o médico ocupa o lugar de mestre, o qual tem o poder, através de seu olhar e de sua palavra, de restabelecer a razão do sujeito, perdido em suas paixões. O significante mestre (S1) age sobre o outro, produzindo a saúde mental, como objeto *a*. É aí que se situa o gozo, subsumido pelo saber (S2), como nos mostra Rinaldi:

(...) o objeto *a* é uma produção do discurso, estando disjunto do sujeito (*\$*). Ele não aparece como causa de desejo para o mestre e por isso o discurso do mestre é o único a tornar impossível a fantasia, na medida em que ela supõe a relação do *a* com a divisão do sujeito ( $\$ \langle a \rangle$ ). O *discurso do mestre* é, nesse sentido, recalcador para o próprio mestre, que é cego quanto a sua verdade. (RINALDI, 2002, p.60)

Apesar do campo da saúde mental ser específico com suas características singulares, podemos retirar alguns pontos importantes para pensar sobre o discurso médico nas instituições de reabilitação, outro possível local de trabalho para os analistas na atualidade. Se a medicina tem um lugar central nas instituições em cuja direção giram todos os outros serviços, o único discurso válido sobre a doença torna-se a categórica palavra do médico, o qual detém o saber sobre o processo de adoecimento. Na posição de Mestre, a medicina e seus métodos científicos acabam produzindo o assujeitamento, quando reduz o sujeito a uma doença ou a uma série de sintomas e quadros clínicos (isto é, a um significante que o identifica), e quando apreendido enquanto generalidade (mais um corpo que padece e que deve tornar-se são).

Em relação a tornar um corpo “são”, vimos como a história da origem da ciência e do avanço da medicina nos explica como a medicina chegou aos conceitos de saúde e doença atuais, tendo em vista que antes do nascimento da ciência, as doenças, principalmente as ditas doenças mentais, eram vistas como algo sobrenatural, “demoníaco”, conceitos atribuídos pela Igreja. Posteriormente, com o surgimento da ciência, foi possível dar início à preocupação da medicina em investigar a origem orgânica das patologias, passando a tratar então os “loucos” como doentes mentais, os quais precisavam ser internados e medicalizados. O conceito de saúde foi primeiramente

visto no seu sentido negativo, ou seja, pelo o que a saúde não é. E o que a saúde não é? Doença. Portanto, saúde seria primeiramente, a ausência de doença.

Atualmente, esse conceito já sofreu alterações, e a medicina trata a saúde através de uma perspectiva biopsicossocial, isto é, saúde passou a ser vista como um estado de bem-estar físico, psíquico e social, o que não quer dizer necessariamente uma ausência de doenças. Portanto, na visão contemporânea, um corpo “são” seria um corpo funcional, que produz, mesmo inserido em um quadro patológico. Esta visão é bastante característica em uma instituição de reabilitação, onde reabilitar significar tornar hábil novamente, visando uma reinserção do sujeito, se não no mercado de trabalho, na vida produtiva e social.

Em seu artigo “Terapia e psicanálise: da herança do sagrado à pesquisa científica” (2017), Gomes e Melo trazem a perspectiva de Heidegger (2007) acerca do corte do mundo moderno com o mundo Antigo, mais precisamente, sobre o fim de todo referencial de conhecimento que vinha das autoridades religiosas, para uma nova base de conhecimento: a ciência. Todavia, o que Heidegger ilustrou e, posteriormente, Gomes e Melo exploraram em seu artigo, foi que a concepção de “salvação”, que norteava o mundo medieval, não foi inteiramente abandonada, mas assumiu uma nova configuração compatível com a ciência moderna.

O termo “salvação” em alemão (*das Heil*) é usado por Heidegger para tratar da “salvação da alma”, da forma que era pregado pela Igreja até a modernidade. Gomes e Melo apontam que esse mesmo termo assume então um novo significado na modernidade, e fazem algumas aproximações com termos conhecidos hoje pelo discurso médico. Portanto:

(...) curado (*geheilt*), de uma doença provém do verbo *heilen* e *Heile* pode também ser traduzido como ‘são’, como na escolha do tradutor. Nessa passagem, porém, ele está relacionado à “salvação” (da alma) e por isso etimologicamente distante e distinto de *Gesunde*, “saudável”. Na língua inglesa o verbo *heal* (curar) tem a mesma etimologia de *heilen* (salvar ou curar, conforme o uso, moderno ou medieval), *Heil* (salvação ou cura) e também

*heilig* (apenas sagrado ou santo). (GOMES E MELO, 2017, p.144)

O que identificamos com esses autores, portanto, é a conotação que o termo “salvação” assume até os dias de hoje e que vemos presente no discurso médico, isto é, a idéia de “salvação” nos ideais “são (*Heile*, salvo, bem-aventurado) e saudável (*Gesunde*)”. Os mesmos autores nos chamam atenção para o fato de que ambos os discursos, o religioso e o médico, incidem sobre o mesmo objeto: o corpo. No primeiro, um corpo que é morada de pecados, e no segundo, como um ente que pode ser classificado como normal (saudável), ou como doente (patológico).

Caberia aos médicos legislar sobre essa nova espécie de conhecimento “que não se mede mais em relação a um ideal fixo, imóvel, totalizante, mas a uma construção sempre parcial regida pelo ideal do progresso científico”. (GOMES E MELO, 2017, p.144) É sua palavra que irá ditar o que é normal e o que é anormal, ou “doente”, “deficiente”, e é sua missão tornar o homem mais “são” (*heil*, salvo, bem-aventurado) e “saudável” (*gesund*). Lacan traz uma nova relação de significantes que se tornam essenciais para mostrar o que queremos tratar sobre o discurso do mestre nas instituições de saúde. Ele destaca a palavra “*médicin*”, em português “médico”, que tem a mesma fonética que o termo que ele cria: “*méde-saint*” (Medi-santo). Dessa forma, Lacan faz ressoar na prática médica a santidade responsável por “salvar”, ou agora, “curar”.

