

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em
Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas
da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**

Alexandre Dutra Gomes Cruz

Belo Horizonte
2007

Alexandre Dutra Gomes Cruz

**A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em
Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas
da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia da
Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Orientadora: Ilka Franco Ferrari

**Belo Horizonte
2007**

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca da
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Cruz, Alexandre Dutra Gomes
C957p A psicanálise aplicada no hospital geral: um estudo a par
trabalho de praticantes da psicanálise no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte/ Alex
Dutra Gomes Cruz – Belo Horizonte, 2007.
118f.

Orientadora: Prof.^a Ilka Franco Ferrari
Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de M
Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Bibliografia.

1. Psicanálise. 2. Psicologia aplicada. 3. Hospital das Clínicas
Horizonte, MG). I Ferrari, Ilka Franco. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas G
Programa de Pós-Graduação em Psicologia III. Título.

CDU: 159.964.2

Bibliotecária : Mônica dos Santos Fernandes – CRB 6/1809

Alexandre Dutra Gomes Cruz

A Psicanálise Aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Belo Horizonte, 2007

Ilka Franco Ferrari (Orientadora) – PUC Minas

Luís Flávio Silva Couto – PUC Minas

Lúcia Grossi dos Santos – FUMEC

HOMENAGENS

Aos meus queridos pais, pelo exemplo de vida.

À minha noiva Isabela, por estar sempre ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Geraldo e Nara, que foram os maiores incentivadores deste trabalho.

À Isabela, por todo o amor, apoio e compreensão.

À minha irmã e amiga Renata.

À Ilka Franco Ferrari, pela disponibilidade, pela leitura atenta e pela seriedade com que sempre considerou este trabalho.

Aos profissionais do NIAB, pela cordialidade com que me receberam e se dispuseram a revelar detalhes do seu trabalho.

Ao Roberto Assis, cuja intervenção foi fundamental para os rumos desta dissertação.

Ao Luís Flávio Silva Couto e à Lúcia Grossi, pela disponibilidade em ler o meu trabalho.

Aos professores do mestrado: Jacqueline de Oliveira Moreira, Roberta Carvalho Romagnoli, José Newton Garcia de Araújo.

À Marília e ao Celso, com quem sempre pude contar durante a escrita da dissertação.

À Tânia Bacha, pelas oportunidades que me proporcionou.

À Márcia Mansur e à Tininha, coordenadoras do Curso de Psicologia da PUC São Gabriel, pelo acolhimento.

Ao Célio Garcia, presença fundamental no meu percurso.

Que conclusão se nos impõe como irrecusável? Devemos, por mais cruel que isso soe, cuidar que o sofrimento do doente não encontre, em um grau mais ou menos efetivo, um fim antes do tempo; se ele for reduzido através da decomposição e desvalorização do sintoma, deveríamos, de novo, erigi-lo em outro lugar, como uma carência sensível, senão correríamos o perigo de nunca conseguir mais do que melhoras modestas e não duradouras. (FREUD, 1917/1987)

RESUMO

Esta dissertação surgiu da constatação de que hoje a psicanálise pode ser encontrada em espaços diferentes do consultório particular, como, por exemplo, nas instituições de saúde, embora a função do psicanalista nesses locais ainda cause interrogações.

Tem-se como objetivo geral abordar a psicanálise aplicada no Hospital Geral, considerando a particularidade da função do psicanalista nessa instituição. Como objetivos específicos, propõe-se verificar como a psicanálise insere-se no Hospital Geral sem dissolver-se nos outros discursos que aí circulam, circunscrever a função do psicanalista nesse contexto e observar sua posição diante das regras institucionais, já que a emergência do sujeito implica uma desorganização dessas regras.

Realizou-se um estudo a partir de revisão bibliográfica e de entrevistas com 13 profissionais do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB), onde praticantes da psicanálise fazem um trabalho já conhecido no Estado de Minas Gerais e fora dele.

Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados sob a forma de onze temas-eixo, que possibilitaram a análise de conteúdo destas e o levantamento de questões fundamentais, então estudadas sob a perspectiva da psicanálise de orientação lacaniana.

A análise dos dados permitiu constatar que, na atualidade, já não faz sentido questionar a possibilidade da psicanálise no hospital geral e de sua convivência com os outros discursos que aí circulam. As entrevistas mostraram que a condição para isso é que o praticante se submeta ao processo de formação no campo da psicanálise pura, sustentado no tripé “análise pessoal, supervisão e estudo teórico”. Isso favorece a manutenção dos referenciais da psicanálise aplicada, propostos por Brousse, Outro barrado, \$ e SsS, e que não podem ser esquecidos. É clara a viabilidade da inserção do praticante, respeitando o texto de regras da instituição, mas, ao considerar o sujeito que, invariavelmente, desorganiza o texto de regras instituído, ele provoca um tensionamento necessário ao trabalho, no qual a formalização e a transmissão da clínica estão sempre implicadas.

Constatou-se também que a função terapêutica, própria do praticante da psicanálise e fundamentada na construção do caso clínico, orienta a estratégia da ação, necessariamente subordinada ao saber elaborado pelo sujeito, em uma modalidade de prática entre vários, tal como postulou originalmente Jacques-Alain Miller, ou seja, todos os praticantes são transferidos com a psicanálise. A prática no NIAB ensina a possibilidade de manejo da

transferência, inicialmente estabelecida com a instituição – demanda que envolve, muitas vezes, urgência médica –, para a construção de um projeto terapêutico que considere o sujeito e sua implicação no tratamento. Segundo os profissionais do NIAB, o tempo, questão complexa no trabalho institucional, não inviabiliza o tratamento, cuja duração prefixada mobiliza a função da pressa, que constitui uma das versões do ponto de basta na abordagem clínica dos novos sintomas, a exemplo da anorexia e da bulimia. Pôde-se constatar que, nessa prática, o ato analítico mantém todo o seu valor.

Palavras chave: Psicanálise aplicada, Prática entre vários, Instituição, Sintoma.

ABSTRACT

This work came from the verification that today the Psychoanalysis can be found in different spaces of the particular doctor's office, as for example in health institutions, even so the function of the psychoanalyst in these places still causes questionings.

This report has the aim to approach the applied psychoanalysis in the general hospital, as far as the particularity of the function of the psychoanalyst in these institutions is concerned. As specific aim it is considered to verify as the psychoanalysis is inserted in the general hospital without becoming a mixture with the other discourses that coexist there. It is to circumscribe the function of the psychoanalyst in this context and propositions as far as the position of the institutional rules are concerned, since the emergency of the subject implies a disorganization of them.

A study of the bibliographical review and of the interviews with 13 professionals of the “Hospital das Clínicas de Belo Horizonte” was carried out. All these professionals belong to the “Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia – NIAB”, where they have the psychoanalysis approach as the base of their job, already known in the state of Minas Gerais and even in Brazil.

The data obtained in the interviews with these 13 professionals were organized under the form of eleven subject-axle, that made possible the analysis of content of them and the survey of basic questions, then considered under the perspective of the psychoanalysis of lacanian orientation.

The analysis of the collected data allowed realizing that it does not make any sense to question the possibility of the psychoanalysis in the general hospital and of its co living with the other discourses that circulate there. The interviews had shown that the condition for this is that the practitioner undergo the process of formation in the field of the pure psychoanalysis supported in the tripod “personal analysis, supervision and theoretical study”. This favors the maintenance of the references of the applied psychoanalysis, considered by Brousse, barred Other, \$ and SsS, and that they cannot be forgotten. The viability of the insertion of the practitioner is clear as far as the rules of the institution are respected. But when considering the subject that invariably disorganizes the text of instituted rules, he can cause a tension which is needed to his own work, in which the formalization and the transmission of the clinic are always implied.

It was also very clear that the therapeutic function appropriate of the practitioner of the psychoanalysis and based on the construction of the clinical case, guides the strategy of the action, necessarily subordinated to the knowing elaborated by the subject, as a kind of practice between several, as originally claimed to Jacques-Alain Miller, what means that all the practitioners are transferred with the psychoanalysis. The practice in the NIAB teaches the possibility of handling of the transference, initially established with the institution itself - demand that often involves medical urgency -, for the construction of a therapeutic project that considers the subject and its implication in his own treatment. According to professional of the NIAB, the time, complex question in the institutional work, does not make treatment impracticable, and its predetermined duration mobilizes the function of the quickness, that constitutes one of the versions of the quilting point of as much as necessary in the clinical approach of the new symptoms as the anorexia and bulimia. It could be evidenced that, in this kind of practice the analytic act keeps its whole value.

Key words: Applied psychoanalysis, Practice between several, Institution, Symptom.

Lista de siglas

ACF - Associação do Campo Freudiano

CID – Código Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPCT – Centro de Consultas e Tratamento

DSM – Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

EBP-MG - Escola Brasileira de Psicanálise – Sessão Minas Gerais

IPA – International Psychoanalytical Association

IPSM-MG - Instituto de Psicanálise e Saúde Mental

NIAB – Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CERSAM – Centros de Referência em Saúde Mental

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	15
2 – SOBRE AS ENTREVISTAS E SEUS DADOS.....	25
2.1. Operacionalização das entrevistas e organização do material.....	25
2.2 Temas-eixo.....	27
2.2.1. <i>Sobre a origem do NIAB e o início do trabalho clínico: uma parceria que deu certo.</i>	28
2.2.2 - <i>Da informalidade à institucionalização – a ocupação de um espaço.....</i>	30
2.2.3 – <i>Sobre o vínculo institucional e a formação acadêmica dos profissionais.....</i>	31
2.2.4 - <i>Sobre a estruturação do serviço do NIAB.....</i>	32
2.2.5 – <i>Sobre o trabalho do praticante da psicanálise no NIAB – a construção do caso clínico.....</i>	33
2.2.6 - <i>As dificuldades encontradas pelos praticantes da psicanálise no trabalho institucional.....</i>	38
2.2.7- <i>Sobre a forma de inserção do praticante da psicanálise na instituição.....</i>	40
2.2.8 – <i>A subversão operada pela psicanálise: entre o texto de regras e o texto do sujeito.</i>	41
2.2.9 – <i>O praticante da psicanálise entre a urgência médica e a urgência subjetiva.....</i>	43
2.2.10 – <i>Sobre a função do psicanalista no NIAB.....</i>	45
2.2.11 - <i>O ato analítico no contexto do Hospital Geral.....</i>	48
3 - DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS.....	50
3.1- Um projeto de trabalho nos moldes da prática entre vários no Hospital das Clínicas a partir da psicanálise aplicada.....	50
3.1.1 - <i>Uma prática em hospital que se difere da psicologia hospitalar.....</i>	52
3.1.2 - <i>Uma prática que é distinta da psicoterapia breve.....</i>	54
3.1.3 - <i>Uma prática feita entre vários, que supõe efeitos terapêuticos rápidos, em uma modalidade de psicanálise aplicada.....</i>	60
3.2 - Praticantes cidadãos na atualidade e as novas formas de sintoma.....	67
3.3 – O tempo da clínica e a duração do tratamento.....	75
3.4 - O praticante da psicanálise entre o texto de regras e o texto do sujeito: a subversão operada pela psicanálise.....	78
3.5 - O médico atravessado pela psicanálise; a função médica na construção do caso clínico.....	82
3.6 - O discurso universitário: parceiro do psicanalista?.....	84
3.7 – A função do analista na psicanálise aplicada; o endereçamento do sujeito e o motivo da demanda.....	89
3.8 – A clínica do ato analítico e a formação do analista.....	92

4 - CONCLUSÃO.....	99
BIBLIOGRAFIA.....	105
ANEXO A.....	113
ANEXO B.....	114
ANEXO C.....	116
ANEXO D.....	117

Anexos:

Anexo A – Perguntas das entrevistas

Anexo B - Permissão do responsável pelo NIAB

Anexo C - Permissão do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

1 – INTRODUÇÃO

No legado de Freud encontra-se a manifestação de seu interesse em que a psicanálise fosse empregada para além dos consultórios privados. Ao imaginar o futuro ele escreve que “mais cedo ou mais tarde [...] haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados [...]” (FREUD, 1919/1987, p.180). Freud não ignorava, entretanto, que uma das tarefas dos psicanalistas seria a de “[...] adaptar a técnica às novas condições.” Os “ingredientes” para esta adaptação deveriam ser tomados da “[...] psicanálise estrita e não tendenciosa.” (FREUD, 1919/1987, p.181).

É na atualidade das constatações de que a psicanálise pode ser encontrada em espaços diferentes do consultório particular, privado, tal como o desejava Freud, que surgiu a proposta desta dissertação, centrada na psicanálise aplicada, a partir de um estudo sobre o trabalho de praticantes da psicanálise, no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB).

A afirmação de Freud, antes mencionada, mostra que, já naquela época, a psicanálise que se aplica em outras situações, diferentes do consultório privado, não dispensa o rigor da formação do praticante no campo da psicanálise pura, que deve estar sustentada pelo tripé “análise pessoal, supervisão e estudo teórico”. Ele não cansou de denunciar, muitas vezes até de forma divertida, certos usos da psicanálise que se distanciavam de seus princípios. Na Conferência XXIX, por exemplo, Freud aponta que havia vários desvios feitos em sua teoria, por “[...] muitos psiquiatras e psicoterapeutas que aquecem sua panela de sopa em nosso fogo (aliás, sem serem muito agradecidos à nossa hospitalidade).” (FREUD, 1933/1987, p.18). O texto “A História do Movimento Psicanalítico” (FREUD, 1914/1987) é outro bom exemplo dessa preocupação, pois foi escrito, como bem se conhece, para demarcar os usos particulares que Adler e Jung fizeram da psicanálise, descaracterizando-a.

Pensar a questão da psicanálise, quando esta é aplicada fora do seu enquadre¹ tradicional supõe, então, defrontar-se com expressões muito utilizadas no contexto atual, ou seja, psicanálise aplicada, psicanálise pura, psicoterapias e psicologia hospitalar. Considerar as diferenças entre as práticas que sustentam essas expressões é fundamental para o trabalho que se propõe.

¹ Vocábulo não encontrado em dicionário, mas de uso corrente em psicanálise. Ele designa o “dispositivo formal e contratual necessário para que se instaure a situação que caracteriza um tratamento analítico”, e é constituído por um “conjunto de prescrições homogêneas e coerentes com as modalidades teóricas e práticas” (MIJOLLA, 2005, p. 563) do referido tratamento.

Lacan, em seu “Ato de Fundação” (LACAN, 2003a, p.235) da Escola Francesa de Psicanálise (21 de junho de 1964), diferencia a psicanálise pura e aplicada “na própria definição da experiência de uma escola de psicanálise, situando as duas modalidades no interior de sua proposta de formação do analista.” (SANTIAGO, 2005). Ainda que essas duas modalidades sejam mencionadas enquanto constituindo duas seções distintas, é importante frisar que ambas estão ao serviço da formação do analista, bem como da causa analítica, guiadas pelo imperativo ético de exercer uma “crítica assídua” que “denuncie os desvios e concessões” que amortecem o progresso da psicanálise, ao degradarem o seu emprego. (LACAN, 2003a, p.235).

No texto “Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia”, Miller afirma:

[...] o último ensino de Lacan, tal como podemos percebê-lo e utilizá-lo em nossa orientação atual, aumenta a distância que separa a psicanálise da psicoterapia – e, ao mesmo tempo, apaga, ou pelo menos tende a apagar a diferença entre a psicanálise pura e a psicanálise aplicada à terapêutica. Desde a perspectiva da psicanálise fora do sentido, a diferença entre psicanálise pura e aplicada à terapêutica se torna irrelevante. (MILLER, 2001, p.11, tradução nossa²)

Mesmo sabendo, então, que o último ensino de Lacan, sustentado na lógica borromeana, tende a apagar esta distinção, a expressão psicanálise aplicada continua sendo utilizada. Se ainda não perdeu o uso é porque segue tendo utilidade. Esse uso mostra-se, inclusive, didaticamente fecundo. Nesta dissertação utilizar-se-á, portanto, a expressão psicanálise aplicada como forma de caracterizar o trabalho que é realizado pelos praticantes da psicanálise que participaram da pesquisa realizada.

De acordo com Brousse, “A psicanálise aplicada constitui uma máquina de guerra³ contra outro termo, a psicoterapia de inspiração analítica.” (BROUSSE, 2003, p.37), pois essa implicaria a dissolução da psicanálise, não desconsiderando que esse perigo é um desfecho possível, quando não se leva em conta a formação do analista.

² “...la última enseñanza de Lacan, tal como lo podemos percibir y utilizar en nuestra orientación actual, profundiza la fosa que separa de la psicoterapia- y, al mismo tiempo, borra, o al menos tiende a borrar, la diferencia entre el psicoanálisis puro y el aplicado a la terapêutica. Desde la perspectiva del psicoanálisis fuera de sentido, la diferencia entre psicoanálisis puro y aplicado a la terapêutica resulta inesencial.”

³ “A idéia de uma “máquina de guerra” está presente em Deleuze e Guattari, no livro Mil Platôs. O problema político é situado por esses autores a partir da distinção entre dois grandes tipos de agenciamentos: a máquina de guerra e o aparelho de Estado. Aparelho de Estado são todas as formas que o Estado se apropria para se tornar como tal: estável e controlador. A máquina de guerra é instável e fluida; ela é ‘irredutível ao aparelho de Estado, exterior à sua soberania, anterior a seu direito: ela vem de outra parte’. [...] Uma máquina de guerra pode maquinar também no campo do conhecimento, quando se projeta num saber abstrato, formalmente diferente daquele que duplica o aparelho de Estado: é a ciência menor, ciência nômade.” (NUNES, 2006).

A expressão “máquina de guerra” proposta por Brousse, para dizer da psicanálise aplicada, é, ainda, uma forma de enfatizar a importância de impedir que a psicanálise se dissolva em seus efeitos de laço social, quando inserida em contextos institucionais que, a todo o momento, estão a serviço do mestre moderno e da ciência, a exemplo do Hospital Geral. Conforme afirma Graciela Brodsky, leitora cuidadosa de Lacan, no entanto, “[...] um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, no entanto, a função não é a mesma.” (BRODSKY, 2003, p.25).