Indo mais longe, Lacan articula o médico-santo com o discurso do mestre na medida em que esse médico-santo ocupa o lugar do mestre (*maître*) na ciência moderna, possuindo o conhecimento do corpo de cada um enquanto “meu ser” (*m'être*). “Coloca-se a questão de como esse discurso conseguiu aprisionar [*attraper*] corpos. No nível do discurso do mestre/senhor, isso fica claro. No discurso do mestre/senhor, vocês, como corpos, estão petrificados [*êtes pétris*]”. (Lacan, 2012, p.220). Gomes e Melo (2017) corrigem a tradução feita da palavra “petrificado”, a substituindo por “moldados”. Assim:

O discurso do mestre, portanto, sova, amassa, modela corpos, preenchendo-os de uma forma excessiva. É assim, portanto, que ele captura - não aprisiona - corpos. Trata-se aqui, portanto, desse ato de

moldagem de um corpo a partir do conhecimento de si produzido pelos médicos-santos - corpo este que estará doravante submetido a todo tipo de operação de preenchimento possível, para estar dentro dos limites do higiênico, do “são (*Heile*, salvo, bem-aventurado) e saudável (*Gesunde*)”. (GOMES E MELO, 2017, p.147)

Segundo Clavreul (1978), o homem do qual o discurso médico se ocupa não é o que ele é, isto é, o sujeito doente, mas sim, o homem tal como ele deve ser, são e funcional. É, portanto, ao homem presumidamente são, pelo menos em seu passado e seu futuro, que se dirige o discurso médico. Tentando sempre constituir o sujeito tanto “normal” quanto possível, através dos tratamentos, das medidas de prevenção e de promoção da saúde, esse discurso se faz então normativo, ainda que o conceito de normalidade seja vago e tenha diversas conotações. Tal como: “Do lado do homem normal e são está o bem, a imagem à qual se pode e se deve se identificar. E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis. Tal é o díptico no qual se inscreve fundamentalmente a ética portada pelo discurso médico.” (CLAVREUL, 1978, p.121)

É no discurso do mestre, a partir da operação de colocar no lugar do semblante do discurso o significante-mestre (S1), que o sujeito ganha estofo. Ou seja, é pelo discurso do mestre, que faz um preenchimento excessivo, com violência, através do S1, que se dá a consistência ao Ser. Como aponta Gomes e Melo (2017), é na junção do discurso do mestre com a medicina que o corpo ganha “ser”. O discurso médico se encontra, portanto, estabelecido a partir de um discurso ligado ao “sagrado”, com os médicos-santos, o qual é sustentado na mestría (*maître*), indissociável de uma terapêutica tornada possível de um corpo “entificado”. (GOMES E MELO, 2017, p.147) Podemos afirmar, então, que o discurso médico é uma vertente do discurso do mestre e que o corpo é efeito desse discurso.

Vimos que o objetivo da medicina é retirar a doença do homem, tornando-o homem ideal. Este ideal é o que deve ser alcançado, pensando, de acordo com a visão mais atual da medicina, em um ideal de funcionalidade, independência, atividade e produção. O homem ideal em uma instituição de reabilitação é aquele que mesmo com sequelas motoras, intelectuais, ou com alguma patologia progressiva, consegue realizar

suas atividades diárias sozinho, além de manter suas relações sociais ativas, desfrutar do lazer, e sustentar sua saúde emocional. O que se questiona é a viabilidade de se manter são, diante das dificuldades enfrentadas e de todas as mudanças que ocorrem na vida do sujeito, muitas vezes “de uma hora para outra”, além de seu desejo, que como já visto, pode não estar de acordo exatamente com o que ele mesmo fala ou o esperado pela equipe de saúde.

O discurso médico constitui uma ordem das coisas em relação à qual cada um terá de se situar, para aceitá-la ou recusá-la. Ele institui não o ser, mas o “dever ser”, como diz Kelsen, citado por Clavreul. O homem, tal como é definido pelo humanismo e pela medicina, é da ordem do “dever ser” (*Sollen*). É o homem em boa saúde, aquele ao qual o homem poderá aceder se seguir as prescrições da razão e da ordem médica. O *Sein*, o homem doente, não interessa à medicina, o médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são, tomando ações para que ele alcance esse objetivo na sociedade. Assim também acontece em uma equipe de saúde em uma instituição de reabilitação, a qual, pautada pelo discurso médico, se dirige ao homem do futuro, ao homem são, e realiza seu plano de tratamento com o objetivo de alcançar esse “homem ideal”.

É importante lembrar que não só a instituição e a equipe de saúde se valem do discurso médico, o qual é o discurso hegemônico nas instituições de saúde, mas também os próprios usuários, pacientes que chegam na instituição em busca de seu tratamento, também são sujeitos inclusos na ordem médica. Fica evidente na primeira reunião de avaliação do usuário, quando ele e sua família, em conjunto com a equipe, realiza o PTS (projeto terapêutico singular, que irá formar todo o plano de tratamento) a sua fala dirigida ao médico e à equipe sobre “voltar a ser normal”, ou “voltar a ser quem eu era, ativo, trabalhador, dona de casa”, e etc.

O que aparece é o pedido de ser o homem são, ideal, como a ordem médica e a sociedade instituíram. Entretanto, o corpo não deixa esquecer que ele é um corpo que goza, e não apenas um corpo debilitado fisicamente, com sequelas motoras, e, assim, se apresenta como o furo do discurso médico, questionando seu saber totalizante. Quando aspectos subjetivos ou da ordem do desejo (inconsciente) aparecem, indo de encontro ao pedido de “voltar a ser normal”, a equipe, pautada no discurso médico, se vê segurando uma bomba que não está preparada para lidar, ou segurar.

O que o médico e a equipe de saúde observam é o que pode se inscrever num certo campo de saber, com exclusão de qualquer outra coisa. Isso que pode constituir uma teoria, pelo menos um diagnóstico, que tenha uma coerência. O resto, apesar de poder ser observado e levado em consideração, com o discurso médico, não sabem o que fazer, tentando dar conta do que é da ordem do inconsciente através dos instrumentos e métodos da medicina e de suas respectivas áreas, apagando assim o sujeito, apesar deste continuar aparecendo como uma fenda, como um furo no discurso médico.

Quando uma orientação é passada ao usuário, e ele, por sua vez, não a obedece, a equipe trata a situação como se fosse uma “falta de vontade” do sujeito, ou um “não comprometimento” por parte dele, com o seu tratamento e recuperação. Diante disso, os profissionais não veem outra saída a não ser insistir e mostrar a importância de tais orientações para a vida do usuário, porém, sempre ressaltando que, se as orientações continuarem não sendo atendidas, o paciente receberá a alta institucional, pois não haveria mais o que se fazer por parte da equipe. Essa observação sobre o olhar da equipe de saúde para com o paciente institucionalizado ocorre principalmente durante as reuniões de equipe e nos acompanhamentos de caso, onde equipe e paciente se reúnem para discutir o andamento de seu tratamento e as metas do mesmo.

Como uma psicóloga que trabalha com a psicanálise nesse contexto institucional e multidisciplinar, encontro o desafio de sustentar uma posição proposta pelo discurso do Analista, a de objeto, que se faz o sujeito suposto-saber, e não aquele que sabe e afirma que sabe sobre o sujeito. Todavia, não é uma tarefa fácil, e sim construída com leituras, a análise pessoal, e com a prática de cada dia, apostando no trabalho psicanalítico nesse contexto institucional. Não é raro me ver em momentos em que afirmo ou me questiono se tal atitude do usuário está refletindo um não comprometimento da parte do mesmo com o tratamento, mas é nesse momento que a psicanálise me ajuda a pensar e tratar o usuário como sujeito, que possui medos, fantasias e desejos, o que faz pensar o simples “não comprometimento” como algo muito mais complexo e com diversas nuances. O que se faz necessário, em meu lugar de profissional que trabalha com a psicanálise, é dar um lugar para a escuta desse sujeito, escutar o “não comprometimento” é o que faz o analista em uma situação como esta, o que não é qualquer coisa, como veremos mais adiante.

Outro fato importante acerca da representação do discurso médico nas instituições de reabilitação é sobre o poder da admissão e da alta institucional do paciente. Para realizar o tratamento, é necessário que o paciente passe por um médico fora da instituição, para que ele possa encaminhá-lo para o tratamento de reabilitação. Chegando à instituição, o sujeito passa novamente por uma avaliação médica, dessa vez, com o médico da própria instituição, o qual irá decidir, baseado nessa avaliação, se o paciente está apto ou não para realizar o tratamento em tal lugar. Durante esse período, são realizadas novas consultas médicas para reavaliações, até que a equipe de saúde, em conjunto com o departamento médico, decide pela alta institucional, seja por objetivos alcançados, ou pela estagnação da evolução do tratamento, que pode ocorrer por diversos motivos.

Essa responsabilidade médica sobre a admissão e alta do paciente nas instituições lembra a comparação que Clavreul fez entre o médico e “aquele que lê a sorte”, pois: “o futuro está inscrito nas palavras que eles pronunciam”. (p.51) Assim, é principalmente o médico, com a ajuda da equipe de saúde da instituição, que toma a decisão sobre o futuro do paciente em relação à sua patologia. Na instituição de reabilitação, esse futuro diz respeito ao uso ou não de uma cadeira de rodas, ou uma prótese, órtese, se poderá retornar ao mercado de trabalho, se poderá fazer uma atividade física, uma viagem, o que poderá ou não fazer em sua rotina, etc. Mas, principalmente, diz sobre o momento da alta institucional. Este é um momento delicado, visto que o que está em jogo é a expectativa do paciente e de sua família em relação a sua melhora ou cura.

O que o paciente geralmente entende com a notícia da alta é um atestado de “não melhora” do seu estado, isto é, como se a equipe estivesse lhe informando que aquele estado físico era o melhor que ele pudesse alcançar, e assim, suas expectativas de “voltar a ser quem era”, ou de cura, são jogadas para baixo. Podemos dizer que a alta institucional funciona como um real que retira o véu de fantasias com o qual o sujeito se acolhe e se protege frente às suas limitações. O véu cai, e o sujeito não se vê capaz de lidar com esse real, o que faz com que a equipe ouça com frequência queixas como: “Mas eu ainda não estou bem para receber alta”.

Por estar em um setor de preparação para a alta institucional, tenho a oportunidade de trabalhar diretamente com essa situação, em que, diante das queixas do paciente e de sua família, a equipe se dirige a mim: “a psicologia vai trabalhar a alta com vocês.” Com essa demanda, frente às limitações que surgem por trabalhar também com regras institucionais, o que um analista em uma instituição de reabilitação pode fazer, senão oferecer um espaço de escuta para que o sujeito possa fazer um trabalho de luto em relação à alta e tudo que a engloba: suas expectativas, fantasias, medos, desejos, ganhos, e principalmente, perdas. Esta última pode estar relacionada à sua imagem corporal, afetada por uma patologia, a um estilo de vida, um trabalho, relacionamentos, enfim, a uma série de perdas que o sujeito sofre devido ao acometimento de uma patologia.

Poder falar e elaborar essas perdas é um trabalho que se faz necessário durante todo o processo do tratamento, entretanto, aparece com uma maior urgência no momento da alta, quando o paciente se depara com esse real. Em vez de dizer o que o paciente deverá fazer dali em diante, o analista questiona sobre o desejo do sujeito, também em uma tentativa de fazer o trabalho de luto resultar em novas direções para o seu desejo. Isto é, frente às perdas sofridas com a patologia e com a notícia da alta, escutar o que está “mais além” de suas queixas, a fim de que o sujeito possa fazer um trabalho de elaboração e redirecionar a sua libido para novos objetos, tornando possível pensar em novas possibilidades após a alta.

Há, como afirmou Clavreul, ao citar Leriche, uma distinção entre a “doença do médico”, definível a partir de critérios médicos e “a doença do doente”, a que é sentida como tal por ele. Essa segunda é o que o analista vai se propor a escutar em uma instituição de reabilitação, apostando que apenas o sujeito pode falar sobre o que o acomete, ao mesmo tempo em que a psicanálise não ignora ou nega a “doença do médico”, pois não é seu objetivo afirmar uma posição negativa da medicina, mas sim, de dar lugar a um sujeito que o discurso médico não quer lidar, por apenas trabalhar com o que é visível para os seus métodos científicos.