O enquadre analítico foi considerado, durante muitos anos, por alguns profissionais, a garantia para o correto uso da psicanálise. A partir dele várias regras e normas foram estabelecidas visando preservar os princípios que legitimam e norteiam sua prática, de modo a garantir sua integridade. Daí surgiram uma série de regras e regulamentos, tais como o número e a duração das sessões, a constância do enquadre analítico e o uso do divã, que acabam por deixar de lado a implicação prática e ética dos mesmos. Com isso fecham-se as portas para o inesperado e a surpresa (o Real), fundamentais na experiência psicanalítica.

A psicanálise aplicada nas instituições não é uma prática simulacro da prática de consultório, que estaria sendo falsificada ou clonada nas instituições, nem uma prática corrompida em sua pureza vitalícia. Diferente da psicanálise pura, que visa a formação do analista, a psicanálise aplicada enfatiza o tratamento do sintoma, priorizando a terapêutica. Trata-se, assim, quando se considera sua aplicação terapêutica nas instituições, de uma forma da psicanálise situar-se entre outros discursos sem que seus fundamentos sejam dissolvidos, pois, afinal, “uma psicanálise aplicada ao grande público é tão exigente quanto aquela que se processa no espaço privado dos consultórios particulares.” (LAIA, 2003, 76).

Lacan não foi, de modo algum, indiferente quanto à importância de se estabelecer radical diferença entre a psicanálise, seja ela pura ou aplicada, e outras modalidades terapêuticas, ainda mais considerando que as psicoterapias se disseminaram, popularizaram e tornaram-se parte dos costumes: “Terapia... Todos sabem a diversidade dos modos e das ressonâncias que isso evoca. Seu centro é dado pelo termo sugestão.” (LACAN, s./d., p. 215).

Para Lacan, “uma psicanálise, padrão ou não, é o tratamento que se espera de um psicanalista.” (LACAN, 1998c, p.331). Ele desloca a questão sobre o que distinguiria a psicanálise da psicoterapia para outra questão, a saber, o que definiria um psicanalista. Vê-se aí uma mudança de perspectiva: em detrimento da ênfase dada às normas e às regras que definiriam uma psicanálise padrão, passa-se, com Lacan, a enfatizar a formação do analista, a

mudança subjetiva por ele experimentada e que o coloca em condições de se oferecer como analista de uma outra experiência.

A psicanálise, aplicada ou não, difere-se de outros tratamentos; não é uma psicoterapia como as outras e também não deve ser confundida com a psicologia hospitalar.

Sob a rubrica psicologia hospitalar, inscrevem-se muitos dos profissionais da psicologia que trabalham em Hospitais Gerais com práticas diversas, que têm em comum apenas o local de sua aplicação. A partir daí, constituiu-se um campo de atuação para os profissionais “psi”, incluindo, até mesmo, alguns psicanalistas.

A psicologia hospitalar teve início no Brasil em 1954, com Mathilde Neder realizando acompanhamentos psicológicos pré e pós-operatórios na Clínica Ortopédica e Traumatológica da Universidade de São Paulo (USP), atual Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina dessa universidade. Para realizar esses atendimentos, Mathilde Neder recorreu a uma adaptação do modelo de consultório calcado na psicoterapia breve, visando aplicá-lo no hospital. A profissão de psicólogo ainda não estava regulamentada no Brasil e só veio a obter o reconhecimento legal, como profissão, a partir de 1962. (ANGERAMI, 1994).

Na história da psicologia hospitalar merece menção, também, a atuação da psicóloga Belkiss Romano, que iniciou, em 1974, um trabalho com a equipe médica do Instituto do Coração em São Paulo. Essa atuação foi motivada pelo interesse médico sobre a influência dos fatores emocionais e do estresse no desencadeamento das cardiopatias. (ROMANO, 2005).

De acordo com Romano, os primeiros esforços de se aplicar a psicanálise, no Hospital Geral, consistiram na transposição do enquadre analítico para dentro da instituição hospitalar. Não havia, então, uma formalização dessa prática e, como denuncia Romano, assistia-se a uma “[...] reprodução do modelo psicanalítico ortodoxo.” (ROMANO, 2005).

A entrada do psicanalista no Hospital Geral ocasiona uma série de questões como, por exemplo, a fundamentação de uma prática específica, ou seja, uma prática clínica que se fundamenta na psicanálise e que não se reduz à reprodução de um modelo pré-existente.

Em Belo Horizonte o trabalho com a psicanálise de orientação lacaniana em Hospital Geral, não é mais novidade alguma; a esse propósito cabe uma menção ao pioneirismo de Marisa Decat de Moura no Hospital Mater Dei. Essa profissional foi a primeira a formalizar sua experiência em uma publicação no livro, intitulado “Psicanálise e Hospital” (1996), que hoje alcança grande divulgação. Segundo Moura, “Iniciamos em julho de 1978, no Hospital

Mater Dei – BH, a construção de um trabalho que é fruto de uma confiança mútua entre a diretoria, equipes de atendimento e psicanalistas.” (MOURA, 1996, p.1).

Outro marco na história da psicanálise praticada em Hospitais Gerais foi o artigo publicado por Sônia Alberti em 1994, intitulado “A demanda do sujeito no hospital” (ALBERTI, 1994, p.25). Esta publicação atesta uma preocupação, que já existia na época, em fundamentar este tipo de trabalho, levando em conta a especificidade da psicanálise, quando inserida nas instituições de saúde.

Recentemente, Sônia Alberti publicou, com Consuelo Pereira, um artigo intitulado “Relatos sobre o nascimento de uma prática; psicanálise em Hospital Geral” (2005). Trata-se de um histórico sobre a prática dessas psicanalistas, redigido por elas próprias, em Hospitais Gerais do Rio de Janeiro, que percorre um longo caminho, desde a psicologia hospitalar até a prática da psicanálise no Hospital Geral.

A psicanálise praticada em Hospital Geral também rendeu alguns trabalhos acadêmicos como, por exemplo, o de Zeila Facci Torezan (2001), intitulado “Escuta analítica no Hospital Geral: implicações com o desejo do analista”. Trata-se de uma dissertação que foi construída a partir do depoimento de psicólogos, declaradamente de orientação analítica, inseridos em hospitais gerais, tomando como eixo da pesquisa o sintagma “desejo do analista”.

Outra referência importante é o trabalho de Maria Livia Tourinho Moretto, que resultou de sua dissertação de mestrado, e foi publicado como um livro que leva o título “O que pode o analista no hospital?” (MORETTO, 2005).

Existem, também, vários artigos escritos sobre o assunto, dispersos entre várias publicações tais como revistas, periódicos, jornais e livros. Entre eles destacam-se dois artigos sobre a psicanálise no Hospital Geral, da autoria de Maria de Lourdes Baêta, “A transferência no Hospital Geral: uma questão polêmica” (s./d.) e “A psicanálise no Hospital Geral” (s./d.), um de Sônia Alberti, intitulado “Psicanálise: a última flor da medicina - a clínica dos discursos no hospital”, (2000) e outro, de Doris Rinaldi, “O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em Hospital Universitário.” (2002).

No propósito de focalizar o estudo desta dissertação na psicanálise aplicada, especialmente em Hospital Geral, tendo como referência que nessas instituições a função exercida pelo psicanalista é diferente daquela que ele exerce na psicanálise pura, surgem algumas perguntas que podem ser formuladas, com Laurent (2003):

Como os psicanalistas que trabalham nos Hospitais Gerais, com todas as particularidades que isto implica, conseguem não se esquecer que, daquilo que se trata em seu trabalho, não é nada mais do que palavras?

Como conseguem a inserção, nessas instituições, pautadas pela hegemonia do discurso médico, sem terem suas práticas dissolvidas nos laços sociais necessários às mesmas?

Como conseguem “esquecer” o texto das regras da instituição para se voltarem para o sujeito que desorganiza essas regras, considerando que o Hospital Geral estrutura a sua função social em torno da urgência médica e da eficácia terapêutica?

A dissertação propõe tratar essas questões considerando como objetivo geral o estudo da psicanálise aplicada no Hospital Geral, norteado pela particularidade da função do psicanalista nessa instituição. Como objetivos específicos estabeleceram-se: estruturar, a partir dos dados obtidos em entrevistas com 13 profissionais do Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, trabalhadores do NIAB, como a psicanálise se insere na instituição sem se dissolver nos outros discursos que circulam na mesma; circunscrever, a partir dos dados obtidos nas entrevistas, a função do psicanalista nessa instituição; contribuir para a ampliação do conhecimento da prática analítica em instituições, mais particularmente no Hospital Geral, a partir do que ensina o trabalho realizado no NIAB.

Este estudo se justifica, principalmente, pela necessidade de tornar mais claro o fazer analítico em circunstâncias diferentes do consultório privado, já que, desde Freud, como já se mencionou anteriormente, são freqüentes os maus usos da clínica, realizados em nome da psicanálise.

Esta pesquisa é, ainda, uma oportunidade para defrontar-se com a prática feita entre vários e suas implicações no trabalho clínico com os pacientes. Este sintagma, “prática feita entre vários” (ou “prática feita por muitos” ⁴), foi criado por Jacques-Alain Miller no contexto da IIIª Jornada do RI3⁵ organizada em fevereiro de 1997 pela Antenne 110⁶, em Bruxelas, para dizer de uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, trabalho este realizado de forma coletiva, por praticantes da psicanálise. Segundo Di Ciaccia (2005b), “Ela começou em 1974, na Antenne 110, uma instituição para crianças autistas e psicóticas, na proximidade de Bruxelas, como uma resposta aos problemas dessas crianças, que se encontram apartadas de qualquer discurso social.” (DI CIACCIA, 2005b,

⁴ Nessa dissertação, os termos “prática entre vários” e “prática feita por muitos” serão usados como sinônimos, uma vez que ambos podem ser encontrados na bibliografia consultada..

⁵ RI3 - Réseau international d'institutions infantiles

⁶ Antenne 110 é uma instituição localizada em Bruxelas, que acolhe crianças autistas e psicóticas.

p.34). Apesar de estar fundamentada na psicanálise, a prática feita entre vários não prevê a utilização do dispositivo analítico propriamente dito.

Na atualidade, têm-se utilizado a expressão “prática feita entre vários” de forma mais ampla e, em alguns casos, até muito parecida com a expressão “trabalho multidisciplinar” ou “interdisciplinar”. Há, nesta dissertação, a oportunidade de ponderar as diferenças entre estes termos, já que eles não são equivalentes.

Para desenvolver o trabalho, efetuou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema e realizaram-se 13 entrevistas, semi-estruturadas, com praticantes da psicanálise integrantes do NIAB no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, pois neste local há um trabalho de orientação lacaniana que é reconhecido no estado de Minas Gerais e também fora dele. Vale dizer que foi assegurada a permissão do responsável pelo NIAB (ANEXO B) e do Comitê de Ética da PUC Minas (ANEXO C) para a realização da pesquisa. Os dados das entrevistas foram organizados por meio da técnica de “análise de conteúdo”, conforme orientações de Bardin (2002) e Laville & Dionne (1999) e, posteriormente, discutidos à luz do ensino de Lacan. As informações, observadas durante as entrevistas e impossíveis de serem captadas pela gravação foram anotadas, pelo pesquisador, para serem aproveitadas como fonte de dados.

Nessa organização dos dados obtidos preferiu-se trabalhar no esquema de macro categorias ou campos demarcados por temas-eixo, não descendo a uma depuração de categorias porque, acredita-se que, nesse caso, perder-se-ia muito da singularidade da fala de cada entrevistado.

De acordo com Miller (2005) um dos psicanalistas que é referência para o trabalho com a psicanálise de orientação lacaniana, “uma categoria, primeiramente, é uma qualidade atribuível a um objeto, o que a converte em uma classe onde é possível situar objetos de igual natureza. Trata-se, portanto, de um princípio de classificação.” (MILLER, 2005a, p.9, tradução nossa⁷). Daí pode-se depreender que uma categoria nada mais é do que um significante mestre que permite identificar e agrupar em conjunto certos objetos a partir de suas semelhanças. O significante mestre é uma das modalidades de semblante reconhecidas pela psicanálise que, apesar de funcionar como um princípio organizador dos objetos, segundo o critério das semelhanças que estes objetos mantêm entre si, isto não impede a consideração de que, mais do que semelhanças, existam também diferenças entre estes

⁷ “Una categoría es primero una cualidad atribuible a um objeto, lo que la convierte en una clase donde es posible colocar objetos de igual naturaleza. Se trata, pues, de um principio de clasificación”.

objetos. A categoria não impede que o inclassificável de cada objeto (sua pura diferença) deixe de existir, o que quer dizer que algo do objeto sempre escapa ao princípio de categorização.

A partir dos dados obtidos estabeleceram-se onze temas-eixos que possibilitaram o agrupamento e a análise dos mesmos:

- A origem do NIAB e o início do trabalho clínico: uma parceria que deu certo.
- Da informalidade à institucionalização – a ocupação de um espaço.
- Sobre o vínculo institucional e a formação acadêmica dos profissionais.
- Sobre a estruturação do serviço do NIAB.
- Sobre o trabalho do praticante da psicanálise no NIAB – a construção do caso clínico.
- As dificuldades encontradas pelos praticantes da psicanálise no trabalho institucional
- Sobre a forma de inserção do praticante da psicanálise na instituição.
- A subversão operada pela psicanálise: entre o texto de regras e o texto do sujeito.
- O praticante da psicanálise entre a urgência médica e a urgência subjetiva.
- Sobre a função do psicanalista no NIAB.
- O ato analítico no contexto do Hospital Geral.

O trabalho realizado foi organizado nessa introdução e nos itens que se propõe, conforme normas estabelecidas pela PUC Minas, constituindo a dissertação que se propõe, ou seja:

1- Introdução: Aborda a revisão bibliográfica sobre o tema, os objetivos, a justificativa da pesquisa e a metodologia utilizada.

2. Sobre as entrevistas e seus dados: neste capítulo são apresentados recortes dos pontos fundamentais extraídos das entrevistas realizadas com os 13 praticantes da psicanálise no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, sob a forma de temas-eixo. Trata-se de uma forma de ordenação dos dados que respeita a fala dos profissionais, ou seja, neste momento simplesmente se transporta para a escrita da dissertação aquilo que foi respondido nas entrevistas, ordenado em temas-eixo que permeiam a fala de todos os entrevistados.

3. Análise dos dados: esse é o momento em que se realiza, a partir da psicanálise de orientação lacaniana, uma análise, uma leitura dos dados que surgiram durante as entrevistas. Tal análise se orientou no sentido de articular os dados com a teorização que eles exigem.

4. Conclusões:

As conclusões levam à confirmação de que, para a efetivação da psicanálise aplicada no Hospital Geral, há a necessidade de uma sólida formação por parte do praticante de psicanálise, sustentada no tripé “análise pessoal, supervisão e estudo teórico”, constituindo, também aí, a condição para que a psicanálise não se dissolva em outros discursos.

Pôde-se constatar que a psicanálise aplicada é a que enfatiza a incidência sobre os efeitos terapêuticos, procurando esclarecer as causas desses efeitos através da construção do caso clínico. Se o psicanalista visa cumprir uma função terapêutica, não ignorando as condições da instituição, por outro lado, ele não deve jamais se esquecer que a ética da sua ação implica tomar o dizer do sujeito sobre o seu sintoma como a referência primordial para a construção do caso clínico, cujo traçado lhe indicará o lugar a ser ocupado diante desse sujeito. Somente a partir disso poderão ser elaboradas as estratégias de tratamento e o delineamento das funções que cada profissional envolvido tomará no caso, uma vez que não há como ele ocupar duas funções ao mesmo tempo, com o mesmo paciente.

Alguns atravessamentos puderam ser observados a partir do trabalho clínico dos praticantes da psicanálise: na transferência que o sujeito estabelece com a instituição (e não com o analista); na demanda, que nem sempre parte do sujeito (é a família que busca a instituição, na maior parte das vezes); na transmissão da clínica a partir do discurso universitário, levando em conta que o Hospital das Clínicas é um hospital universitário.

Todos esses atravessamentos convocam o praticante de psicanálise a encontrar saídas e soluções possíveis diante das novas demandas do mundo contemporâneo. Como exemplo, pode-se mencionar a duração do tratamento, que é limitada e pré-estabelecida, de modo a mobilizar o sujeito e implicá-lo com o seu sintoma. A limitação do tempo de tratamento pode também ser pensada como uma das versões do ponto de basta, que se encontra ausente nos novos sintomas, a exemplo da anorexia e bulimia.

Pode-se ainda observar que, diante da perspectiva de encontrar uma saída para a psicanálise em um mundo globalizado e homogeneizado, os praticantes criam condições para que a psicanálise não deixe de existir, sob pretexto de estar sendo aplicada em uma instituição de saúde, apesar das dificuldades que isso implica. Pode-se concluir, a partir disso, que o psicanalista cidadão é aquele que não se esquivava de defrontar-se com essas questões.

Outro ponto que pode ser destacado se refere à subversão operada pela psicanálise na instituição. Essa subversão visa descompletar⁸ o saber dos especialistas, numa perspectiva na qual o sintoma interroga tanto o texto de regras da instituição, como o saber dos mestres, categorizado nas classificações diagnósticas. A implicação da referida prática é justamente apontar para aquilo que escapa do domínio das especialidades, a saber, o modo de gozo do sujeito, que só pode ser abordado caso a caso.

⁸ Termo inexistente em dicionário, mas de uso consagrado na literatura psicanalítica.

2 – SOBRE AS ENTREVISTAS E SEUS DADOS

As entrevistas realizadas com os 13 profissionais foram estabelecidas na forma de entrevistas semi-estruturadas. Foram entrevistados todos os profissionais que trabalhavam no NIAB na ocasião em que a pesquisa aconteceu. Entre eles são encontrados profissionais de formações variadas, mas, todos fazem formação em psicanálise de orientação lacaniana e buscam desenvolver o trabalho clínico no NIAB por esta via.

As perguntas que nortearam as entrevistas estão anexadas (ANEXO A), para favorecer a compreensão do leitor. Para preservar a identidade dos entrevistados, ao longo do texto todos serão chamados de “profissionais” ou de “entrevistados”, sendo numerados com algarismos romanos, de forma aleatória.

Algumas citações contendo a fala dos entrevistados passaram por pequenas modificações, de modo a conciliar as exigências da palavra coloquial falada com a palavra formal escrita. Nestas modificações o sentido original das falas foi sempre preservado.