Podemos afirmar então que a psicanálise terá lugar nas instituições onde o discurso hegemônico é o discurso médico justamente por este último ter o sujeito como o furo de seu discurso, apostando no inconsciente o qual é tomado como uma bomba, com a qual a equipe de saúde não quer segurar. Assim como o discurso médico se aproxima do

discurso do mestre quando, ao velar sua própria posição como sujeito barrado, acaba fazendo o mesmo com o outro, assumindo a posição de todo-saber, um saber totalizante sobre o outro, modelando corpos, não restando espaço para outras possibilidades desse vir-a-ser. O discurso médico faz isso não só através do seu olhar sobre a doença, e não sobre o sujeito doente, como também pelas suas prescrições (ordens), ao não lidar com nada que não faça parte das manifestações da doença, e também através do diagnóstico.

Sobre o diagnóstico, sabemos que este serve como uma importante referência durante o tratamento. Entretanto, como um significante que nomeia uma doença para o sujeito, seu uso não se faz sem efeitos. Marcado em seu corpo por alguma deficiência ou patologia, o paciente em tratamento fica aprisionado na relação desses significantes com seus significados atribuídos pelo discurso médico e pelas instituições médicas, como “deficiente” ou “doente”, como já vimos. Ao colar nesses significados, o sujeito acaba se fixando nessas identificações, não deixando espaço para outras possibilidades de ser, ou de fazer a sua singularidade emergir, apesar de a psicanálise apostar que ela está lá.

O discurso do sujeito fica preso em apenas uma articulação possível entre o significante e o significado, impedindo que S1 faça cadeia, se ligando a outros significantes. Entretanto, o que o discurso do analista nos informa é que o sujeito não é unívoco, e, portanto, apenas um significante inseparado de um significado, não dá conta de dizer sobre ele.

Relacionando com a indicação de Gomes e Melo (2017), o discurso do mestre representado pelo discurso médico, modela os corpos, e uma das formas pelas quais ele faz isso é através do diagnóstico médico, o qual tem justamente o efeito de atrelar um significante a um significado e, conseqüentemente, identificar o sujeito a um nome. No caso das instituições de reabilitação, podemos ainda acrescentar que o discurso do mestre “normatiza” esses corpos, como afirma Bonfim:

A prática médica, assistencial e pedagógica desses centros consolida-se pautada em teorias que sistematizam uma normatização dos corpos e um saber construído através da deficiência. Um saber pronto está sempre em jogo, e essa é a grande armadilha de todo centro de reabilitação, que, pautado no "bem", pode deixar de fora o mais valioso: a singularidade de cada um.

(2014, p. 81-82).

Como nos aponta Bonfim, como sujeitos, lidamos com a questão de uma diferença irreduzível e estrutural, que é constantemente velada. Todavia, aquele que possui alguma deficiência ou doença, essa diferença é tomada a partir do traço biológico, da marca em seu corpo. O médico, ou a equipe de saúde, ocupam o lugar de mestre, de detentores do saber, enquanto o outro (S2) fica na posição de trabalho escravo, ou seja, na posição de quem recebe a lei investida de um saber total que não deve ser questionável. Quando foi apresentado também o discurso do Analista, indiquei esse discurso como aquele que é utilizado pelos profissionais que se propõem a trabalhar com a psicanálise (mesmo que não seja psicanalista, que não atue no setting analítico) nas instituições de saúde, mais especificamente nas de reabilitação. Com isso em vista, vamos abordar novamente esse discurso proposto por Lacan para responder à nossa questão central da pesquisa: qual é o lugar do analista em uma instituição de reabilitação?

### **3.3: O lugar do analista em uma instituição de reabilitação**

Estamos trabalhando com a relação entre o discurso do mestre e o discurso médico, quando este último se apresenta como um discurso totalizante, visando um saber-todo sobre o outro, ao mesmo tempo em que tenta velar a sua verdade, de que o próprio mestre é um sujeito dividido, não sendo possível então existir um saber que seja total em si mesmo. Esse saber que se coloca como totalizante se apoia no discurso da ciência, como vimos, em sua cientificidade, e conseqüentemente na influência que a ciência passou a exercer sobre todos desde sua revolução no século XVII.

Ninguém duvida da ciência, e, portanto, da medicina e das suas disciplinas. O médico e o profissional de saúde em uma instituição se tornam os detentores do saber, aqueles que possuem um saber que os outros não podem ter, o que resulta em relações de poder, onde há, de um lado, aquele que sabe, e do outro, quem “obedece”, isto é, um especialista, e o paciente / usuário. Além disso, o discurso médico nada quer saber sobre a verdade do sujeito, aquilo que o diferencia dos outros pelo seu caráter singular, que o faz ser único. Ele não quer saber, pois não pertence ao seu discurso o que não pode ser observado e comprovado através de seus métodos científicos.

Eliminando qualquer outro discurso, e conseqüentemente o do próprio doente, o discurso médico afasta, pois, um certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmos. É da visada totalitária do discurso médico nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual, e não pode resultar em nenhuma prática que fosse médica. (CLAVREUL, 1978, p.45)

Podemos perceber que Clavreul não fala que o discurso médico elimina apenas o discurso do doente, mas sim qualquer outro discurso senão dele mesmo, tornando-se soberano, como vemos nas instituições de saúde, onde o discurso médico é hegemônico, ficando qualquer outro discurso subordinado a ele. Falamos anteriormente como a psicanálise só se tornou possível a partir do surgimento da ciência moderna, e a partir das críticas que Freud pôde fazer a respeito dos limites da medicina de sua época em relação às pacientes históricas. Se, atualmente, sabemos que uma instituição de saúde tem como o seu discurso hegemônico o discurso médico, como se encontra o discurso do analista nestas instituições? Ou melhor, na sua relação com o discurso médico e com os demais discursos que atravessam uma instituição de saúde, qual é o lugar do analista?