2.1. Operacionalização das entrevistas e organização do material

As entrevistas foram agendadas, pessoalmente, com cada um desses profissionais, momento em que se acordaram dia, horário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D), conforme resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Todas as entrevistas respeitaram as perguntas básicas, norte para as mesmas, mas, também permitiram o livre curso das idéias dos entrevistados, o que fez com que cada qual fosse única, ainda que contemplando os mesmos elementos que eram pesquisados. Todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, de modo que o conteúdo das mesmas fosse organizado por meio da técnica de análise de conteúdo, segundo Bardin (2002) e Laville & Dionne (1999).

As fitas que as contém serão guardadas, com o pesquisador, durante cinco anos, para então serem destruídas. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelos

sujeitos da pesquisa, serão também arquivados pelo pesquisador responsável, durante um período mínimo de cinco anos após o encerramento do estudo, conforme resolução do CNS 196/96 – Item IX.2.e. Estes Termos de Consentimento estarão disponíveis, ainda, conforme propõe a Resolução, para eventual consulta pelo Comitê de Ética da PUC Minas e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A utilização da técnica de análise de conteúdo teve por finalidade sistematizar o conteúdo do que foi dito, por meio de deduções lógicas, ou seja, por meio de categorias que ordenem os dados e possibilitem o estudo. Isto porque, para Bardin (2002, p.42), a análise de conteúdo é

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Para realizar a análise do conteúdo das entrevistas utilizou-se o sistema de recorte do material obtido sob a forma de temas-eixo, conforme indicado por Bardin em seu livro “Análise de conteúdo.” (2002). Bardin afirma que “os dados podem se organizar em torno de temas-eixo (objeto ou referente) em torno dos quais se agrupa o que o interlocutor exprime a respeito dele.” (BARDIN, 2002, p.106). O tema eixo corresponde, então, a uma regra de recorte que não é fornecida de uma vez por todas, sendo construída ao longo do processo de análise dos dados.

O objetivo dessa categorização “é fornecer uma condensação, uma representação simplificada dos dados brutos”. (BARDIN, 2002, p.119), ou seja, parte-se da singularidade dos elementos, agrupados por aproximações e semelhanças, procurando-se agrupá-los sob forma de categorias, às quais se atribuem títulos, sob forma de temas-eixo.

Procedimento semelhante é proposto por Laville & Dionne (1999), para a primeira etapa de uma análise de conteúdo.

Os elementos assim recortados vão constituir as unidades de análise, ditas também unidades de classificação ou de registro. As unidades consistem em fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda idéias referentes a temas recortados. (LAVILLE, 1999; DIONNE, 1999, p. 216).

A segunda etapa desta análise, segundo os autores, consistiria na definição das categorias analíticas, onde os elementos de conteúdo se agrupam por parentesco de sentido, mantendo, cada categoria, as propriedades de homogeneidade (não misturar elementos

diferentes), exaustividade (esgotar o conteúdo do texto) e exclusividade (cada elemento deve encontrar lugar em uma categoria). A terceira etapa implica na reconsideração da alocação dos conteúdos destacados e sua categorização. Trata-se de considerar cada uma das unidades à luz dos critérios gerais de análise, para escolher a categoria que convém melhor a cada uma. (LAVILLE, 1999; DIONNE, 1999, p. 223).

O tratamento dos dados, no caso dessa dissertação, não desceu, então, ao refinamento das categorias, como propõe a terceira etapa do processo de categorização de Laville & Dionne. Preferiu-se trabalhar com o que se denominou temas-eixo, recortes amplos e flexíveis, que poderiam ser chamados também de “macro-categorias.” (ANGUERA, 2003).

Deve-se, também, levar em conta a advertência de que “a análise de conteúdo não é, contudo, um método rígido, no sentido de uma receita com etapas bem circunscritas que basta transpor em uma ordem determinada para verem surgir belas conclusões.” (LAVILLE, 1999; DIONNE, 1999, p. 216).

Não se pode ignorar que mesmo uma categoria, por mais apurada que seja, será sempre um semblante. Miller (2005a) utilizou a noção de categoria como uma qualidade atribuível a um objeto, o que a converte em uma classe onde se podem situar objetos de igual natureza, ou seja, em um princípio de classificação. Tal classificação será, sempre, no entanto, um semblante. É importante desfazer aqui a imagem do semblante enquanto algo da ordem de uma falsidade, que velaria uma suposta verdade escondida; a categoria que se opõe ao semblante não é o verdadeiro, e sim o real. Miller (2005a) também relembra que, para Lacan, não há discurso que não seja do semblante, e pontua que não há outra forma de extrair algo do real que não seja pela via do semblante.

2.2 - Temas-eixo

Após a leitura das entrevistas foi possível observar que havia vários modos possíveis de ordená-las. Os itens que seguem representam a particularidade da ordenação elegida pelo pesquisador, de acordo com o que foi falado pelos entrevistados. Circunscrevendo e nomeando os temas-eixo o pesquisador enfatiza os temas que, no contexto da pesquisa, lhe pareceram mais pertinentes aos propósitos da mesma.

Procurou-se, inicialmente, agrupar os temas respeitando, em certa medida, a ordenação das respostas de acordo com a das perguntas. Mas nem sempre essa ordenação foi

seguida à risca, uma vez que algumas respostas emitidas pelos entrevistados extrapolavam para outro tema- eixo.

Após um primeiro agrupamento dos dados das entrevistas, algumas respostas foram realocadas, de acordo com a especificidade de cada tema-eixo. Em alguns casos, algumas respostas pareciam ser passíveis de inserção em mais de um deles (temas-eixo). Ao final de um cuidadoso processo de organização do material, alguns temas-eixo se mostraram desnecessários, sendo incluídos em outros, que ficaram, assim, mais ricos e detalhados. Outros temas-eixo foram criados a partir desse mesmo processo.

2.2.1. Sobre a origem do NIAB e o início do trabalho clínico: uma parceria que deu certo

Conforme o que foi dito pelos entrevistados, o NIAB (Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia) teve um início informal, a partir de 1997. Sua origem é situada no encontro de dois médicos, e foi comentada, por um deles, da seguinte maneira:

Em 1998 fui chamado para integrar o serviço de saúde do Adolescente. O [entrevistado XIII] tinha alguns casos de anorexia e bulimia, ele se interessava por isso e não tinha nenhuma formação, no caso, para prescrever medicação psiquiátrica. Na parte clínica o [entrevistado XIII] é mestre, doutor mesmo. Mas, na parte psiquiátrica, ele tinha dificuldades, então, ele pedia para que eu o ajudasse a prescrever. Houve um congresso e ele quis apresentar alguns casos que tinha. Eu também tinha alguns casos isolados de consultório e aí nós fizemos um primeiro trabalho, enviando-o ao congresso. E aí, a parceria foi dando certo, o trabalho foi crescendo, agregando então novos profissionais. (Entrevistado X).

Foi a partir do desejo destes dois profissionais que o NIAB teve início. Isso, após percorrem um longo caminho profissional na clínica médica e começarem a se dedicar à causa analítica. No princípio havia encontros semanais, para estudo e discussão de casos clínicos, no consultório de alguns poucos profissionais que se interessavam pela anorexia e bulimia. Conforme relata o entrevistado XIII, o NIAB era, inicialmente, um grupo de trabalho que operava de forma “dispersa”, “atomizada”.

Antes, nós já tínhamos um grupo de trabalho que se chamava NIAB, mas trabalhava dispersamente, atomizado. Mas a gente abriu um ambulatório com o nome de NIAB, há pouco menos de dois anos. Então foi assim como a gente começou. Algumas pessoas podem dizer que o NIAB existe desde 1997. Existe, nós começamos a construir um grupo de trabalho para anorexia e bulimia. Depois formou-se um grupo de estudos; depois nós tínhamos pacientes que atendíamos aqui no hospital e

no consultório, e começamos a fazer reuniões clínicas, reuniões teóricas. Mas, de fato, nós construímos o NIAB aqui, no ambulatório, há cerca de dois anos. (Entrevistado XIII).

De acordo com o entrevistado X a busca pela formação psicanalítica adveio da impotência médica para lidar com este tipo de paciente:

Diante daquele sujeito que sofria e que a medicina não podia fazer nada, eu comecei a escutar, mas de uma forma, a princípio, sem nenhum preparo; e aí eu senti a necessidade da formação; e comecei a minha formação em psicanálise junto com o meu trabalho médico. (Entrevistado X).

Esta busca pela formação psicanalítica, a partir da impotência do discurso médico, a partir de questões levantadas pela clínica médica, é um traço comum, que pôde ser detectado em outras entrevistas com os médicos do NIAB.

...eu achava que o meu saber não dava conta, eu achava que estava atrapalhando. Além de não estar ajudando, eu achei que esta conduta, [pautada] no discurso do mestre, [de] prescrever dieta... Eu achei que isto estava ruim mesmo para o paciente. Foi aí que eu comecei a discutir com o [entrevistado XIII] e me integrei ao NIAB. (Entrevistado VII) ⁹.

Esse interesse pela psicanálise eu sempre tive. Eu já tinha entrado em análise de novo, e alguns casos no meu consultório me levaram a querer escutar, a me interessar. Aí eu comecei a freqüentar a escola [Escola Brasileira de Psicanálise - EBP - MG], o instituto, [Instituto de Psicanálise e Saúde Mental – IPSM-MG] onde eu fiz o curso de formação. Foi durante o curso de formação que eu fiz o meu primeiro atendimento, enquanto psicanalista, uma escuta. (Entrevistado IX).

O saber médico não tem dado uma boa resposta a esse tipo de paciente. Eu te digo isso como o próprio testemunho de um médico. Vamos dizer: é um dos motivos que me levou a deslocar da medicina para a psicanálise. Foi a impotência da medicina diante deste tipo de paciente. E a psicanálise já se coloca numa posição de impotência, de partida. (Entrevistado XIII).

Foi, também, na busca por esta formação que muitos membros do NIAB ficaram se conhecendo e sabendo dos interesses que tinham em comum: “Na verdade a minha entrada na psicanálise, em geral, foi através do convívio com estas pessoas. Aí, a coisa foi caminhando a partir daí, foi um lugar que me motivou e trouxe questões e, isso sim, foi muito importante.” (Entrevistado XII).

⁹ Observa-se que, tal como foi enunciada, essa fala se torna incompreensível para aquele que não a estiver acompanhando em sua íntegra. Os colchetes foram introduzidos pelo pesquisador, de modo a tornar compreensível a fala do entrevistado, sem distorcer o seu sentido.

O que todos estes profissionais manifestam é o desejo de trabalhar na vertente da orientação psicanalítica, a partir de uma sólida formação em psicanálise. Alguns já participaram dos cursos oferecidos pelo Instituto de Psicanálise da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais (EBP-MG), outros não; mas, todos aqueles que ainda não concluíram sua formação, estão em processo de análise. Com menos de dois anos de existência o NIAB já conta com uma equipe de atendimento e estabeleceu um vínculo com a EBP-MG para a formação de seus profissionais. Os profissionais, na época da entrevista, faziam análise, tinham supervisão dos atendimentos com o psicanalista Celso Rennó de Lima e assistiam a cursos teóricos com Francisco Paes Barreto, também membro da referida instituição.

2.2.2 - Da informalidade à institucionalização – A ocupação de um espaço

A informalidade do trabalho clínico cedeu espaço ao desejo de institucionalizar, de formalizar o NIAB, de integrá-lo ao Corpo Clínico do Hospital das Clínicas. Este processo de institucionalização se concretizou no ano de 2004. Segundo o entrevistado II, o NIAB tornou-se, então, “uma atividade à parte, o núcleo hoje [...] é um projeto especial, diretamente vinculado à diretoria do Hospital das Clínicas”. (Entrevistado II).

O mote da institucionalização do NIAB, de acordo com o entrevistado VII, era a ocupação do espaço, dentro do hospital, para este tipo de clínica. Havia, coincidentemente, salas originalmente pertencentes à psiquiatria e neurologia, trancadas, vazias e sem uso, que foram aproveitadas para este tipo de serviço.

Teve um pouco desta coisa de ocupar o espaço. Porque aqui (referindo-se ao 6º andar do Hospital das Clínicas) era um lugar da psiquiatria, da neurologia, mas às vezes os consultórios ficavam fechados, trancados, sem ninguém. Aí a gente começou a ocupar. (Entrevistado VII).

Segundo o entrevistado III,

Algumas salas já são nossas mesmo; são oficialmente nossas salas. Outras salas a gente ocupa porque elas estão desocupadas, sem dono. Não tem ninguém atendendo aqui hoje? Então alguém entra lá, porque tem mais profissionais do que salas e a gente está pensando em estender isto para outros horários, outros dias, porque o movimento vai aumentando. (Entrevistado III).

O entrevistado VI também fala da institucionalização do NIAB:

Mas, foi um início informal, e neste momento o [entrevistado XIII] já estava ficando interessado em formalizar, em institucionalizar o NIAB dentro do Hospital das Clínicas. Tinha um número grande de voluntários, e isto coloca um problema para institucionalizar. Não se institucionaliza um serviço com voluntários. Hoje, o NIAB se institucionalizou, tornou-se um projeto especial. (Entrevistado VI).

Este entrevistado pontua a importância de haver, no NIAB, profissionais que mantêm um vínculo institucional formal com o Hospital das Clínicas. Os profissionais podem ser agrupados, portanto, segundo o vínculo que mantêm com a instituição.

2.2.3 – Sobre o vínculo institucional e a formação acadêmica dos profissionais

A formação dos profissionais que trabalham no NIAB é heterogênea. O NIAB conta com quatro psicólogos, oito médicos e um sociólogo, todos entrevistados para este estudo. Entre os oito médicos, dois são psiquiatras, e ambos deixaram claro a necessidade e a importância da função psiquiátrica neste trabalho.

De acordo com um deles:

Na verdade, eu não faço muitos atendimentos só psicanalíticos. Eu me responsabilizo, na maioria dos meus atendimentos, pela parte psiquiátrica, observação, geralmente sintomas psiquiátricos também, levando isso aí para que a minha percepção seja levada até o colega que está conduzindo pela psicanálise, ou então a clínica médica. Eu acho que na maioria das vezes eu entro num papel psiquiátrico. (Entrevistado IV).

De acordo com o outro psiquiatra da equipe, apesar de ser psicanalista, sua principal função no NIAB é medicar os pacientes, deixando que os colegas façam a escuta, mas não sem enfatizar que “a administração da medicação se faz pautada no discurso do sujeito da psicanálise, [...] de uma forma que o sujeito também participe da medicação.” (Entrevistado X).

Entre os 13 entrevistados, sete são funcionários contratados e efetivados na instituição, sendo que alguns estão lá há muitos anos. Os outros seis foram convidados para integrar o NIAB e não possuem vínculo formal algum com a instituição, nela se situando como voluntários.

Conforme disseram os entrevistados voluntários, eles cedem uma tarde da semana para as atividades ali desenvolvidas, mesmo sem contar com as garantias do vínculo institucional.

Para os funcionários contratados, a situação é diferente, uma vez que a instituição não faz distinção alguma entre um atendimento prestado pelo setor de psicologia do Hospital das Clínicas e aquele prestado pelo NIAB:

O trabalho no NIAB é recente, no hospital não. A partir disso, eu me aproximei do grupo que trabalha com anorexia e bulimia, fui convidada pelo [entrevistado XIII], e estou participando do atendimento aqui. Eu cumpro 40 horas semanais. Então eu e alguns outros colegas somos da UFMG. Somos funcionários. Então, todos os pacientes que eu atendo aqui, é como se eu atendesse qualquer outro dos pacientes dentro do hospital. Para a instituição, isto não faz diferença. (Entrevistado VIII).

2.2.4 - Sobre a estruturação do serviço do NIAB

O NIAB se constitui, enquanto Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia, conforme caracterizado pelo entrevistado II, como “um núcleo de investigação, pesquisa e tratamento, [...] que inclui atendimento a casos de anorexia e bulimia.”

Perguntados sobre a forma como está estruturado o NIAB os entrevistados responderam que o trabalho começa com o acolhimento da demanda, muitas vezes da família do paciente, que procura o serviço através do encaminhamento feito pela rede pública. Isto porque, segundo alguns entrevistados, apesar do pouco tempo de existência institucionalizada o NIAB já é considerado e reconhecido, por outras instituições públicas, como um centro de referência no tratamento da anorexia e bulimia, em Minas Gerais. Chega a atender, inclusive, demandas de outros estados, como São Paulo. Os pacientes atendidos são usuários do Sistema Único de Saúde, segundo disseram alguns entrevistados.

Normalmente os pacientes vêm indicados pelos serviços de saúde da rede pública. Na sua maioria, são pacientes da região metropolitana, mas, também, tem pacientes que vêm do interior do estado ou de outras clínicas do hospital, que nos são encaminhados. (Entrevistado II).

Ao chegar ao hospital o paciente é acolhido e passa, então, por uma primeira entrevista. Este processo foi nomeado de “primeiro acolhimento” e é realizado, na maioria das vezes, pelo entrevistado XIII que, após escutar o paciente, faz seu encaminhamento para

um dos membros da equipe. O entrevistado I menciona que algumas vezes é necessário abordar também a família que, muitas vezes, é a portadora da queixa.

Um dos entrevistados apresentou algumas questões a respeito deste primeiro acolhimento. Segundo ele o processo já começa nesse primeiro momento: “eu acho que aí já está havendo alguma coisa que está sendo construída e eu não chamaria de acolhimento, não. Tanto é que as pessoas que atendem, primeiramente, fazem o seguimento deste paciente.” (Entrevistado XII). É interessante apontar que aqui há uma diferença em relação ao que foi dito pelo entrevistado XIII, no parágrafo anterior. Apesar do entrevistado XII dizer que “não chamaria de acolhimento” o primeiro atendimento, ele não propõe outro termo para designá-lo, e que pudesse esclarecer a sua posição.

O dia da semana determinado para todos os atendimentos e acolhimentos no NIAB é a sexta-feira, durante a parte da tarde, no ambulatório situado no sexto andar do Hospital das Clínicas. Mas, esta disponibilidade é flexível, permitindo que alguns dos entrevistados possam prestar atendimentos em outro dia ou mesmo na parte da manhã, caso haja impossibilidade para a sexta-feira. Após os atendimentos os profissionais se reúnem para discutir os casos atendidos naquele dia. Além destas discussões, na sexta-feira, há também reuniões semanais às terças-feiras, quando são discutidos os casos mais graves.

O entrevistado XIII comenta que existe uma função de coordenação do núcleo. Apesar de ter mencionado esta função de coordenação o entrevistado não deu maiores detalhes sobre ela.