Se pudéssemos responder a essa questão em apenas uma frase, teríamos: A psicanálise restitui ao sujeito seu lugar. Isso porque a medicina escamoteia o seu lugar, ao constituir um discurso em que o sujeito (da enunciação) não se manifesta, em que a verdade enunciada por ele deve ser independente daquele que a enuncia. “As formações do inconsciente - atos falhados, sonhos, chistes e sintomas - ao mesmo tempo que constituem o lixo da ciência e da medicina (aquilo que a ciência e a medicina dejetam por não poder inscrever em seu discurso), são o objeto de atenção da psicanálise.” (JORGE, 1978, p.12)

Portanto, isso que se faz furo no discurso médico, o que é foracluído no discurso da ciência, se torna objeto da psicanálise, restituindo o seu lugar como sujeito. O assujeitamento que o discurso médico produz por não querer saber do sujeito se torna o oposto do que acontece no discurso do analista. No Seminário XVII, quando Lacan descreve a teoria dos discursos, ele afirma que o discurso da psicanálise é avesso ao

discurso do mestre. Compreendemos que para que o sujeito entre na ordem simbólica, faz-se necessário um significante-mestre (S1), e que no discurso do mestre se trata de um sujeito que sabe e não de um sujeito suposto saber, o qual é característico do discurso da Psicanálise. “Assinalamos então o fato de que o discurso do Mestre provoca um assujeitamento do outro, de forma contrária ao que ocorre no discurso do Analista, o único em que o outro ocupa o lugar de sujeito.” (JORGE, 2002)

O discurso do analista vai pôr uma causa ao sujeito: a própria causa como implicando esse sujeito, solicitando a produção de significantes e pondo em repouso o saber. O analista, como vimos no matema dos discursos, ocupa o lugar de agente, fazendo semblante de objeto a: ele é a causa do desejo de saber o sentido dos sintomas de \$. Ele age sobre o analisando que, com a associação livre, diz o que lhe passa em sua mente. Separado do sentido dos sintomas (S2), o sujeito barrado produz um sujeito suposto saber do qual está literalmente barrado e que projeta no analista. Mas o sujeito suposto saber é impotente para dar conta do saber inconsciente do analisando: a verdade só pode ser semi-dita, não podendo ser nunca S1. O saber está no lugar da verdade, mas é impossível dizer a verdade toda, ou seja, esse saber não se traduz num discurso de domínio.

O saber inconsciente (S2) ocupa, no discurso do analista, o lugar da verdade. E estando no lugar da verdade, é um enigma, um dito pela metade. Assim, Rabinovich (s / d) nos fala sobre a função do analista:

Nossa função, enquanto analistas, é colaborar no advento e no reconhecimento do desejo inconsciente, função que se indica no discurso do analista, através desse impossível que, no manifesto, articula a sua primeira linha:  $\$ \langle \rangle a$ , a fórmula da fantasia, através da qual o "a" lhe chega ao sujeito. [...] Fazer surgir o objeto causa de desejo do dizer do analisante nada tem a ver com uma suposta adequação do paciente à 'realidade', no sentido habitual do termo; não implica qualquer juízo sobre qual seja o melhor objeto para o sujeito, a não ser a recuperação da sua dignidade enquanto sujeito. (RABINOVICH, s/d, p. 17)

Contrastando com o que havíamos falado sobre o termo médico-santo, Rinaldi nos lembra que o analista, em seu discurso, ocupa o lugar de santo, não por fazer “caridade” ou por ter a função de “salvar” ou “curar”, mas por bancar o “dejeito” e, com isso, realizar o que a estrutura desse discurso impõe, isto é, “permitir ao sujeito do inconsciente tomá-lo como causa de seu desejo”. (RINALDI, 2002, p.53) A autora também fala sobre a posição de avesso do discurso do analista frente ao discurso do mestre:

O que está em lugar de agente no discurso não é o significante-mestre (*SI*), mas o *objeto a*, como causa de desejo e lugar de gozo (*mais - de- gozar*). É ele que agirá sobre o sujeito, no lugar do outro, para produzir o significante-mestre (*SI*) que o marca e divide. Ao contrário do *discurso do mestre*, que parte da exclusão da fantasia, no *discurso do analista* esta vem para a boca de cena, onde o analista, ao ocupar o lugar de agente, se oferece como causa de desejo para o sujeito. (RINALDI, 2002, p.61)

Pelo discurso do analista, o sujeito é incluído na cena discursiva, na medida em que há o favorecimento do bem-dizer do desejo, logo, “de um dizer que remete ao inconsciente, propiciando a produção de um saber singular e único que diverge de um saber que se pretende totalizante e se desencontra de um saber genérico e universal (im)posto pelo Outro institucional.” (Ramos e Nicolau, 2013, p.810)

O analista é convocado para “segurar a bomba” que ninguém quer segurar, porque o discurso científico que atravessa as instituições de saúde tem como característica a forclusão do sujeito, já o discurso médico, o assujeitamento. Assim, quando esse sujeito (re)aparece como furo no discurso médico por não se esgotar a apenas uma articulação entre significante e significado, isto é, por um significante não ser o suficiente para dar conta de dizer sobre aquele sujeito, uma equipe de saúde se depara com a angústia do não saber, o que gera sentimentos como impotência, culpabilização e frustração, convocando o psicólogo a dizer sobre isso que eles não podem e não devem dizer.

Frente a essa demanda, o que o profissional que aposta no trabalho do discurso psicanalítico pode fazer? Qual seria o lugar do analista frente à forclusão do sujeito pelo discurso da ciência e à alienação do discurso do Mestre? Só pode ser o lugar de escuta, um lugar de objeto, assim como mostra o discurso do Analista, que coloca o sujeito para trabalhar, dando lugar para a escrita disso que é rechaçado pela ciência e velado pelo Mestre. O que se propõe nessa pesquisa, portanto, é o discurso do analista como uma possível “entrada” do sujeito nas instituições. Entrada, introdução do sujeito, pois este se encontra foracluído do discurso da ciência, e quanto ao discurso médico, do sujeito este nada quer saber. Como vimos, para isso ser possível, foi necessário que Freud ouvisse outra coisa e abandonasse sua posição de médico no discurso do mestre para tomar a queixa da histérica em sua dimensão discursiva, possibilitando, assim, o discurso analítico.