2.2.5 – Sobre o trabalho do praticante da psicanálise¹⁰ no NIAB – A construção do caso clínico

Ao serem elaboradas algumas perguntas que dariam certo norte a todas as entrevistas, algumas foram construídas utilizando a expressão “psicanalista”, de forma mais genérica. Esta observação é válida para a pergunta referente ao trabalho do psicanalista no NIAB, assim como também, para as questões que seguirão mais adiante, sobre a inserção do psicanalista na instituição e as dificuldades enfrentadas por ele no trabalho institucional.

¹⁰ Nessa dissertação, optou-se pelo uso da expressão “praticante da psicanálise” para referir-se a todos os entrevistados.

Isso não passou despercebido para alguns entrevistados como, por exemplo, o entrevistado XI, que comentou que o termo “psicanalista” não é muito usado no NIAB.

O entrevistado IX menciona que mesmo tendo alguns pacientes em “escuta analítica”, não se considera psicanalista. Já o entrevistado XII diz que não se coloca como psicanalista na unidade hospitalar. “Eu tenho casos em que eu faço a escuta e a supervisão. Mas, na instituição, eu sou médico.” (Entrevistado XII).

Por outro lado, é importante ressaltar que a maioria dos entrevistados fez uso corrente do termo psicanalista durante as entrevistas. Dessa forma, em algumas ocasiões o termo psicanalista foi mantido, de modo a preservar a coerência da fala dos entrevistados, assim como também a coerência teórica, uma vez que o termo psicanalista é comumente utilizado na bibliografia consultada.

Todos os entrevistados que preferiram não utilizar a expressão psicanalista, ou que apresentaram objeções a esse uso (somente os entrevistados IX, XI, XII) são médicos, que estão iniciando o percurso de formação. E apenas um deles (entrevistado XI) mencionou que esse termo não é muito usado no NIAB, preferindo ele usar o termo “médico atravessado pela psicanálise”, que será abordado mais adiante, no item 3.5.

Os entrevistados I e II frisaram que o trabalho clínico realizado no NIAB não constitui uma psicanálise pura e sim aplicada ao sintoma, à terapêutica. Esta partição entre psicanálise pura e aplicada foi colocada em questão pelo entrevistado XIII, que afirma, a partir de Miller (2001), que até certo ponto toda psicanálise é aplicada.

Segundo o entrevistado II,

É importante afirmar que aqui nós não fazemos análise strictu sensu. Aqui é uma psicanálise aplicada à terapêutica. Portanto, aplicada ao sintoma. Trata-se de atendimento a uma clínica de anorexia e bulimia a partir desses sintomas. Então ela conta com uma distinção muito clara: nós estamos aqui trabalhando com o sujeito que está escondido atrás destas manifestações sintomáticas. (Entrevistado II).

Ainda segundo esse entrevistado, a partir da abertura do NIAB, abre-se também

a possibilidade de ter um trabalho de interlocução com outros profissionais, já com formação em psicanálise. Embora dentro do NIAB haja pessoas que não são psicanalistas (médicos, clínicos, psiquiatras) que atendem a partir de sua disciplina de formação original, mas que fazem interlocução com a clínica psicanalítica. (Entrevistado II).

Fica claro, portanto, a partir da fala desse entrevistado, assim como do que foi exposto, que nem todos os profissionais inscritos no NIAB se autorizam psicanalistas.

De acordo com dois entrevistados, (I e II), o trabalho realizado no NIAB poderia muito bem ser chamado de trabalho interdisciplinar, uma vez que é um trabalho coletivo, que propõe uma constante interlocução entre seus membros, que desempenham funções diferentes em cada caso.

De acordo com o entrevistado I, apesar de ser um trabalho interdisciplinar, ainda assim a solidão na clínica está colocada:

Quem trabalha é você e o paciente; então ninguém pode dizer que você tem que fazer isto ou aquilo; é você e paciente que estão ali dentro, então é um trabalho solitário. Mas, ao mesmo tempo que você partilha isto daí com uma equipe, você está difundindo este seu trabalho. Como é que nós podemos remanejar isto, este é o ponto máximo do NIAB, é o trabalho interdisciplinar. (Entrevistado I).

Nos entrevistados VI e VIII podem ser detectados pontos em comum nas respostas que formularam. Ambos trabalham como psicólogos no Hospital das Clínicas, contratados pela instituição. Ambos mencionaram o contraste que existe entre o trabalho institucional como psicólogos, exercido no âmbito mais amplo do Hospital das Clínicas e o trabalho exercido no NIAB. De acordo com o entrevistado VI todo encaminhamento médico que ele recebe no Hospital das Clínicas é via prontuário, não havendo nenhum contato pessoal ou interlocução entre ele e quem fez a indicação, muito diferente do trabalho realizado no NIAB, onde “existe um projeto de trabalho em comum.” (Entrevistado VI).

O entrevistado VIII também demarca estas diferenças, apontando a construção do caso clínico como uma particularidade do NIAB:

É a novidade da construção do caso clínico, coisa que não acontece com a gente lá no hospital. A gente atende os pacientes, mas é muito difícil discutir o caso com a equipe, com o médico. [...] A gente, de certa forma, leva um pouco do que é nosso trabalho para a equipe. Mas aqui, isto é muito forte no NIAB; a gente tem discussão e construção de caso clínico. Então há uma divisão de responsabilidade de cada caso com a equipe. (Entrevistado VIII).

A responsabilidade é distribuída entre os membros da equipe, que juntos trabalham na construção do caso clínico. “Acho que uma coisa muito importante que há no NIAB, a gente pode pensar assim, é que a psicanálise faz a possibilidade de interlocução entre as diversas áreas. Mas, é a partir da psicanálise que a gente consegue fazer esta interlocução.” (Entrevistado V).

A partir do que foi dito pelos entrevistados pode-se constatar a especificidade desse trabalho coletivo, realizado por muitos, tendo a psicanálise como orientação. Conforme mencionado anteriormente, o NIAB tornou-se um projeto especial dentro do Hospital das

Clínicas. É especial justamente porque se constitui como “uma forma de oferta de um trabalho clínico que ultrapassa os limites das chamadas especialidades. É uma clínica que, através do sintoma, inscreve a possibilidade de um tratamento, de uma oferta a partir do trabalho interdisciplinar”, conforme foi enfatizado pelo entrevistado II, que também procurou traçar as especificidades dessa clínica:

É uma clínica que vai se distinguir de outras clínicas que tratam dos chamados transtornos alimentares. Por isso é que a gente faz uma distinção da clínica dos transtornos alimentares com a clínica da oralidade, no sentido de que estes transtornos alimentares são tratados geralmente a partir da inscrição da psiquiatria, a partir inclusive da clínica que comporta muito mais uma possibilidade de atenção cognitivista, behaviorista... O NIAB não nasceu com essa orientação. No lugar das teorias comportamentais cognitivistas, a gente propõe a psicanálise. (Entrevistado II).

Nesse sentido, conforme o mesmo entrevistado “a presença da psicanálise, nessa clínica, é muito mais providenciar uma possibilidade de se trabalhar com aquilo que, rigorosamente, às vezes fica meio de lado na medicina.”

Sendo assim, mesmo que os profissionais tenham formações acadêmicas diferentes, não há primazia de nenhuma delas na orientação do trabalho. Ainda que se considere que um deles tenha dito exercer no NIAB a função de médico psiquiátrico (Entrevistado IV), acompanhando a medicação do paciente, há o momento do trabalho da construção do caso clínico, onde a orientação que norteia é a psicanálise. Esta construção é coletiva, feita pelos membros da equipe, e é a partir dela que serão traçadas as diretrizes do caso clínico.

Todos os casos são discutidos a partir do sujeito; é como se você tivesse uma discussão de cada caso, para se poder avançar neles, mesmo que seja um atendimento pela psiquiatria, um atendimento da clínica médica. Este sujeito sempre é atendido por alguém que faça uma escuta analítica; então não há ninguém lá que faz só o atendimento clínico médico, ou apenas o atendimento psiquiátrico. Por isso é que os casos têm que ser sempre conversados. Por que não há como ele ser conduzido por uma única especialidade. (Entrevistado V).

Uma questão importante na construção do caso clínico foi levantada pelo entrevistado X, outro psiquiatra da equipe. A fala desse profissional, em determinado momento da entrevista, levou o pesquisador a lhe perguntar sobre a incidência da psicose na clínica da anorexia e bulimia:

O que eu tenho observado é que os casos que chegam aqui para o NIAB, normalmente são casos que já passaram pelos postos de saúde, pelo serviço, pelo CERSAM, e são casos limítrofes mesmo. Então, talvez aqui, a gente tenha uma amostra um pouco “viciada”. Eu acredito que por isso, talvez, a gente aqui se

depare muito com psicose. [...] Então a minha visão, especificamente, é que existe um número muito grande de pacientes psicóticos. (Entrevistado X).

Perguntado quanto à função do psiquiatra na equipe (uma vez que é assim que o entrevistado se situa), pôde-se constatar que esse profissional acaba sendo convocado, com mais frequência, para casos em que a administração da medicação se faz necessária. Contribui para isso o fato de que, entre os 13 entrevistados, apenas dois são psiquiatras, aliado à grande incidência da psicose nessa clínica, conforme mencionado.

Normalmente, eu fico com esses casos, porque como eu medico, eu atendo praticamente todos os psicóticos. [...] quando chega para mim, são casos mais graves, e a gente tem detectado muito a psicose; esquizofrenia, principalmente. (Entrevistado X).

Entre os profissionais com formação médica, a questão do lugar que eles ocupam na construção do caso clínico pôde ser bem detectada. De acordo com o entrevistado XII:

Esta questão da psicanálise e medicina está posta para todo mundo que é médico e vai trabalhar com a psicanálise; são lugares totalmente diferentes; a prática está mostrando que não dá para fazer as duas coisas com um paciente só; são posicionamentos diferentes. (Entrevistado XII).

Desta fala é possível extrair um elemento em comum com a fala dos outros médicos que exercem a psicanálise. Trata-se da impossibilidade de ocupar dois lugares ou duas funções diferentes diante do mesmo paciente. Este ponto foi muito enfatizado por todos eles.

A questão do médico que é “atravessado pela psicanálise” foi muito falada pelos entrevistados que são médicos. Segundo o entrevistado XI “eu sigo por princípio ser o médico atravessado pela psicanálise, que se serve do discurso do mestre, mas circula entre os outros discursos também”.

Para o entrevistado IX:

O paciente que eu atendo como médico, eu não atendo como psicanalista. Não faço a escuta dele. Lógico que a gente vai conversando, mas é um outro profissional que vai estar atendendo, para fazer a escuta. Quando você vai examinar um paciente, por exemplo, você vai ter um contato com ele muito diferente. (Entrevistado IX).

Esta questão também é colocada pelos entrevistados III e XI:

No NIAB eu não sou endocrinologista. Eu sou também endocrinologista. Eu sou, como se diz, um “curinga”. Para uns pacientes eu sou analista, para outros eu sou

médico clínico. Quem vai me dizer se eu sou analista é o paciente. É ele quem vai me dizer 'você é meu analista'; 'você é meu médico'. (Entrevistado III).

“Eu posso me colocar no lugar da escuta, mas aí eu não sou mais médico. Aí, a parte médica morre, e você vai manejar conforme o discurso do sujeito.” (Entrevistado XI).

2.2.6 - As dificuldades encontradas pelos praticantes da psicanálise no trabalho institucional

A partir do que os entrevistados disseram sobre as possíveis dificuldades encontradas pelo praticante de psicanálise, quando inseridos no Hospital Geral, pôde-se constatar que essas dificuldades se referem principalmente ao trabalho clínico propriamente dito, ou seja, questões relativas à demanda, à transferência, ao tempo, ao lugar do analista e à construção do caso clínico.

Apesar de considerar o desafio que o psicanalista enfrenta ao se dispor a trabalhar com a psicanálise numa instituição médica, o entrevistado II afirma que “as dificuldades estão muito mais na construção do caso clínico do que no empecilho (colocado pela instituição) ao trabalho do psicanalista.” (Entrevistado II).

Segundo este entrevistado as dificuldades presentes na construção do caso clínico em psicanálise remetem à questão da lógica do sujeito, que é diferente da lógica da ciência, que se pauta pelo princípio de causa e efeito. Para a psicanálise “é muito mais uma questão de objeto causa, do que de efeito. Então essa é uma dificuldade.” (Entrevistado II). O entrevistado também assinala que, apesar dessa dificuldade “o NIAB até então tem sido muito bem acolhido e absorvido pela direção do hospital.” (Entrevistado II).

Os entrevistados III e IV enfatizam que a demanda é muito grande e incessante.

Tem muita gente, é uma procura muito grande. Para que se tenha um acompanhamento psicanalítico, demanda um tempo, nem que seja uma psicanálise num breve período, até que pelo menos esse quadro inicial se estabilize, e depois passe para um segundo momento. É isso que a gente vem discutindo: o encaminhamento destes pacientes. Acho que é principalmente isso, tempo de tratamento, que talvez a gente precisasse de estar com este paciente mais tempo, frente à demanda excessiva. Tempo que este paciente precisaria para ser acompanhado. (Entrevistado IV).

O entrevistado IX, por outro lado, aponta que a maior dificuldade está em criar uma demanda legítima por parte do sujeito, ou seja, fazer com que o sujeito se interroge sobre o seu sintoma, característica inerente à própria clínica dos novos sintomas, tais como têm sido consideradas as anorexias e as bulimias da atualidade.

As questões da queixa e da demanda de tratamento também foram levantadas pelo entrevistado V. O sintoma anoréxico muitas vezes funciona como uma suplência para o sujeito, e ao ser colocado em questão, dissolvido, ultrapassado, outras questões aparecem, indicando que o tratamento pode demorar, na medida em que tenha que considerar os efeitos do deslocamento do sintoma e da gravidade do caso. Nas palavras do entrevistado XII “esta dificuldade a gente tem enfrentado no NIAB. Na última reunião [a pauta] era essa, os pacientes que saíam do sintoma [anoréxico ou bulímico], mas que estão em tratamento. Eles vão continuar em tratamento no NIAB?” (Entrevistado XII).

Para o entrevistado X as maiores dificuldades estão no manejo clínico da transferência, o que é inerente ao trabalho clínico e não o inviabiliza. Para ele a transferência é inicialmente estabelecida com a instituição, e não com o analista, e neste sentido, há sempre o risco de haver uma dispersão ou uma dissolução da transferência. Em suas palavras, “para lidar com o sujeito a gente tem que lidar é com o real do caso a caso, e muitas vezes, estas situações nos colocam em posição de reflexão ou de impasse ou de dificuldade.”

De acordo com os entrevistados VII e XI, embora manejável, a constante mudança de funções, os diferentes papéis exercidos na interface psicanálise e medicina, podem ser situados como a maior dificuldade enfrentada por eles: “eu acho que a questão é exercer também outras funções, porque eu sou médica por formação. Eu acho que uma das coisas que constitui um pouco de problema é ter que exercer outras coisas, e ter que retificar, do ponto de vista da psicanálise.” (Entrevistado XI).

A resposta do entrevistado VII aponta na mesma direção, ainda que ele afirme que esta dificuldade não esteja no nível da prática:

O que eu vejo de dificuldade [...] não são nem as dificuldades inerentes à prática. Então deixando esta de lado, uma coisa que eu tenho sentido é dificuldade de trabalhar numa interface ou de estar fazendo este percurso, esta transição. Isto é o que no meu caso eu tenho achado difícil. (Entrevistado VII).

Outro ponto de dificuldade, mencionado nas entrevistas, refere-se à ausência de interlocução do NIAB com a psiquiatria do Hospital das Clínicas. Mesmo sabendo que o psicanalista não é avesso ao médico, pode-se constatar algumas dificuldades relatadas pelos

entrevistados concernentes à posição da psiquiatria do Hospital das Clínicas com relação ao NIAB.

Este ponto de dificuldade foi mencionado por alguns entrevistados (VII, VIII, XII). Segundo eles, os psiquiatras recebem reiterados convites do NIAB para participar das discussões de caso e das reuniões, mas não comparecem: “[...] a maior dificuldade minha é fazer com que, por exemplo, o psiquiatra, os residentes lá do hospital, aceitem discutir caso com a gente. Eles nem vêm. E a gente convida, a gente apresenta caso; então eles deixam um buraco; a gente ocupa este buraco; aí o problema... Só que eles são convidados.” (Entrevistado VIII).

De acordo com o entrevistado VII “a psiquiatria daqui é mais biológica, a gente não tem nenhuma interface.” (Entrevistado VII). Ele comenta que isto tem efeitos para o NIAB, uma vez que, sem esta interlocução, o NIAB acaba tendo que procurar uma referência para internação psiquiátrica fora do Hospital das Clínicas.

O entrevistado XII relata que experimenta esta dificuldade no dia a dia do seu trabalho: “as pessoas são fechadas, eu acho que é isso, são paradigmas muito diferentes; tem a questão da vaidade médica, o médico é muito vaidoso, o médico acha que sabe. Esta questão do saber e da mestria, eu acho que é uma coisa que fecha a porta para o sujeito.” (Entrevistado XII).

2.2.7- Sobre a forma de inserção do praticante da psicanálise na instituição

A pergunta sobre a forma de inserção do praticante da psicanálise no Hospital Geral (ANEXO A) favoreceu uma série de respostas distintas. Algumas apontam para a inserção institucional do praticante de psicanálise, enquanto outras, dizem respeito à inserção da prática psicanalítica na instituição.

O entrevistado XIII alerta para uma questão já bem conhecida, relativa ao fato de que o enquadramento institucional do profissional se dá a partir da sua formação universitária. Ele pontua que

O psicanalista não tem muito lugar, ele é contratado como um profissional, como médico ou como psiquiatra ou como psicólogo ou como assistente social. Mas não o é como psicanalista. A psicanálise é uma escolha dele. [...] Porque a psicanálise não está na sigla das terapêuticas, das terapias. (Entrevistado XIII).

Referindo-se a um impasse (hoje já superado) relativo à inserção de um colega, o entrevistado afirma que

Normalmente, quem faz terapia ou psicoterapia em hospital é psicólogo. Nós temos aqui alguns clínicos que estão fazendo psicoterapia porque eles têm uma formação analítica, e estão se colocando nesta posição de escuta do paciente. Então são questões que não estão bem resolvidas a nível da instituição. Mas, ao mesmo tempo, é bem vista por alguns; é vista bem de banda por outros... (Entrevistado XIII).