Percebemos então que o analista não pode “dizer” nada sobre o sujeito, pois o que ele faz é justamente sair da posição de mais um especialista, que “sabe” sobre o que acomete o sujeito e sobre o que “é melhor” para ele, para dar voz ao inconsciente, para escutar o que o sujeito tem a dizer sobre ele mesmo, visto que o analista é aquele que não só não sabe o que o sujeito tem, como é aquele que aposta que o sujeito sabe, então só ele pode dizer sobre isso. Ou melhor, semi-dizer, levando em conta que o saber nunca pode ser total, pois há sempre algo que o sujeito não sabe sobre si completamente. Concluindo:

Se o discurso médico, na maioria das vezes, tende a uma abordagem universalizante, regida pela ética do cuidado da política de saúde, fazendo do usuário um depositário do saber, cujo corpo adoecido e objetalizado pelo olhar esquadrinhador da instituição de saúde, a psicanálise, por seu turno, cabe um fazer diferente, o de possibilitar o pronunciamento do sujeito do inconsciente através da palavra e a ela, tomando o caminho do ouvir, oferecer sua escuta, permitindo que apareça aquilo que é da singularidade, da subjetividade. Eis o que há de *sui generis* nessa modalidade discursiva: a radical sustentação da dimensão inconsciente. (Ramos e Nicolau, 2013, p.811)

É importante ressaltar que não estamos afirmando a psicanálise nas instituições de

reabilitação como uma verdadeira “salvadora” do sujeito, até pelo o que sabemos sobre o significante “salvar”, não há relação com o que a psicanálise terá como proposta para o sujeito. Além disso, nosso objetivo não é propor uma remediação ou até mesmo negar os resultados positivos dos programas de saúde propostos nas instituições, mas de sustentar esses impasses colocados em uma equipe de saúde, sustentando o “não-saber”, com o auxílio da teoria psicanalítica, a fim de contribuir para positivar a ação do sujeito, o qual mostra a todo o momento aquilo que “falha”, e assim impedir com que uma política se esgote, sem se questionar nos seus atos. Afinal, o que o discurso da psicanálise faz é destacar o sujeito como o furo do discurso médico, enfatizando a existência desse sujeito, que se encontra foracluído também do discurso da ciência, o qual é a referência para o discurso médico. Assim:

“(…) A operacionalidade discursiva porta um limite e é a esse limite constitutivo de todo discurso que se reporta uma análise. (...) Um “caroço”, que, enfim, cabe à clínica psicanalítica acolher, como o resto do mal-estar que não cede diante da sempre renovada promessa de bem-aventurança.”  
(GOMES, 2018, p.126)

Mais especificamente em uma instituição de reabilitação, onde o foco está em tornar o homem novamente funcional, produtivo e independente, a figura do analista se torna importante na equipe multidisciplinar para que haja um lugar de escuta para o sujeito, o qual se vê moldado por esses significantes aprisionados em um significado que o enquadram em uma normatização característica da nossa sociedade atual. Uma escuta que permite ao sujeito construções de novos significantes, principalmente a partir de uma sustentação de um “não saber”, apostando que apenas o sujeito pode saber sobre si mesmo, ainda que também não seja possível um saber total.

Apostar no sujeito como furo do discurso médico é possibilitar que o saber imposto sobre o sujeito não se baste e não seja suficiente por si mesmo, abrindo assim, portas para outras saídas e intervenções da equipe de saúde para os casos que lhe geram angústia. E mais importante, destacar que a psicanálise na instituição de reabilitação não se coloca como mais um especialismo, mas um “olhar” para o sujeito, tendo sempre em vista as relações e discussões que irá traçar com os demais discursos que ultrapassam essas instituições.

## Considerações Finais

Frente ao efeito causado pelo aprisionamento do significante ao significado que ocorre com os diagnósticos e com os “nomes” dados ao sujeito nas instituições de reabilitação, como “doente” e “deficiente”, podemos dizer que o que ocorre é que a significação, nesses casos, acaba sendo tida como “evidente”. Entretanto, o que Lacan nos demonstra é que o significado não é um índice fracionado dos termos de um signo unitário, mas o efeito do encadeamento de um significante ao outro na cadeia simbólica. (BISPO E SOUZA, 2013, p.627) Dessa forma, o sentido passa a depender não do rigor de um conceito atributivo, mas do efeito de retroação de um S2 a um S1, numa linha diacrônica de significação.

Este fato implica, segundo Lacan, uma “exclusão metafísica, a ser tomada como fato de des-ser” (LACAN, 1970/2003, p. 401). De acordo com Lacan, nenhuma significação deve ser colocada como evidente, e é por este caminho que o analista pode dar a sua contribuição em uma instituição de reabilitação, onde esses “nomes” classificam, segregam, aprisionam e modelam corpos, como já exposto anteriormente. É por destacar essa independência dos significantes em relação às significações, que o analista, se colocando no lugar de objeto a, pode pedir para que o sujeito trabalhe, e assim, produza novos significantes e faça novas articulações entre significantes e significados.