Segundo o entrevistado XII, “[...] eu não me coloco como psicanalista na unidade hospitalar. Eu tenho casos em que eu faço a escuta, a supervisão. Mas, na instituição, eu sou médico. No plantão, por exemplo, eu sou totalmente médico.” (Entrevistado XII).

No caso do NIAB, há uma diferença, uma vez que “[...] o serviço foi construído se sustentando teoricamente na psicanálise. De acordo com o nosso projeto, é um núcleo de investigação, nós o chamamos de Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia. Se é uma universidade, isso é possível.” (Entrevistado XIII). Aqui o entrevistado faz alusão ao fato do Hospital das Clínicas se constituir, enquanto um hospital escola, um hospital universitário. Esta peculiaridade o torna mais aberto à diversidade de práticas e discursos, incluindo aí a psicanálise. A partir da fala deste entrevistado, pode-se pensar que o fato do Hospital das Clínicas ser um hospital universitário faz com que este trabalho com a psicanálise se torne possível, uma vez que, além do tratamento, da terapêutica, há uma vertente de pesquisa e transmissão, fundamental na clínica psicanalítica. Este ponto será retomado com mais detalhes na análise dos resultados das entrevistas.

2.2.8 – A subversão operada pela psicanálise: entre o texto de regras e o texto do sujeito

Aos entrevistados foi perguntado sobre como o psicanalista consegue esquecer o texto de regras da instituição para se voltar para o sujeito (ANEXO A), levando em consideração que o hospital é uma instituição que estrutura a sua função social em torno da urgência médica e da eficácia terapêutica.

Segundo o entrevistado III, sua própria entrada no NIAB já constitui uma desorganização das regras da instituição.

Para o entrevistado II, o tensionamento é um efeito da posição ocupada pelo NIAB:

Há aí em jogo, um certo tensionamento por causa da nossa posição. Você fez uma pergunta sobre a questão do sujeito, o sujeito é sempre subversivo. Sendo subversivo, o discurso médico como o discurso de uma certa ordem, ele vai tentar organizar este sujeito, vai tentar colocar este sujeito dentro de parâmetros, e é exatamente de um ponto de vista... vamos dizer ético, que opera diferentemente a psicanálise. (Entrevistado II).

A subversão foi também o termo mencionado pelo entrevistado X. Ele exemplifica sua resposta, mencionando a flexibilidade de horário de trabalho (comparecimento ao núcleo), que vai de acordo com o desejo e a disponibilidade de cada profissional. Acontece, por exemplo, de o paciente precisar ser atendido duas vezes por semana, ou então em época de férias ou mesmo em alguma greve que afete o atendimento na instituição. Nestes casos o profissional pode se disponibilizar a atender este paciente em sua clínica particular, mesmo sendo ele um paciente do hospital.

De acordo com este mesmo entrevistado, “o próprio discurso psicanalítico, é subversivo dentro da proposta deste tratamento da anorexia e bulimia. Nossa proposta não consta nos manuais psiquiátricos, dos acadêmicos norte-americanos baseados no DSM IV ¹¹ e no CID-10 ¹². Então, outra forma de mudar isso, foi montar esta equipe.” (Entrevistado X).

Para o entrevistado IX,

A psicanálise se faz em qualquer lugar, é possível um encontro com o analista em qualquer lugar. Esta é uma orientação que eu acho que é básica mesmo. Então você não precisa de estar no consultório, lá no divã, para você agir enquanto psicanalista. Acho que o analista tem que estar disponível aonde ele for necessário. Então o hospital é um lugar possível. Eu acho que é um lugar muito possível, até. (Entrevistado IX).

Já o entrevistado IV cuida de lembrar que a inserção da psicanálise na instituição não se faz sem dificuldades: “então, realmente, esta pergunta que você coloca, a psicanálise dentro de um serviço onde há cobrança de produção, onde o discurso médico reina... É difícil mesmo. É difícil você fazer aflorar um sujeito num contexto desses.” (Entrevistado IV).

De acordo com o entrevistado VI, “na instituição o psicanalista está entre, de um lado estas regras, e de outro lado o sujeito do inconsciente; eu penso que é aí mesmo que a gente transita. Mas, para tentar produzir a experiência deste sujeito, no meio destas regras.” (Entrevistado VI).

¹¹ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

¹² Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

Segundo o entrevistado VIII, o fator que permite que a psicanálise se sustente na instituição sem se dissolver nos outros discursos, é o desejo do analista:

Eu acho que é a única coisa que pode preservar a psicanálise é o desejo do analista. Então isto diz respeito de um certo posicionamento, de uma escuta, de um lugar que você está ocupando, como é que você está transmitindo a psicanálise. (Entrevistado VIII).

O entrevistado VIII acrescenta que se colocar do lado do sujeito pode acarretar muitos ganhos, mas nem sempre: “eu acho que a gente consegue muita coisa assim, do lado do sujeito. Mas algumas vezes, nem sempre. E, às vezes, é complicado.” (Entrevistado VIII).

2.2.9 – O praticante da psicanálise entre a urgência médica e a urgência subjetiva

Em determinado momento da entrevista foi feita a todos os entrevistados a seguinte pergunta: “como o psicanalista consegue “esquecer” o texto das regras da instituição para se voltar para o sujeito que desorganiza essas regras, considerando que o Hospital Geral estrutura a sua função social em torno da urgência médica e da eficácia terapêutica?” (ANEXO A).

A resposta mais freqüente dizia respeito ao fato de que a questão da urgência deve ser tratada de modo a não desconsiderar o sujeito, é o que, em suma, dizem muitos entrevistados:

Ao passar este primeiro tempo da urgência a escuta tem que estar presente ali, para fazer o sujeito emergir. Porque senão, ele fica só neste lugar de ser cuidado. É onde se procura o hospital, para ser cuidado e não ter que se haver com nada daquilo que aconteceu comigo. (Entrevistado V).

Pode-se perceber que essa questão também é considerada pelo entrevistado II, quando ele afirma que ali estão “muito mais preocupados com a urgência clínica, a urgência do sujeito, do que com a urgência social.” (Entrevistado II). Entendem, segundo ele, que por estarem “em um hospital, o hospital tem necessariamente que responder esta questão da urgência social.” (Entrevistado II).

Segundo o entrevistado IV, diante da urgência do corpo, cabe ao profissional entrar em campo para que esta urgência se desfça. A medicação é um dos recursos de que o NIAB lança mão em casos extremos de urgência, segundo disseram alguns entrevistados. A resposta

medicamentosa é fundamental em alguns casos, de modo a conter o gozo que, na urgência, ultrapassa o limite do tolerável. Desfazendo-se a urgência, cria-se um espaço para que a escuta possa ter início, e se esse não for o caso, cabe, então, encaminhar este paciente, de acordo com as especificidades do caso.

O entrevistado também sublinha a importância da escuta clínica, indicando que a ausência dela pode acarretar um preço alto para a instituição, além do prejuízo para o sujeito:

Aí entra a questão dos gastos com isso, porque aí entra exame excessivo, exames de alto custo, onera-se um serviço. Acho que isto está acontecendo muito, hoje em dia, com os planos de saúde. Você chega num médico, e ao invés de ser ouvido, ele pede vários exames. Você acaba achando até que você está num estado muito grave, que tem alguma coisa errada acontecendo. Porque pela investigação, que em vez de ser uma investigação pela escuta, pelo exame clínico, é uma investigação pelos exames complementares, que deveriam ser apenas complementares. Então, se não tem a disponibilidade de ouvir, eu acho que isso aí compromete a clínica. (Entrevistado IV).

O entrevistado XIII esclarece que há todo um trabalho que é realizado em torno do paciente. Toma como exemplo uma situação que ocorre no momento mesmo da realização da entrevista. Menciona um caso de anorexia grave que acaba de chegar ao NIAB. A paciente precisou ser internada com urgência, pois corria risco iminente de morte. O trabalho do NIAB se estende em direção a outras clínicas no Hospital das Clínicas, com o objetivo de fazer um trabalho de convívio, no sentido de advertir aos médicos que estão encarregados de atendê-la de que a questão não se reduz a um transtorno alimentar, que visaria apenas um ganho de peso.

Porque eu acho muito equivocada essa linha de trabalhar com a anorexia. Claro que há, em determinadas condições médicas, e há determinado estado nutricional que tem que receber um suporte nutricional, porque é incompatível com a vida. Mas desde que você consiga um certo estado de equilíbrio clínico, você não tem uma bateria dirigida para o ganho de peso. O que normalmente no hospital vai ter. (Entrevistado XIII).

O entrevistado menciona, a partir de sua experiência, que o anoréxico interpreta como uma violência as intervenções que são realizadas pelos médicos sobre o seu corpo, com o intuito de lhe salvar a vida. O NIAB visa “uma abordagem que respeite o paciente, respeite os limites dele, respeite, até certo ponto, o sintoma dele. Até certo ponto, porque o paciente pode estar, também, correndo risco de morte.” (Entrevistado XIII).

Segundo este mesmo entrevistado, os pacientes mais graves passam por um procedimento que se subdivide em três tempos: passam pelo psicanalista, pelo clínico e pelo psiquiatra:

O psicanalista tem a função de escutar essas pacientes e dar uma chance a elas de se implicarem com sua doença e resolver a sua questão. Então ele assume, basicamente, esse papel da escuta, da interpretação. A grande função do clínico é não deixar a paciente morrer; e a do psiquiatra, é tratar dos chamados problemas psiquiátricos, que algumas destas pacientes apresentam: depressão, às vezes uma compulsão muito intensa, às vezes um quadro de oscilação de humor... Muitas vezes elas precisam de uma medicação psiquiátrica. (Entrevistado XIII).

2.2.10 – Sobre a função do psicanalista no NIAB

As entrevistas supunham a possibilidade de trazer formulações teóricas para o centro das questões. Assim, antes de ser introduzida a questão da função do psicanalista no NIAB, o entrevistador se referia à afirmação, de Graciela Brodsky (2003, p.25), de que um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, ele faça exatamente o mesmo, ou seja, escutar, interpretar. A partir desta perspectiva já considerada, de que a função não é a mesma, introduzia-se a pergunta sobre as considerações que os profissionais faziam sobre a função de seus trabalhos no hospital. (ANEXO A).

Os entrevistados I, II e XI marcaram a diferença da função exercida pelo psicanalista no hospital, enfatizando que a psicanálise que aí se pratica é aplicada à terapêutica. Considera-se, portanto, que a função que o psicanalista exerce na psicanálise aplicada não coincide com aquela que ele exerce na psicanálise pura. O entrevistado I menciona que, como efeito da sua inserção institucional, a direção de tratamento se modifica.

O entrevistado II fala dos atravessamentos que se fazem presentes no trabalho do psicanalista, quando este está inserido numa instituição como um Hospital Geral. Neste sentido, há que se considerar que o psicanalista terá que se haver com a burocracia institucional, que pode ser detectada nos formulários, prontuários, avaliações, relatórios, convênios e estatísticas de atendimento. Segundo o entrevistado, não há como o psicanalista se esquivar destas questões, e este foi o ponto mais enfatizado por ele: “a gente pode trabalhar isto sem abrir mão da nossa ética, mas vamos tentar responder também àquilo que a instituição precisa.” (Entrevistado II).

O entrevistado V marca a diferença de enquadre, que literalmente desaparece no espaço hospitalar. Em suma, trata-se de “exercitar mesmo esta função, do analista, com essas diferenças de enquadre.” (Entrevistado V).

Conforme foi dito pelo entrevistado VI, a função do analista na instituição é “reintroduzir o sujeito no discurso sobre a sua doença, sobre o seu corpo”, lugar do qual foi ejetado pelo discurso da ciência, justamente o discurso que orienta a clínica médica. O entrevistado menciona que esta função implica que o sujeito passe da condição de objeto falado a sujeito falante, em outros termos, que o sujeito se torne autor de sua história, e que assim possa se implicar nela. Nas palavras do entrevistado, trata-se de “autorizar, em alguma medida, a expressão desta subjetividade” (Entrevistado VI), para que, assim, o profissional institua um lugar para onde estas questões subjetivas vão poder ser endereçadas, para que elas possam ser tratadas. Considera que esta é uma função importante.

A questão da demanda foi um ponto que surgiu em muitas respostas e foi o ponto mais destacado pelos entrevistados. A função do analista foi associada, por muitos entrevistados (IV, V, VIII, IX, X, XIII), com a questão da demanda articulada à transferência, ao suposto saber da instituição, ao endereçamento que o sujeito faz ao nome da instituição e não ao analista.

De acordo com o entrevistado VIII, a afirmação de Graciela Brodsky, citada na pergunta do entrevistador, faz muito sentido, e é algo com o que ele concorda inteiramente. Enfático, ele sublinha as muitas diferenças que marcam a função do psicanalista no Hospital Geral:

A começar da demanda, da transferência, tudo! A gente vai ter que trabalhar a demanda com o sujeito, com o paciente. Porque, no consultório, ele já chega com demanda, com sofrimento. Aqui ele é encaminhado para a gente conversar com ele. Ou então, é aquele paciente complicado, que vem para fazer uma cirurgia. E aí tem a sua avaliação. Então você vai ter que ver o que é possível fazer. Tem a questão do tempo, que é diferente, do pagamento, tudo mesmo! (Entrevistado VIII).

O entrevistado acrescenta, à listagem de diferenças, o trabalho em equipe, que foi também mencionado como o marco diferencial do trabalho do NIAB.

O entrevistado IX também enfatiza esta questão da transferência com a instituição:

Eu acho que uma grande diferença é que, quando o paciente procura o NIAB, ele não procura inicialmente a mim; procura a instituição [...] eu acho que apesar de (o analista) fazer a mesma coisa, esta é uma diferença importante. A primeira transferência do paciente, aqui no NIAB, é com a instituição. Num segundo momento pode ter uma transferência à pessoa que está atendendo. Então, eu acho que aí está outra diferença. Então esta frase aponta neste sentido também. A transferência é,

portanto, com a instituição, não é com a psicanálise. Aqui é uma instituição médica, reconhecida mais pelo lado médico mesmo. É o Hospital das Clínicas. Então, está dirigido muito mais a este significante médico, o saber médico, do que ao saber psicanalítico. (Entrevistado IX).

Um trecho da fala do entrevistado XIII também condensa muito bem esta questão, apontada por muitos entrevistados, e que marca a especificidade da função do psicanalista no NIAB:

O trabalho do analista é um trabalho na implicação do sujeito com a sua própria doença, implicação do sujeito no seu tratamento, mas também, basicamente, a escuta e a interpretação, quando é o caso, embora não sejam pacientes que te procurem para uma análise. São pacientes com problemas médicos em geral, e que vêm para um suporte, para um tratamento psicoterápico. Então essa é uma grande diferença. O motivo da demanda, ou muitas vezes o paciente nem vem com uma demanda, ele vem encaminhado. (Entrevistado XIII).

Neste contexto a função do psicanalista consiste em fazer surgir uma demanda por parte do sujeito. A este respeito o entrevistado X lembra uma frase atribuída a J-A. Miller, que diz que a única contra-indicação para a psicanálise é a ausência de demanda (MILLER, 1999).

Então, dentro do hospital, pode haver uma demanda, e há uma demanda. Se você souber manejar, escutar esta demanda, eu acho que é a função do psicanalista, considerando todas estas diferenças de nuances da transferência, que é uma transferência mais esfacelada, que não é uma transferência apenas com o analista, mas com a instituição. (Entrevistado X).

O entrevistado X acrescenta que, para que a demanda de socorro médico, de ajuda, se desdobre, faz-se necessário um trabalho preliminar: “[...] de alguma forma, é um trabalho subversivo, neste sentido; a gente não atende a demanda, o pedido que eles fazem. A gente modifica. É um trabalho preliminar.” (Entrevistado X).

De acordo com entrevistados V e X, é comum observar-se que na clínica da anorexia e bulimia, a demanda parta da família, e não do sujeito portador do sintoma. Estes entrevistados mencionam que o sujeito não se queixa do seu sintoma, parecendo estar confortável nele, sendo que esta particularidade pôde ser associada com as novas modalidades de sintoma, os também chamados sintomas contemporâneos.

A questão da demanda não é a única perspectiva sob a qual a função do analista, na instituição, pode ser abordada. Se a questão da demanda não resume a função do analista na instituição, por outro lado pensa-se que ela é o eixo fundamental desta questão, de acordo com o que foi dito pelos entrevistados.

2.2.11 - O ato analítico no contexto do Hospital Geral

Em uma das perguntas formuladas os profissionais foram convidados a falar sobre as possibilidades do ato analítico no contexto do trabalho institucional, momento em que se constatou que houve unanimidade na resposta afirmativa a esta questão.

De acordo com o entrevistado VI, o ato do analista pode acontecer em qualquer contexto: “Eu acredito que onde existe um sujeito que fale é possível se fazer a experiência do inconsciente. E é possível que o analista intervenha, com a interpretação ou com o ato, produzindo um efeito terapêutico.” (Entrevistado VI).

O entrevistado V situa o ato no contexto do tratamento, dizendo que ele faz parte da estratégia do analista na direção do tratamento, sendo qualificado como um recurso do qual o analista faz uso. Esta resposta se aproxima da resposta dada pelo entrevistado VIII, no sentido de que o ato é um recurso à disposição do analista, e pode-se pensar aí que se trata para o analista de se dispor do seu ato.

Eu penso que é mais uma ferramenta com que Lacan contribuiu para a gente. Então, eu acho que se tem que lançar mão dela, sim, independente de a gente estar num consultório. Eu acho que naquele momento em que você está atendendo o paciente, é perfeitamente viável. (Entrevistado VIII).

O entrevistado X também considera a possibilidade do ato analítico no Hospital Geral, e também afirma que “só *a posteriori* a gente percebe a dimensão deste ato. Por exemplo, dizer para um sujeito: ‘você pode morrer’. Às vezes é um ato que tem que ser feito, e apostar-se nele. E nós já tivemos casos em que houve uma melhora a partir dessa intervenção.” (Entrevistado X).

Trata-se, portanto, de uma aposta do analista; cabe a ele apostar no seu ato. O entrevistado enfatiza, com veemência, uma condição para o ato analítico: “sob transferência, por mais grave, por mais delicado que seja, isto pode ter um efeito surpreendente. ‘Você pode mudar’. ” (Entrevistado X).

Além do entrevistado X, os entrevistados V e VIII também enfatizaram a condição de que, ao se considerar o ato do analista, seja levado em conta o manejo transferência. Afirmaram que o ato só pode ser pensável no contexto da transferência: “é claro que exige

uma transferência, exige todo um percurso. Não vou chegar ao leito do paciente no primeiro encontro e fazer um ato.” (Entrevistado VIII). O entrevistado IV também aponta nesta direção, ao afirmar que acredita que o ato deve ser pensado dentro do contexto da construção do caso clínico:

Todas as pacientes que são atendidas por mim e por outros profissionais, são atendidas dentro de uma condução que é a construção do caso clínico, que é discutido antes. E a gente consegue, pelo menos tenta, por este estudo, pela condução do caso, ir traçando as diretrizes. (Entrevistado IV).

O entrevistado XIII afirma, enfaticamente, que há o desejo do analista, e, por conseguinte, há o ato analítico:

Eu acho que há o desejo do analista aí, na instituição; há o desejo do analista aí. Porque se não houver... O que você pode dizer é que não há as mesmas condições de uma psicanálise, que existe numa clínica psicanalítica de consultório. Mas eu acho que há uma análise, há uma verdadeira psicanálise. Limitada por condições externas, mas não deixa de ser uma análise; pelo menos tem essa intenção. (Entrevistado XIII).

De acordo com o entrevistado II, “o ato não se volta só para a instituição, mas também para o sujeito ao qual eu me dirijo.” (Entrevistado II). O entrevistado acrescenta que o efeito esperado pelo ato é uma mudança na posição subjetiva do sujeito.

Para o entrevistado IX, o NIAB está implicado com o ato analítico, na medida em que tem na psicanálise o seu vetor de orientação, e que propõe para as pessoas que o procuram um encontro com o analista. O entrevistado articula o ato analítico à abertura para a escuta do sujeito, onde as questões trazidas por este não serão apagadas por uma resposta de mestre:

A gente estava discutindo esta questão de acolhimento, estas coisas, e eu li em algum lugar que abrir a porta já é um ato analítico. Então, se você pensar que a gente está aberto para as pessoas, e a gente está aberto enquanto uma instituição que tem uma orientação de psicanálise. Então, é deixar sempre uma questão, uma porta aberta para que estas questões sejam trabalhadas. (Entrevistado IX).

3 - DISCUSSÃO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

Após a organização dos dados em temas-eixo, observou-se uma série de informações que mereciam ser discutidas, à luz da psicanálise. Essas informações foram divididas em tópicos que o pesquisador considerou como fundamentais para a prática analítica em instituições, por se constituírem pontos de ensinamento, fornecidos pela prática dos profissionais do NIAB.

A partir dos tópicos abordados, pôde-se situar o trabalho dos praticantes do NIAB enquanto um exemplo da prática entre vários. Essa prática se constitui enquanto uma das modalidades da psicanálise aplicada, que se distingue de outras modalidades terapêuticas e se insere na instituição a partir de uma oferta de trabalho orientada pela construção do caso clínico.

Também foram contempladas, na discussão dos dados, questões clínicas de extrema relevância, como o endereçamento que o sujeito faz à instituição, o motivo da demanda, a duração do tratamento, a urgência subjetiva e a abordagem clínica dos novos sintomas.

A discussão dessas questões foi realizada levando-se em consideração a perspectiva política atual, na qual o praticante de psicanálise é convocado a se engajar em questões sociais, que dizem respeito à *polis*. A inserção do referido praticante em uma instituição de saúde, a exemplo do Hospital Geral, produz um inevitável tensionamento entre o texto universalizante de regras da instituição e o texto singular do sujeito, que nela ingressa. Esse tensionamento constitui o próprio campo de trabalho do praticante, que se vê diante do imperativo de submeter o seu fazer técnico a uma perspectiva ética, na qual se torna possível considerar o ato analítico na instituição e a sua importância na formação do analista.

Os tópicos, trabalhados a seguir, foram construídos a partir da análise dos temas-eixo delimitados anteriormente, e estruturados de modo a contemplar a singularidade da fala de cada entrevistado diante das questões acima mencionadas, mas sem desconsiderar toda a teorização que existe, hoje, a respeito delas.

3.1 - Um projeto de trabalho nos moldes da prática entre vários no Hospital das Clínicas a partir da psicanálise aplicada

Conforme se observou nos dados fornecidos pelos profissionais entrevistados, o NIAB é um núcleo que surge referenciado pela orientação psicanalítica, ainda que dentro de um hospital imerso no discurso do mestre e universitário e em meio a profissionais com diferentes formações universitárias, interessados no tratamento da bulimia e anorexia, mantendo sempre uma atitude ativa de repensar a clínica.

Então, na verdade, a presença da psicanálise nessa clínica é muito mais providenciar uma possibilidade de se trabalhar com aquilo que, rigorosamente, às vezes fica meio de lado da medicina. Diferentemente das outras clínicas do hospital, a gente pode dizer que o NIAB já nasceu com uma orientação a partir da psicanálise, a partir de uma leitura psicanalítica por parte das pessoas interessadas. (Entrevistado II).

Laurent (2003), em seu texto “Ato e Instituição”, ensina como essa é uma fundação institucional que faz diferença e é de fundamental importância para a atualidade, tal como atesta o trabalho desses profissionais, pois é muito diferente quando eles se inserem em serviços que se orientam por outros princípios e ali têm que fazer valer o trabalho analítico. Essas instituições que surgem a partir da orientação psicanalítica favoreceram a Miller dizer da possibilidade da prática feita entre vários, ou seja, vários profissionais atravessados pela psicanálise e seus princípios, conforme será abordado adiante, no item 3.1.3.

O trabalho no NIAB mostra à sociedade o que já se sabe, mas ainda é questionado por alguns setores da área da saúde e da academia: há lugar para a psicanálise na instituição, pois ela não é incompatível com o trabalho institucional, ainda que se constitua como uma modalidade terapêutica singular, tanto em seus princípios éticos quanto em seus métodos de operacionalização. Um bom exemplo do avanço da presença da psicanálise em lugares distintos dos consultórios privados se reflete no título “Presença da Instituição na Clínica”, estabelecido no Campo Freudiano para as Conversações Clínicas de 2004, que sempre acontecem no mês de fevereiro, na cidade de Barcelona.

Na primeira aula de seu curso “O Lugar e o Laço”, Miller (2000) comenta como a descoberta freudiana entrou para a civilização contemporânea que descobriu as virtudes da palavra e da escuta como forma de tamponar o mal-estar. Dessa forma, na atualidade, as práticas que se autorizam a escutar e oferecer a palavra também se autorizam a reclamar para si o título de psicoterapia de orientação psicanalítica ou, até mesmo, de psicanálise, desconhecendo os princípios de sua ação. Como se sabe, Miller (2001) tem enfatizado que o

método utilizado por estas práticas não é comum à psicanálise; e que a encarregada em desfazer estes equívocos é a psicanálise aplicada, lógico, aplicada à terapêutica.

Segundo Ferrari, é importante considerar que

Por constituir-se como uma clínica que considera a transferência, a psicanálise “introduz o analista – tal como Velázquez em ‘As meninas’- dentro do quadro que pinta” (Godoy, 2003, p.68) e, sendo assim, introduz a posição subjetiva daquele que fala sobre os fenômenos que o habitam, afastando-se de toda descrição que possa ser objetivante, universalizante. (FERRARI, 2004, p.150).

O trabalho dos profissionais do NIAB localiza a diferença da psicanálise aplicada com outras práticas terapêuticas, a exemplo das psicoterapias breve e até mesmo com a chamada psicologia hospitalar. Quando os profissionais dizem da forma como entendem a sua clínica e a praticam, eles já demarcam que não fazem psicologia hospitalar nem psicoterapia breve de inspiração psicanalítica, formas usuais de práticas psicoterápicas em hospitais e freqüente fonte de equívocos naquilo que respeita à psicanálise aplicada. Vale a pena, então, ver mais de perto essas diferenças.

3.1.1 - Uma prática em hospital que se difere da psicologia hospitalar

O sintagma psicologia hospitalar, de acordo com Kern de Castro e Ellen Bornholdt,

[...] pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas. [...] Diferente do Brasil, em alguns outros países, a identidade do psicólogo especialista está associada à sua prática, e não ao local em que atua. (KERN E CASTRO & BORNHOLDT, 2004).

Para essas autoras, “... a tão difundida especialização na Psicologia denominada no Brasil de hospitalar é inexistente em outros países [...] a aproximação ao que seria no Brasil a Psicologia Hospitalar é denominada Psicologia da Saúde em outros países.” (KERN DE CASTRO & BORNHOLDT, 2004). Trata-se, então, de uma invenção exclusivamente brasileira.

Segundo as autoras citadas, esta aproximação é extremamente relativa, uma vez que o termo saúde constitui um conceito muito mais amplo e complexo, que envolve tanto a

prevenção primária (educação para a saúde, antes da eclosão da doença), quanto a prevenção secundária (quando já existe uma demanda, e o profissional atua, prevenindo seus desdobramentos), bem como a prevenção terciária (trabalho com pacientes que já trazem a doença instalada, visando à minimização do sofrimento).

A partir destas reflexões, pode-se afirmar que a psicologia hospitalar se constituiria como um sub-campo de uma área mais ampla, a psicologia da saúde. Neste sentido, a psicologia no contexto hospitalar, como parece mais adequado chamá-la, seria apenas uma das estratégias possíveis de atuação em psicologia da saúde.

O psicólogo hospitalar seria aquele que reúne esses conhecimentos e técnicas para aplicá-los, de maneira coordenada e sistemática, visando à melhora da assistência integral do paciente hospitalizado, sem se limitar, por isso, ao tempo específico da hospitalização. (KERN DE CASTRO & BORNHOLDT, 2004).

Para Valdemar Augusto Angerami, autor conhecido pela publicação de vários livros sobre psicologia hospitalar no Brasil, o principal objetivo desta é a “minimização do sofrimento causado pela hospitalização” (ANGERAMI, 1994, p.10), sustentando, assim, uma abordagem focal e breve das questões relativas ao processo de adoecimento e hospitalização. Desta forma, a ênfase do trabalho clínico da psicologia hospitalar “recai sobre a análise das circunstâncias associadas à internação.” (ANGERAMI, 1994, p. 10).

Percebe-se aí que há, entre os autores citados, uma diferença relativa à função do psicólogo hospitalar. Para Angerami (1994), esta função é restrita ao ambiente hospitalar, e uma vez concebida desta maneira, cabe ao psicólogo se dedicar à sua função, levando em conta o tempo de permanência do sujeito no hospital, que muitas vezes é relativamente curto.

Angerami reconhece a distinção entre a prática psicanalítica e o trabalho no campo da psicologia hospitalar. Segundo ele, a psicologia hospitalar se distancia da psicanálise, na medida em que esta é considerada inadequada para o trabalho no Hospital Geral: “Esta nova ramificação da psicologia se fundamenta no distanciamento do referencial clínico psicanalítico com relativa proximidade, de forma adaptada, à técnica da terapia breve com cunho suportivo e focal.” (ANGERAMI, 1994, p.9). Segundo o autor, a busca pela fundamentação do trabalho do psicólogo hospitalar no eixo das psicoterapias breves é justificada, justamente considerando o tempo de internação do paciente na instituição.

A proposta de Alfredo Simonetti (2006), em seu “Manual de Psicologia Hospitalar”, leva em conta alguns aspectos ressaltados por Angerami, mas é uma proposta diferente. Se para Angerami, a fundamentação da psicologia hospitalar se baseia no afastamento com

relação à psicanálise, Simonetti propõe pensar a psicologia hospitalar a partir dos conceitos desta, tais como pulsão de morte, sexualidade, inconsciente, luto e retificação subjetiva, entre muitos outros. Para ele a psicologia hospitalar encontra suas origens na psicanálise e na psicossomática: “Ao que parece, a psicologia hospitalar, que nasceu da psicossomática e da psicanálise, vem atualmente ampliando seu campo conceitual e sua prática clínica, com isso criando uma identidade própria e diferente.” (SIMONETTI, 2006, p.17). Uma identidade diferente que a torna completamente distinta da prática psicanalítica e torna problemático o campo conceitual da psicologia hospitalar, considerado a partir do ponto de vista epistemológico.

Em seu “Manual de Psicologia Hospitalar”, Simonetti (2006) propõe uma síntese de conceitos oriundos de diferentes abordagens psicológicas, que nem sempre são compatíveis entre si. Ao usar conceitos psicanalíticos sintetizados e ‘mesclados’ com conceitos de outras teorias psicológicas, o que ele apresenta é a própria dissolução da psicanálise no ‘caldo’ das psicoterapias.

É em meio a esta forma de pensar que Simonetti afirma que a “psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento.”, seu objeto de trabalho não é só a dor do paciente, “mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos.” (SIMONETTI, 2006, p.15, 19).

O autor traça uma distinção entre os aspectos psicológicos da doença e a causalidade psíquica, enfatizando que a psicologia hospitalar deve se ocupar dos primeiros em detrimento da segunda, uma vez que os aspectos psicológicos constituem o cerne do campo da psicologia hospitalar.

A partir das entrevistas realizadas com os profissionais do NIAB, pôde-se constatar que os profissionais entrevistados não localizam suas práticas nestes pressupostos, tão heterogêneos entre si.

3.1.2 - Uma prática que é distinta da psicoterapia breve

Em 2001, Zélia Torezan concluiu uma dissertação de mestrado sobre a escuta analítica no hospital, que a levou a conclusões surpreendentes. Segundo Torezan, apesar de todos os entrevistados declararem que adotam um referencial teórico psicanalítico, metade

deles “não orienta sua prática em hospital através de uma escuta analítica, e sim a partir de uma postura terapêutica, sob a égide da psicoterapia breve, focal, e suportiva.” (TOREZAN, 2001, p. 55).

Torezan afirma que há um elemento diferencial que permite traçar a diferença, que não parece clara a alguns profissionais, entre a psicanálise e as psicoterapias breves. Ela estabelece esta diferença a partir de um operador fundamental na escuta analítica, a saber, o desejo do analista.

A questão do desejo do analista foi falada, por vários dos entrevistados do NIAB, em diferentes momentos das entrevistas, como se viu anteriormente, nos itens 2.2.8 e 2.2.11. Perguntado sobre o que impediria a dissolução da psicanálise nos outros discursos, o entrevistado VIII, por exemplo, respondeu, sem hesitação, que a única coisa que pode preservar a psicanálise é o desejo do analista: “Então isto diz respeito de um certo posicionamento. De uma escuta, de um lugar que você está ocupando, como é que você está transmitindo a psicanálise.” (Entrevistado. VIII).

Na interpretação dos dados de sua pesquisa, Torezan concluiu que eles apontavam para problemas na formação dos profissionais entrevistados, tanto no âmbito teórico quanto de supervisão ou de análise pessoal. Estes impasses na formação se encontram escamoteados sob forma dos mais variados pretextos, alegados por estes profissionais entrevistados por Torezan, para justificar a sua posição.

Nessa dissertação, pôde-se constatar uma realidade bem diferente da que é relatada por Torezan. Todos os profissionais entrevistados para esta pesquisa, sem exceção, fazem ou já concluíram suas análises, e o NIAB, conforme frisado por muitos entrevistados, já nasce desde o princípio com orientação psicanalítica. Este ponto será abordado mais detidamente no item 3.1.3.

A psicoterapia de inspiração psicanalítica encontra lugar nesse campo de “dispersão criadora”, no dizer de Héctor Fiorinni (FIORINNI, 1991, p.11), relativo ao campo das psicoterapias breves. Não se nega que haja de fato uma inspiração, entretanto deve-se assinalar aí um distanciamento da psicanálise.

Em seu livro intitulado “Psicoterapia Breve”, Edmond Gilliéron afirma:

Com efeito, parece certo, no momento atual, que meios muito diferentes permitem obter resultados terapêuticos bastante satisfatórios, duradouros, e com frequência, num lapso de tempo relativamente curto em comparação com a psicanálise. (GILLIÉRON, 1986, p. 21).

O termo breve é empregado pelo autor de forma relativa, pois, trata-se de uma brevidade comparativa à tão (má) falada longa duração dos tratamentos psicanalíticos, que é apontada, por alguns autores, como um ponto falho na psicanálise.

Segundo Gilliéron (1986, p. 07), as psicoterapias breves de inspiração psicanalítica são aquelas cuja duração é limitada e utiliza-se da técnica ativa, para a qual ainda não existe um modelo acabado. Ainda que não haja um modelo, existem duas diretrizes básicas que devem ser consideradas pelo terapeuta, a saber, a “influência do enquadre no processo” e a dinâmica interacional entre duas pessoas, chamada pelo autor de “dinâmica intersubjetiva”. Epistemologicamente, a psicoterapia breve de inspiração analítica se fundamenta nas teorias psicanalíticas de grupo, “atenta às fantasias compartilhadas por diversas pessoas”, bem como na teoria dos sistemas e da comunicação, onde podem ser pensadas as “características sistêmicas da relação.” (GILLIÉRON, 1986, p. 35).

A partir da abordagem sistêmica, o campo das psicoterapias breves extrai o conceito de homeostase, que responde pelo equilíbrio, assim como pela auto-regulação do sistema, que é regido pelo princípio de adaptação. A partir daí, o autor conclui que “a análise interminável pode ser considerada como um fracasso deste princípio de adaptação.” (GILLIÉRON, 1986, p. 40).

A técnica focal é a utilizada, incidindo sobre a situação atual do paciente, a mesma que constitui o “motivo da consulta” (FIORINNI, 1991, p. 90). Este motivo é precisamente o que será tomado, desde o início, como o foco do trabalho. O fim do processo se dará com o desenlace desta questão. “Operativamente, a focalização leva a trabalhar sobre associações intencionalmente guiadas, mais que sobre associações livres.” (FIORINNI, 1991, p. 91). A focalização supõe, portanto, “um ajuste de diafragma na ótica do terapeuta, que induz à concentração seletiva do paciente em certos pontos de sua problemática”. (FIORINNI, 1991, p. 91). A seleção do material associativo é uma tarefa delegada às funções egóicas adaptativas, que buscam a homeostase do sistema (psíquico).

É interessante perceber que, ao priorizar o *foco* e a *ótica*, a técnica focal nos indica o olhar como sua orientação. Um olhar de superfície que, em última instância, orienta o processo terapêutico.