A partir do momento em que o sujeito, com seu corpo sendo efeito do discurso médico e do discurso do mestre, se dirige à equipe de saúde, sustentando-se no lugar de “doente”, ou de “deficiente”, por exemplo, o analista tem o papel de não dar por “entendido” ou “concluído” essas significações, questionando, em vez disso, a colocação destes no discurso do sujeito. Questionar as escolhas dos significantes usados pelo sujeito é dar abertura para que novas compreensões e produções ocorra, fazendo, assim, emergir o caráter singular de cada sujeito. Falar de um corpo é fazê-lo consistir enquanto fato discursivo. (GOMES E MELO, 2017, p.147)

Como nos aponta esses autores, a psicanálise não só não dá um “estofa” a um pretenso suporte corporal, como acontece com o discurso médico; mas a partir dela, se pode colocar em xeque a pregnância da substância. (p.148) Assim fez Freud, ao questionar à histérica sobre os seus sintomas e sobre as tentativas de descobrir a origem diagnóstica da histeria que a medicina de sua época impunha. Logo, Freud não se manteve preso a uma sintomatologia médica, a qual se reportavam os “doutores

médicos”, mas tomou as queixas e os sintomas das histéricas em sua dimensão discursiva, dando voz à histérica, de forma inédita. Uma vez que o corpo do qual as pacientes de Freud se queixavam foi esvaziado de substância, a torção operada entre os discursos foi possível: do discurso do mestre, que garantiria uma terapêutica, uma higienização, uma normatização, para o discurso do analista, que propõe a passagem dessa impotência.(...) Neste sentido, foi necessário que Freud ouvisse outra coisa e abandonasse sua posição de médico no discurso do mestre. (GOMES E MELO, 2017, p.148)

Voltamos então à indicação de Freud sobre a psicanálise ser leiga, no sentido de não ser orientada pelo discurso do médico-santo, o qual tem por objetivo “salvar”, como vimos em sua herança dos doutores da Igreja. Admitindo que todo saber tem um limite, a psicanálise não se posiciona no lugar da mestria, mas aposta no discurso do sujeito. No caso do trabalho nas instituições de saúde de reabilitação, o discurso do analista visa potencializar isso que fura o discurso do mestre, que escapa. Apostar no sujeito que tem de responder frente ao desejo do Outro, diante do qual não há uma resposta universal, adequada, perfeitamente classificável. Ao tomar o discurso do analista como referência, encontramos sempre um sujeito completamente único que frustra a universalidade esperada no Outro. Somente deslocando a mestria discursiva da ciência – sobretudo das ciências médicas – é que podemos sustentar continuamente a aposta em nossa prática.

O que Lacan elucidou ao afirmar o discurso da psicanálise como avesso ao do mestre é que, o primeiro, demonstra claramente a impossibilidade do ato de governar do segundo: ao se fazer de objeto causa do desejo, o psicanalista lança o sujeito na sua divisão, demonstrando-lhe isto: que o inconsciente não se deixa dominar. A análise revela, portanto, aquilo que o seu avesso esconde. O discurso da psicanálise, como mostra Lacan, é o que destaca a impossibilidade, fazendo com que a falta inerente à estrutura discursiva permita uma circulação entre diferentes modos de se lidar com o real.

Por fim, é importante destacar que não é nossa intenção colocar a psicanálise como o discurso que irá corrigir os demais. O poder da psicanálise não está em atuar sobre eles, no sentido de retificá-los ou aprimorá-los, nem de se insurgir, vestida de camisa vermelha, contra seus equívocos, a fim de se apresentar como uma substituta mais efetiva para a constituição propícia de um “bom” laço social. (BISPO E SOUZA, 2013,

p.635) Nosso objetivo, portanto, é de questionar qual é o lugar do analista nas instituições de saúde de reabilitação, tendo em vista que esses questionamentos são essenciais para a discussão entre aqueles que se propõem a trabalhar com a psicanálise nesse tipo de instituição. Positivar a ação do sujeito e servir como uma possível entrada para o inconsciente freudiano, que se encontra velado no discurso hegemônico nessas instituições. Isto é, a bomba que é jogada pela equipe de saúde, deve ser resgatada como sujeito, no discurso do analista. É através da fala que o S1 pode deslizar e perder a dimensão identificatória que daria ao sujeito um ser. Ao oferecer um espaço para a escuta do sujeito, este pode fazer outra coisa com o significante, desprendendo disso que o diagnóstico dá como significado.

Sem a pretensão de obter respostas para todas as questões elucidadas nessa pesquisa, fica para futuras pesquisas a ansiedade para uma reflexão englobando o mundo mais abrangente que Lacan nos oferece com os quatro discursos e com o contra-discurso, buscando sempre enfatizar a importância desse tipo de discussão no meio acadêmico com o institucional.

### Referências Bibliográficas

ALBERTI, S. (2000). Psicanálise: A última flor da medicina. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Clínica e pesquisa em psicanálise* (pp. 37-56). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos

ALMEIDA, R.C.A. (2010). O discurso do analista e a invenção de uma escola em movimento. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(3), 887-911.

BERCHERIE, P. (1996). Génesis de los conceptos freudianos. Buenos Aires: Paidós, 1996.

BISPO, F.S, & SOUZA, M.F.G. (2013). O discurso psicanalítico entre outros: considerações sobre Radiofonia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13(2), 625-645.

BONFIM, F. (2014). Intocáveis: Sobre a marca da deficiência e a psicanálise no campo da reabilitação. In: *Latusa*, n 19, 2014.

BRUDER, M.C.R.; FALEK, J. (2007). A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: Impasses na separação. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521.

CARVALHO, D., & NICOLAU, R.F. (2013). Notas sobre "Um Discurso sem Palavras": a psicanálise na instituição de saúde. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 13(3-4), 797-814.

CASTRO, J. E. (2009). Considerações sobre a escrita lacaniana dos discursos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 12(2), 245-258.

CLAVREUL, J. (1983). "A ordem médica- poder e impotência do discurso médico", São Paulo: Ed. Brasiliense.

COELHO DOS SANTOS, T. (2004). O que não tem remédio, remediado está!. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 63-74.

COELHO DOS SANTOS, T. (2013). A psicanálise é uma ciência e o discurso analítico é uma práxis?. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 16(2), 299-312.

COSTA, B.H.R, & KUPFER, M.C.M. (2016). Freud e sua relação com o saber. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 71-83.

COUTO, R. H. O. (2013). *A verdade em Freud: um estudo conceitual*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

D'AGORD, M. R. L. (2013). Do grafo do desejo aos quatro discursos de Lacan. *Psicologia USP*, 24(3), 431-451.

ELIA, L.(2008). A letra na ciência e na psicanálise. *Estilos da Clínica*, 13(25), 64-77.

FERREIRA, D.D.; SILVA, R.J.; CARRIJO, C. (2014). O estilo em psicanálise: o discurso do analista como arte do bem dizer. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 71-76.

FREUD, S. (1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 199-211). Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1976. (Trabalho original publicado em 1919[1918]).

\_\_\_\_\_. (1976). A questão da análise leiga, p.205-293. *ESB*. Rio de Janeiro: Imago, v.XX.

\_\_\_\_\_.(1996). Charcot. Em *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, (Vol. III, pp. 21-34). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893a)

\_\_\_\_\_.(1996). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Uma conferência. Em Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. III, pp. 39- 51). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893b)

\_\_\_\_\_. (2011). “Uma neurose do século XVII envolvendo o demônio.” In: Obras Completas, v.15. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, p.225-272. (Original em 1923)

GOMES, A. (2018). Um comentário sobre a "experiência" na objetividade científica e no sintoma psicanalítico. *Psicologia Clínica*, 30(1), 115-128.

GOMES, A.; MELO, A. (2017). Terapia e Psicanálise: da herança do sagrado à pesquisa científica. In: Coelho dos Santos, T.; Malcher, F. (Orgs.). *Psicanálise no século XXI: Ideologias políticas, subjetividade, laços sociais e intervenções psicanalíticas*. Rio de Janeiro: CRV.

JORGE, M.A.C. (1978). Discurso Médico e discurso analítico. In Noujaim, J.G; Jorge, M.A.C & Silveira, J.P.M. (Orgs). In: CLAVREUL, J. *A Ordem médica: Poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Ed Brasiliense.

LACAN, J. (1998). Ciência e verdade. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1965-1966)

\_\_\_\_\_. (1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

\_\_\_\_\_. (1988). “O seminário, livro 7: a ética da psicanálise”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original em 1959-1960)

\_\_\_\_\_. (1992). “O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise”. Rio de Janeiro: Zahar, (Original em 1969-1970).

\_\_\_\_\_. (2001). “O seminário, livro 19: O saber do analista”. Recife: Centro de estudos freudianos de Recife, (Original em 1971-1972).

\_\_\_\_\_. (1988). “Seminário. Livro 11: os quatro conceitos da psicanálise.” Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988. (Originalmente publicado em 1964)

\_\_\_\_\_. (1998). “ A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud.” In *Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original em 1957)

\_\_\_\_\_. (1998). “*Escritos*” (Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Versão brasileira de Vera Ribeiro). Rio de Janeiro: Zahar, 1998. (Originalmente publicado em 1966).

\_\_\_\_\_. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32:8-14. (Original em 1966).

\_\_\_\_\_. (1993). *Televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original em 1974).

\_\_\_\_\_. (1973). O aturdido In: LACAN, J. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003, p.448-497.

LAMBERT, A. (2003). Prática Lacaniana em instituição. In: *Latusa Digital*, ano 0, n 3. Rio de Janeiro.

LO BIANCO, A.C. (2010). O saber inconsciente e o saber que se sabe nos dias de hoje. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 13(2), 165-173.

LO BIANCO, A.C.; COSTA-MOURA, F.; SOLBERG, M.C. (2010). A Psicanálise e as narrativas modernas- a transmissão em questão. *Psicologia Clínica*, v.22, pp. 17-26.

LONGO, J.L.; D’AGORD, M.R.L. (2011). A vizinhança e o matema dos quatro discursos. *Revista aSEPHallus*, Rio de Janeiro, vol. VI, n. 11, nov. 2010 / abr. 2011. Disponível em [www.nucleosephora.com/asephallus](http://www.nucleosephora.com/asephallus)

LOPES, R. G. (2007). *O desejo do analista e o discurso da ciência*. Tese de doutorado em Teoria Psicanalítica. Orientada pela Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos. PPGTP/UFRJ. Rio de Janeiro, Brasil.

MALCHER, F. (2017). A articulação discursiva entre cultura e subjetividade: o posicionamento ético da psicanálise ontem e hoje. In: Coelho dos Santos, T.; Malcher, F. (Orgs.). *Psicanálise no século XXI: Ideologias políticas, subjetividade, laços sociais e intervenções psicanalíticas*. Rio de Janeiro: CRV.

MARTINS, A. (2013). Sujeito-doente: Reconstrução do corpo e da imagem corporal em uma instituição de reabilitação. Monografia (Graduação) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói – RJ.

MELO, C.B.M.; COUTO, L.F.S. (2012). Os discursos de Lacan no hospital geral. *Psicologia em Estudo*, 17(2), 341-347.

MILNER, J.-C. (1995/1996). A obra clara – Lacan, a ciência, a filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

RABINOVICH, D. *O psicanalista: entre o mestre e o pedagogo*. Reorganizado por Luís Flávio Couto: mimeo. s/d.

RINALDI, D. (2002). O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário. In: RINALDI, D.; JORGE, M.A.C.(Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário**, livro 17 de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p.53-69.

SANTOS, A. (2002). O discurso do analista no processo de reabilitação: uma proposta de trabalho. In: Doris, R.; Jorge, M. A. C. (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 165-172.

SILVA, M. M. (2012). *Psicanálise, estrutura e laço social: por uma clínica do sujeito*. Tese de doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Silva, A., & Bianco, A. (2009). O Moisés de Freud: saber e transmissão na psicanálise. *Estilos Da Clínica, 14*(26), 216-235. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v14i26p216-235>

SILVESTRE, D. (1996). Entre Medicina e psicanálise: o desejo em questão. Bruxelas: Quarto - Revue de l' Ecole de la cause Freudienne, n 59.

SOUZA, F. (2007). A importância do pensamento de Koyré para a orientação lacaniana, 2007. *Núcleo Sephora*, v.3. Disponível em: [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_05/pdf/resenha.pdf](http://www.isepol.com/asephallus/numero_05/pdf/resenha.pdf)

VORSATZ, I. (2015). O sujeito da psicanálise e o sujeito da ciência: Descartes, Freud e Lacan. *Psicologia Clínica, 27*(2), 249-273.

ZILLOTTO, D. M. (2004). A posição do sujeito na fala e seus efeitos: uma reflexão sobre os quatro discursos. *Psicologia USP, 15*(1-2), 215-223.