Sabe-se que a descoberta freudiana, de uma dimensão que se situa além do princípio do prazer (compulsão a repetição), choca-se de frente com esta concepção calcada na circularidade e na conveniência adaptativa. O princípio do funcionamento egóico é o princípio adaptativo, que segue a conformidade com as regras sociais. E, de acordo com Fiorini (1991) são justamente estas regras que mantêm a homeostase do sistema; daí a

importância atribuída ao enquadre por esses autores: “Em nossa opinião, na falta de um enquadre preciso e bem estruturado, a psicoterapia não pode ter lugar.” (GILLIÈRON, 1986, p.82).

O enquadre é definido pelos autores como o ponto zero da psicoterapia e condição *sine qua non* para a mesma. Ele consiste em um conjunto de regras fixas, que definem a relação paciente-terapeuta, constituindo, assim, uma linha divisória, demarcadora do campo psicoterapêutico como tal. Sendo assim, o enquadre delimita um dentro (campo psicoterápico, psicanalítico) e um fora (campo sócio-cultural), circunscrevendo “uma zona privilegiada onde os atos e palavras assumem um valor terapêutico.” (GILLIÈRON, 1986, p.81), o que marca uma diferença radical com a psicanálise aplicada, modo de trabalho dos profissionais entrevistados para essa pesquisa, conforme se verá no próximo item.

Essa concepção de uma psicoterapia breve, de inspiração psicanalítica, culmina na afirmação do seguinte princípio: “o enquadre fundamenta a legitimidade da interpretação.” (GILLIÈRON, 1986, p.64, 66, 86). Como se não bastasse, a própria transferência é vista como uma “transgressão do enquadre”, uma vez que o enquadre é considerado como a linha limítrofe da transferência.

As implicações decorrentes da proposta de uma psicoterapia breve inspirada na psicanálise, conforme assinalado pelo autor, “... não podem deixar os psicanalistas indiferentes, na medida em que se chocam com certas concepções fundamentais da análise.” (GILLIÈRON, 1986, p.10).

Lacan foi um dos psicanalistas que não ficou indiferente quanto a esta questão, tendo se posicionado publicamente quanto a ela, em “Televisão” (LACAN, 1993). Miller, interlocutor de Lacan neste texto, comenta que psicanálise e psicoterapia só atuam por meio de palavras e, sendo assim, pergunta a Lacan em que elas se diferenciam. (LACAN, 1993, p.20, 21). Lacan ironiza a designação “psicoterapia de inspiração psicanalítica”, colocando-a entre aspas, indicando que ela se pauta pelo bom-sentido, o bom senso, enfim, pela sugestão, “despejando sentido aos borbotões para o barco sexual”. Acrescenta, ainda, que alguns tomam a análise nesta vertente da extravagância do excesso de sentido. Ao bom senso, Lacan opõe o não-sentido da relação sexual. O ponto mais contundente de sua crítica a estas psicoterapias pode ser captado, quando ele afirma que a questão não é se a psicoterapia faz ou não algum bem, e sim que ela conduz ao pior.

Segundo Luciano Elia (2006, p. 53), o pior é o que acontece quando o Outro, se colocando como legítimo destinatário da demanda, “se põe a respondê-la de modo provedor”. Ao fazê-lo, impede, de forma definitiva, o acesso do sujeito ao seu desejo e à sua implicação

com o seu sofrimento, ambos tributários da castração. Daí pode-se concluir, com Elia, que “se nos abstermos de fazer o melhor pelo sujeito, podemos, por isso mesmo, abster-nos de levá-lo ao pior, como fazem as psicoterapias.” (ELIA, 2006, p. 53).

Sendo assim, é importante dizer da distância que separa as boas intenções ou os propósitos terapêuticos, dos efeitos terapêuticos, estes últimos sim, esperados pelo psicanalista. Por isso, Marco Antônio Coutinho Jorge pôde dizer que, “na psicanálise, a dimensão terapêutica existe, mas não como um objetivo em si mesmo, e sim como efeito.” (COUTINHO JORGE, 2006, p. 135). A este respeito, tornou-se famoso o posicionamento de Freud quanto a esta questão, quando ele afirma que a cura vem por acréscimo. Para Freud “as aplicações da análise são também confirmações dela.” (FREUD, 1932-33/1987, p. 144).

Ao psicanalista, a terapêutica apenas não é o suficiente, existe sempre a preocupação com a construção do caso clínico e com a formalização da experiência analítica.

Segundo Miller “há uma zona comum entre psicoterapia e psicanálise quando se tratam das psicoterapias que procedem pela palavra.” (MILLER, s.d, p.11). Entre os pontos em comum, Miller destaca que ambas reconhecem a existência de uma realidade psíquica, bem como fazem uso dos efeitos de sugestão, advindos da incidência da palavra e da presença do Outro (do qual se espera reconhecimento). Entre as diferenças ele pontua que, ao contrário das psicoterapias, a psicanálise não visa a restituição de uma síntese do eu: “É somente recusando ser psicoterapeuta que ele (o psicanalista) abre a dimensão propriamente analítica do discurso [...] é preciso, efetivamente, que o analista se mostre habitado por um desejo mais forte do que o desejo de ser o mestre.” (MILLER, s.d., p. 15).

Tal situação, proposta por Miller e presente nos outros autores mencionados, foi percebida durante as entrevistas realizadas para esta dissertação. A renúncia do lugar de mestria foi falada por alguns entrevistados:

A gente não está voltada para um tratamento médico, de só medicar, passar uma dieta, alimentação, uma coisa assim, educativa, como muitas vezes o atendimento médico é. Os médicos falam ‘você não pode comer isso, você não pode comer aquilo, vai fazer assim’, coisas assim. Não é essa a nossa linha de tratamento. É ver o que o sujeito está trazendo. (Entrevistado IX).

Miller (s.d, p.15) também afirma que é responsabilidade do analista proporcionar efeitos analíticos de acordo com as capacidades do sujeito de suportá-los, o que pode eventualmente levar o analista a moderar os efeitos analíticos, por razões terapêuticas. Não é todo sujeito que pode, ou deve fazer análise. Esta afirmação de Miller pode ser bem detectada na fala do entrevistado VIII:

A gente tem que saber dos nossos limites, dos nossos entraves, para a gente poder saber até onde a gente vai com este paciente. O que ele quer da demanda dele, às vezes é o fim terapêutico mesmo. Ele não vai fazer um fim de análise, mas muitas vezes ele vem, e pode até fazer uma demanda de análise. Mas nós temos que saber que isto pode ou não acontecer. (Entrevistado VIII).

Se a maior preocupação de Lacan é a estrutura do dispositivo freudiano, isto implica em ir além do imaginário do enquadre, que supostamente lhe garantiria alguma consistência. Ao situar esta estrutura, possibilita-se que se interroge sobre as condições necessárias para que o dispositivo analítico possa operar. Isto permite que o analista abra mão da suposta garantia oferecida pelo enquadre, como se este fosse protegê-lo do impacto pulsional da palavra do sujeito em análise.

Pode-se afirmar, a partir da fala do entrevistado VI, que as condições para que uma experiência possa ser designada analítica são os seus princípios, levando em conta que

... No hospital, esta variação da técnica, ela está colocada de uma forma muito contundente: porque falta divã, falta sala; eu me refiro à internação, por exemplo. Quando a gente atende, falta tempo, então isso é uma outra coisa que a gente tem que redefinir, contingencialmente, porque cada caso se atende de uma forma diferente. É por isso que a gente tem que ter uma teoria e uma trama conceitual consistente, porque é o que vai orientar a gente nesta clínica, já que o setting, o enquadre, ele desaparece. No ambulatório menos, mas na enfermaria, muito. Então a gente tem que se haver com isso que eu estou chamando de “variação da técnica”. (Entrevistado VI).

A partir da proposta lacaniana, pensa-se que o que sustenta uma psicanálise não é o enquadre, e sim o seu princípio ético, este sim invariável, que em última instância, remete ao desejo do analista, conforme já mencionado no início desse item, a respeito da pesquisa de Zélia Torezan (2001). De acordo com este ponto de vista, afirmar a legitimidade do tratamento oferecido pelo psicanalista a partir do enquadre, soa como um contrasenso, não menos absurdo do que o de conceber nele uma garantia para a interpretação do analista.

A partir do que foi dito, percebe-se que no bojo da proposta de uma psicoterapia breve de inspiração psicanalítica, reside uma crítica fundamental, para não dizer uma denegação da própria psicanálise. Pode-se percebê-lo, a partir da seguinte afirmação: “pode-se dizer que o tempo da psicoterapia é o presente, enquanto o tempo da psicanálise é o passado. Em psicanálise, propõe-se a eternidade, enquanto em psicoterapia propõe-se o luto.” (GILLIÈRON, 1986, p. 51, 54).

Há aí uma recusa fundamental do ato analítico; o terapeuta se exime de seu ato, que supõe uma função de corte, de ponto de basta no incessante deslizar da cadeia significante.

Conforme mencionado anteriormente, esta dimensão do interminável é entendida pelo autor como uma falha, uma impotência da psicanálise, e não como o seu próprio ponto de impossibilidade. Esta questão será retomada no item 3.8, sobre o ato analítico.

3.1.3 - Uma prática feita entre vários, que supõe efeitos terapêuticos rápidos, em uma modalidade de psicanálise aplicada

O entrevistado VI menciona que sua inserção na instituição se dá de duas formas diferentes. Ele está inserido no NIAB, mas também participa, como psicólogo, no atendimento ambulatorial do serviço de psicologia, que inclui o trabalho na internação e, também, no tratamento cirúrgico da obesidade mórbida. Comenta que o trabalho no NIAB é muito interessante, porque existe um projeto de trabalho em comum, com reuniões clínicas e discussões de caso. Quanto ao trabalho no serviço de psicologia, o entrevistado diz que recebe os mais diversos encaminhamentos das mais variadas clínicas:

Qualquer clínica pode encaminhar pacientes para o serviço de psicologia. E aí, você não tem contato com o profissional que te encaminhou; é tudo via papel, e ele preenche o formulário, dá ao paciente, e é o paciente que se dirige à secretaria da psicologia para agendar consulta. A gente inicia o atendimento, mas o contato que a gente vai ter com este profissional que encaminhou, é via prontuário. Então acaba não tendo esta questão da discussão do caso, de um trabalho interdisciplinar mais estreito. (Entrevistado VI).

Pode-se perceber, na fala desse entrevistado, a diferença entre o trabalho clínico solitário, enquanto funcionário contratado pelo Hospital das Clínicas, e aquele realizado na modalidade de uma prática entre vários, no NIAB.

No NIAB, portanto, a psicanálise, além de orientar o tratamento proposto para cada sujeito, individualmente, orienta também um trabalho coletivo, mais amplo, que é a prática feita entre vários.

É assim que a gente funciona, nós escolhemos trabalhar assim. Então, todo paciente que eu recebo aqui, eventualmente eu vou levar para a reunião, eu vou escrever, vou ter supervisão, nós vamos discutir em equipe. Normalmente, vai se tratar de anorexia e bulimia, vou ter um outro colega junto comigo, atendendo, que é um médico, ou um psiquiatra. Então nós vamos estar fazendo uma leitura juntos. Trabalhando juntos. (Entrevistado VIII).

Ainda que ‘prática feita entre vários’ ou ‘prática feita por muitos’ não tenham sido expressões usadas pelos entrevistados, que preferiram usar “construção do caso clínico”, “trabalho coletivo”, “trabalho interdisciplinar”, pôde-se observar, na fala desses entrevistados, que o referido trabalho mostra características dessa prática, e essas podem ser constatadas de forma clara no trabalho desses profissionais. Entre essas características, podem ser mencionadas a formação pessoal, a fundamentação teórica, a supervisão, a construção do caso clínico, e o respeito pelo sujeito e seu sintoma.

Se a expressão ‘prática entre vários’ vem sendo usada de forma ampliada nos últimos tempos, em sua origem, quando Miller a inventou, dizia respeito a uma modalidade de prática exercida em uma instituição que já surge sobre os princípios da psicanálise e onde todos os seus praticantes se analisam ou já concluíram sua análise. Esta é a situação do NIAB, serviço que surgiu baseado na psicanálise e no qual todos os seus praticantes se analisam e fazem formação. Segundo Antonio di Ciaccia, psicanalista italiano, que se tornou uma referência para os praticantes da psicanálise, a prática entre vários constitui uma das modalidades da psicanálise aplicada (ao sintoma, ao sofrimento). Ele enfatiza “que a psicanálise aplicada não se esgota na prática entre vários, que é apenas uma de suas variantes, atualizada em um contexto institucional.” (DI CIACCIA, 2005b, p. 53).

Daí a oportunidade de apontar a especificidade dessa prática, e distingui-la do trabalho interdisciplinar, uma vez que a primeira é orientada pela ética da psicanálise, enquanto que o segundo, não necessariamente tem essa orientação. Segundo Di Ciaccia (2003, p.37), “nem toda prática institucional está referida à prática feita por muitos.”

O trabalho interdisciplinar corresponde, como o próprio nome sugere, a uma prática que ocorre na fronteira entre duas disciplinas, ou seja, entre duas especialidades. O prefixo ‘inter’ supõe trabalhar numa zona de interface entre elas.

Dentro da orientação proposta por Di Ciaccia, é possível distinguir o trabalho interdisciplinar da prática entre vários, situando o primeiro no âmbito das especialidades que formam parte de um todo, muito diferente da segunda, que guiada pela ética da psicanálise, se situa no âmbito das especificidades, na ordem do singular, do não todo. “Em uma instituição, uma verdadeira prática feita por muitos deve levar isso em conta e orientar seu funcionamento não pelas exigências dos especialistas, mas segundo as exigências do sujeito.” (DI CIACCIA, 2003, p. 38).

A partir disso, pode-se afirmar que a ética da psicanálise orienta um trabalho coletivo que descompleta o saber dos especialistas. Essa orientação é solidária do saber advindo do sujeito, ainda que esse saber seja subversivo em relação ao saber dos especialistas. Não se

exclui considerar que esse saber advindo do sujeito interroga e subverte, inclusive, a própria psicanálise, seja como doutrina teórica, seja como dispositivo operacional.

Construímos uma instituição fundada sobre os elementos oferecidos pela psicanálise, mas nela não praticamos nenhum tratamento terapêutico ou psicanalítico. O único tratamento existente consiste em um espaço de vida físico e psíquico para crianças autistas. [...] Seguir Lacan, portanto, significa estabelecer a diferença entre a psicanálise como saber sobre a estrutura do Inconsciente, de um lado, e a psicanálise como dispositivo que dá acesso ao que se chama experiência analítica. (DI CIACCIA, 2005b, p.42).

A partir do que afirma Di Ciaccia, pode-se pensar, também, que atualmente essa prática pode responder às exigências impostas pela clínica, a partir dos assim chamados ‘novos sintomas’ (esse termo será tratado adiante, no próximo item), que proliferam na atualidade:

A nosso ver, a prática entre vários é possível, inclusive desejável, não apenas quando cada questão analítica está obstruída, mas também quando a aliança entre o sujeito e o significante se torna frágil, em decorrência de uma nova aliança que se revela um pacto entre esse sujeito e o gozo mortífero. A prática entre vários pode se tornar operativa toda vez que o gozo se sobressair e neutralizar a capacidade de o sujeito demandar ao simbólico que este o salve da pulsão de morte. (DI CIACCIA, 2006b, p. 54).

Segundo Ferrari,

A maneira com que os psicanalistas observam, lêem e refletem sobre os fatos da atualidade traz a peculiaridade de que o inconsciente, para dizê-lo de forma moderna, junto com Miller, “é esse livro com tiragem de um só exemplar, cujo texto virtual se leva por todas as partes e no qual está escrito o roteiro da vida de cada um, ou, pelo menos, seu fio condutor (2002 p.48-49). Além do mais, neste campo de conhecimento, desde Freud, a definição de homem comporta a pulsão de morte e a agressividade e, por isto, a consideração ética dos fatos leva em conta a ética das consequências, da responsabilidade, já que há diferença irreduzível, radical, no outro, ou seja, seu ponto de gozo. (FERRARI, 2003, p. 151).

Considerando a espantosa proliferação das mais variadas modalidades de psicoterapia na atualidade, a psicanálise aplicada, norte que orienta os profissionais entrevistados, torna-se uma “máquina de guerra”, que se propõe a combater a dissolução (ou diluição) da psicanálise, em três registros: o político, o epistemológico e o ético. Essa é a posição de Brousse, ao escrever que “poderíamos dizer que a psicanálise aplicada é o nome dado à tentativa de inserção do nó político, epistemológico e ético da psicanálise como discurso” (BROUSSE, 2003 p.38), ou seja, como tratamento inédito do gozo, no campo dos discursos. No sentido proposto por Lacan, dizer da psicanálise como discurso é mencionar seus efeitos

de laço social, ou seja, o modo de ordenar elementos sociais, políticos, individuais e culturais, permitindo ao sujeito construir socialmente a realidade, inserindo-se nela.

De acordo com Brousse (2003), os pontos cardeais que garantem, assim, que a psicanálise não se dissolva em outros discursos, nestes laços sociais estabelecidos, são os referenciais do A barrado (o Outro não existe), do SsS (o sujeito suposto saber, a transferência) e do S barrado (sujeito do inconsciente enquanto saber textual e não referencial).

O Outro barrado, inconsistente, que não existe ou só existe como ficção, semblante afetado de crença ou de certeza (BROUSSE, 2007, p.25), aponta para o analista uma posição socrática, na qual ele está sem o saber, diferente da posição de mestria, na qual há um saber com pretensões de totalidade. Se o Outro é barrado, o sujeito, ao ingressar na dialética do desejo, poderá construir um novo saber, um saber advindo do inconsciente, e articulado no laço social proporcionado pela transferência.

Os pontos mencionados por Brousse (2003) indicam que, ainda que operando no campo da urgência social, a psicanálise aplicada considera a transferência e não se inclina à sugestão, exceto em momentos em que estiver indicado fazê-lo.

O saber textual, advindo do sujeito, interroga o saber referencial dos especialistas. Enquanto que o saber textual é tecido pelo fio dos significantes do sujeito, o saber referencial se distancia do real que a psicanálise visa tocar, uma vez que ele objetiva a formação de um especialista.

Segundo Miller, a teoria da referência constitui o fundamento da reflexão filosófica (MILLER, 2005b, p. 255), e a partir da psicanálise, torna-se possível questionar essa teoria: Em que medida a linguagem pode tocar o real?

Pode-se evocar, com Laia (2003), que os princípios da prática lacaniana em instituições não estão previamente dados, mas são gerados pelo exercício mesmo da psicanálise. O analista “faz as vezes de um objeto que descompleta a ‘clínica da referência’, demonstrando que, ao contrário do que pretende a função referencial da linguagem, a referência é primordialmente vazia.” (LAIA, 2003, p.82).

Embora a prática da psicanálise implique a ética do bem dizer, “crer no poder da palavra não impede ao praticante de avaliar os resultados de seu trabalho e de considerar a inserção social da sua ação, a exemplo da inserção no meio médico e as interferências médicas que esta ação sofre”. (FERRARI, 2005).

Há uma dialética entre psicanálise pura e psicanálise aplicada: a primeira constitui o campo no qual o analista realizará sua formação, enquanto a segunda constitui o campo da

prática analítica fora do campo do dispositivo analítico. O exercício no campo da psicanálise aplicada não desobriga a entrada do analista na psicanálise pura, considerando que esta é a única forma de preservar a idoneidade dos princípios que norteiam uma prática genuinamente psicanalítica, impedindo a sua dissolução, risco sempre iminente.

Enfim, no campo da psicanálise aplicada, pode-se afirmar que “há um analista, mas não há análise propriamente dita. Nela o analista trabalha fora do discurso analítico, no sentido estrito lacaniano.” (FERRARI, 2005).

Se a atualidade espera efeitos terapêuticos rápidos, essa não é uma realidade desconhecida dos psicanalistas, há muito tempo. Desde Freud já se pode constatar efeitos terapêuticos rápidos e todos os praticantes da psicanálise podem dizer deles.

Na prática, é verdade, nada se pode dizer contra um psicoterapeuta que combine uma certa quantidade de análise com alguma influência sugestiva, a fim de chegar a um resultado perceptível em tempo mais curto – tal como é necessário, por exemplo, nas instituições. Mas é lícito insistir em que ele próprio não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que o seu método não é o da verdadeira psicanálise. (FREUD, 1912/1987, p.157).

O que desde Freud é possível observar é que a potência do discurso analítico pode ser regulada e aplicada ao sintoma, com intensidades diferentes, obtendo efeitos terapêuticos que facilitam a vida dos sujeitos ou os levam a um tratamento que produz um analista.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais do NIAB, pôde-se perceber que a distinção entre os efeitos analíticos e a sugestão, é considerada. Apesar de trabalhar com transtornos alimentares graves, o NIAB, por exemplo, não conta, dentro da equipe, com o trabalho do nutricionista, que é considerado uma referência importante em outros serviços de atendimento da anorexia e bulimia.

Nós não temos nutricionista, porque o nutricionista, de modo geral, trabalha com uma técnica comportamental, prescritiva. Você tem que ingerir tantas calorias, você tem que ingerir isso ou aquilo. Em todo serviço de anorexia e bulimia que a gente conhece, é imprescindível o papel do nutricionista. Não desmerecendo o trabalho deste profissional, mas no caso da anorexia e bulimia, não se trata de oferecer alimento para o paciente. Isto é fundamental. (Entrevistado X).

Nós não trabalhamos os assim chamados transtornos alimentares do ponto de vista da nutrição. Até um dos nossos clínicos é um nutrólogo importante, ele trabalha com nutrologia clínica. Mas nós não temos trabalhado com nutricionistas, numa linha de reeducação alimentar. (Entrevistado XIII).

Conforme foi sublinhado, por vários entrevistados, não se trata de oferecer alimento, nem de ensinar o sujeito a comer, o que seria uma forma de operar com a sugestão a partir de

um discurso da mestria. A experiência ensina que, quando o trabalho com estes pacientes se detém na sugestão, os efeitos terapêuticos aí obtidos são superficiais, de modo que num momento posterior, os sintomas retornam inalterados, assim como também retorna o sujeito ao ambulatório.

É evidente que a formalização lacaniana sobre a anorexia e a bulimia não é desconsiderada por estes profissionais, conforme se verá no próximo item. Para os profissionais do NIAB, não se trata de aplicar a teoria à prática, mas, de levá-la (a teoria) em consideração, não desperdiçando o saber já existente sobre o assunto, colocando, assim, “à prova as categorias clínicas que a psicanálise construiu.” (Entrevistado VI). Os profissionais entrevistados falam de efeitos terapêuticos rápidos, mas também se interrogam sobre os mesmos, demonstrando a constante busca de formalização sobre essa clínica, que aborda os sintomas no contexto da atualidade.

A fala do entrevistado I (anteriormente mencionada no item 2.2.5) situa muito bem o tensionamento entre o trabalho solitário que envolve os dois elementos da parceria analítica e o compartilhamento do caso com os colegas. O entrevistado menciona que o ponto máximo do NIAB é justamente remanejar esta articulação entre o trabalho solitário e o trabalho coletivo, do qual participa toda a equipe. Sendo assim, pode-se dizer que há uma dimensão coletiva do trabalho do psicanalista, que implica a difusão e a transmissão da clínica, mas isso não o alivia da solidão, que é o pano de fundo do seu ato.

Pode-se pensar que o trabalho clínico, tomado nesta perspectiva coletiva, também implica em uma mudança da função do psicanalista, uma vez que ele está aí diretamente confrontado com outros discursos, tendo que se posicionar diante deles. Esta questão será retomada no item 3.7.

Para que a prática feita por muitos se efetive, o lugar de onde cada profissional responde deve estar bem marcado, através do traçado das estratégias elaboradas a partir da construção do caso clínico, que acontece de forma coletiva, durante os encontros frequentes mantidos pelos profissionais do NIAB e onde permanece a referência ao fato de que o sujeito do inconsciente não se reduz ao ser biológico. (DI CIACCIA, 2005b, p. 41).

O termo construção indica que o caso clínico só se constitui a partir do relato do profissional, vale dizer, das ressonâncias que esse encontro com o real da clínica teve nele. O profissional vai dizer do caso, e é nesse processo que o caso se constitui.

É justamente a partir da construção do caso, dos elementos que você vai trazer do seu atendimento, para você poder pensar o tratamento, para você poder pensar a

orientação da condução do caso, é que este discurso pode se sustentar. (Entrevistado VI).

O testemunho da clínica é fundamental para marcar que a psicanálise, além das curas, produz também um saber, que parte do sujeito. Sendo assim, a função do psicanalista na instituição não implica apenas no modo como este dirige os tratamentos, mas, também, como ele realiza a transmissão¹³ para outros profissionais.

Esta é outra especificidade da psicanálise no Hospital Geral: não basta atender o paciente. É claro que as instituições de psicanálise já prevêem, em alguma medida, que ali é um espaço onde o analista vai para dar um testemunho sobre a sua clínica. É por isso que os psicanalistas se associam, discutem caso, e publicam. Mas eu acho que este aspecto está muito acentuado no hospital, porque o tempo todo você está fazendo isso, você está atendendo. Mas, além de atender, você está produzindo um testemunho do que é esta experiência com o sujeito do inconsciente. Você está falando o tempo todo disto, você está transmitindo isto o tempo todo, para a equipe. (Entrevistado VI).

É daí, a partir desta transmissão de um saber oriundo da clínica, que se pode extrair o fundamento para afirmar que a psicanálise não é uma terapêutica como as demais. (SOLER, 2005, p.7).

Ela visa à produção de um saber sobre a verdade do sujeito, encoberta em seu sintoma. Esta vertente do saber, situado no lugar da verdade do sujeito, marca a especificidade da psicanálise, impedindo sua dissolução, tanto no vasto campo das psicoterapias como nos próprios efeitos terapêuticos que ela proporciona. Daí a importância da formação do analista, para que não se dissolva aquilo que ele próprio propaga. Este ponto é fundamental, uma vez que “um dos possíveis efeitos da psicanálise é sua dissolução”. (FERRARI, 2005).

Esse enlaçamento, entre a solidão da prática clínica e a formalização coletiva do caso, constitui, portanto, a própria condição para a sustentação da psicanálise a partir do desejo do analista, impedindo, assim, a sua dissolução. Esta afirmação pode ser encontrada na fala de alguns entrevistados, quando interpelados sobre o que impediria a dissolução da psicanálise na instituição, imersa em outros discursos. Dessa forma, a transmissão se enlaça à clínica, de

¹³ Utiliza-se aqui o termo transmissão em seu sentido lato, conforme explicitado adiante, no item 3.6: “A transmissão não se resume à intimidade do exercício da prática psicanalítica com cada sujeito, estando também presente no debate acerca dos impasses e sucessos que fazem o cotidiano da clínica, no laço social com profissionais que sustentam outros discursos.” (RINALDI, 2002, p.66).

modo que uma não pode ser pensada nem formalizada sem a outra. Esta constatação toma o peso de uma evidência, no trabalho coletivo desempenhado no NIAB.

3.2 - Praticantes cidadãos na atualidade e as novas formas de sintoma

Em seu antológico texto “Função e Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise”, Lacan afirmava que “deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que não conseguir alcançar, em seu horizonte, a subjetividade de sua época.” (LACAN, 1998b, p. 322).

Os profissionais entrevistados não ignoram que a “psicanálise ensina que aquilo que se costuma chamar de atualidade tem sempre a ver com as coordenadas do discurso de uma época” (FERRARI, 2007). Assim, não ignoram que anorexia e bulimia não são fatos novos, mas, novas são suas formas de manifestação, neste mundo regido pelo que Lacan chamou de discurso do capitalista.

Em seu texto “O Analista Cidadão”, que se tornou uma referência entre os psicanalistas de orientação lacaniana, Èric Laurent também aborda a questão da posição do psicanalista diante da *pólis* e das questões políticas e institucionais da atualidade.

“Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação.” (LAURENT, 1999, p. 13).

A perspectiva mais ampla de um analista engajado, participante, é retomada por Laurent (2003, p.46-50) em outro texto, “Ato e Instituição”. Nesse texto o autor traça uma distinção entre o psicanalista encerrado em seu estatuto extraterritorial máximo, que não compartilha informações com ninguém, mantendo-se fechado em sua reserva, e o psicanalista socrático, que circula entre outros discursos e interroga os mestres da instituição através de uma “maiêutica analítica”, indicando-lhes uma falha no saber a respeito daquilo que concerne ao gozo particular de cada sujeito. No primeiro caso citado, há uma realização imaginária da solução para a questão da inserção do analista na instituição. No segundo caso, o analista socrático é aquele que se expõe, participa ativamente da vida institucional, seja apresentando casos, nos quais demonstra tanto aquilo que sabe como o que não sabe, seja procurando contribuir com orientações úteis para o trabalho clínico na instituição.

Partindo dessa perspectiva ampla, do analista-cidadão, Brousse propõe aos praticantes que criem instituições para aplicar a psicanálise (BROUSSE, 2003, p. 39):

Pode-se também pautar-se por uma definição menos exigente que consistiria em criar, em instituições já existentes, algo como um campo institucional novo, com outra forma de prática, por exemplo a “prática entre vários”, termo proposto por Jacques-Alain Miller, para caracterizar a colocação em ato da psicanálise na instituição Antenne 110. Creio que na atual perspectiva política, essa é uma questão que se coloca um grande número de nossos colegas: criar instituições cuja lógica seja a do discurso analítico. (BROUSSE, 2003, p.39, tradução nossa¹⁴).

É a partir dessa perspectiva política atual que se pode situar o surgimento do NIAB. Conforme mencionado anteriormente, segundo o entrevistado II, “o NIAB já nasceu com uma orientação a partir da psicanálise, a partir de uma leitura psicanalítica por parte das pessoas interessadas.” (Entrevistado II).

A origem do NIAB é recente; levando em consideração o tempo decorrido desde sua legitimidade institucional, ele conta, em setembro de 2006, dois anos de existência. Deve-se considerar, então, que o NIAB surge num contexto histórico bem determinado, num panorama social dominado pelo capitalismo tardio, pela cosmovisão neoliberal e pela lógica do mercado globalizado.

A referência ao posicionamento do psicanalista diante das formas em que o mal-estar próprio de sua época se apresenta, bem como a sua presença no espaço público podem ser detectadas em algumas entrevistas realizadas, a exemplo da fala do entrevistado VI:

Eu acho que esta é uma tendência da psicanálise que não tem volta. Esta idéia de um analista cidadão, de acordo com a expressão consagrada por Laurent, de um analista presente na cidade, na polis, no espaço público. Não só Eric Laurent, mas também Zenoni, Vigannó, de que existe uma afinidade e uma comunidade de interesses entre a psicanálise e a democracia. [...] Estar no Hospital Geral, mas não só no Hospital Geral, porque isto também é verdade na saúde mental, assim como na interlocução da psicanálise com o direito, eu acho que é uma coisa super rica, interessante, potencializadora, que é produzir novas vias de pesquisa com a psicanálise. E ela nunca teria encontrado isto encerrada em uma clínica no consultório. (Entrevistado VI).

Na atualidade o mundo contemporâneo passa a ser regido por uma ‘nova ordem mundial’, que se apresenta com um caráter de unicidade e inexorabilidade. É característico

¹⁴ “Se puede también tener una definición menos exigente que consistiría en crear, en instituciones ya existentes, algo como un campo institucional nuevo, con otra forma de práctica, por ejemplo “la práctica entre varios”, término propuesto por Jacques-Alain Miller, para caracterizar la puesta en acto del psicoanálisis en la institución Antenne 110. Creo que en la perspectiva política actual es una cuestión que se plantea un gran número de nuestros colegas: crear instituciones cuya lógica sea la del discurso analítico.”

dessa ordem apresentar-se como a única política pensável nos dias atuais, sem deixar nenhuma alternativa a ela. Segundo Alain Badiou, eminente filósofo francês citado por Célio Garcia, “atualmente existe apenas uma única política, a política liberal, que leva forçosamente o país para a globalização financeira; é o que se chama política única. Se há somente uma única política possível, é que não há política alguma.” (GARCIA, 1999, p.37).

Se, por um lado, a lógica capitalista neoliberal é avessa à ética do desejo, por outro há que se considerar que a democracia favorece a psicanálise. Sabe-se que ela só encontra as suas condições políticas de existência no regime democrático e liberal, não tendo florescido em países adeptos de regimes totalitários. O próprio Freud foi vítima da perseguição nazista, tendo sido obrigado a passar seus últimos anos de vida em exílio, em um país estrangeiro. Este fato histórico corrobora a favor da hipótese que versa sobre a solidariedade existente entre a psicanálise e a democracia, bem como a “... incompatibilidade da psicanálise com os totalitarismos, com discurso uniforme e significado único.” (PEREÑA, 1996, p. 58, tradução nossa) ¹⁵.

A psicanálise traz, no bojo de seu corpo teórico, uma leitura crítica dos efeitos que os discursos totalitários têm sobre o sujeito: obediência cega, fascinação, alienação, contágio emocional, sugestão, sustentadas por uma idealização do líder, que chega às raias da megalomania. Os exemplos citados por Freud, em sua “Psicologia de Grupo” (FREUD, [1921] 1987), se referem a duas das mais sólidas instituições culturais: a igreja e o exército.

A democracia é solidária à psicanálise, pois segundo Pereña (1996), ela constitui uma forma de laço social que pode abrigar o não-todo, as dissidências do todo. À diferença dos regimes totalitários, o pacto democrático não elude a castração.

Por outro lado, Roudinesco considera que

A sociedade democrática moderna quer banir de seu horizonte a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo procurando integrar num sistema único as diferenças e as resistências. Em nome da globalização e do sucesso econômico, ela tem tentado abolir a idéia de conflito social. [...] As sociedades democráticas do fim do século XX deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva. (ROUDINESCO, 2000, p. 16, 19).

Os efeitos desta nova ordem mundial sobre as subjetividades são incontáveis. Entre eles podem ser mencionados a exarcebação do individualismo, os fenômenos de

¹⁵ “El mal estar na cultura nos coloca ante esta pregunta: No hay otra opción para el lazo social que el par poder-masochismo? Esta pregunta apunta, de entrada, a una incompatibilidad del psicoanálisis con los totalitarismos, con el discurso uniforme, con el significado único”.

desterritorialização e desenraizamento, dissolução das tradições, xenofobia, horror ao estrangeiro, niilismo, cinismo, massificação, entre tantos outros.

Um dos efeitos mais perceptíveis dessa realidade globalizada pode ser constatado nas novas formas de segregação, que constituem o próprio efeito reverso da homogeneização resultante do avanço do discurso capitalista. Miquel Bassols (2003) é um dos autores do Campo Freudiano a afirmar que a psicanálise traz dados essenciais a partir da relação entre o ideal e a segregação. Para ele, a identificação com o ideal tem a contrapartida de uma segregação cada vez maior do gozo, e, além disso, há uma série de formações sintomáticas que se originam, elas mesmas, na identificação com o segregado, verdadeiras pragas sintomáticas. A anorexia, as toxicomanias, os novos sintomas, segundo este autor, são bons exemplos dessa situação.

A partir da psicanálise, sabe-se que não há como estruturar um grupo coeso e homogêneo, sem banir do seu interior aquilo que esteja em desacordo com esse ideal. Na mesma medida em que segrega as diferenças, a sociedade também cria espaços de acolhimento (instituições de cuidado) para abrigar o que foi excluído.

A partir do que foi falado nas entrevistas, pode-se afirmar que os profissionais do NIAB não desconhecem que os sintomas são, até certo ponto, efeitos do discurso de uma época:

Existe a questão da moda, existe a questão do discurso capitalista, do discurso científico, a queda dos ideais; tudo isso vem confluir para um panorama sócio-cultural, onde estamos todos inseridos. Frente a isso, cada um escolhe um sintoma, uma drogadicção, uma depressão ou uma anorexia. Vai aparecer, de acordo com a história do sujeito. Na psicanálise, fala-se que a gente não pode excluir o meio, a cultura, o que está acontecendo naquele momento. Tem que ver o período, a época na qual ele está inserido. (Entrevistado IV).

O NIAB se constitui, portanto, a partir de uma demanda atual da sociedade para dar conta do avanço da anorexia e bulimia que, segundo o entrevistado XIII, “são patologias meio rejeitadas pela clínica, e até certo ponto, não são muito bem acolhidas pela psiquiatria”. (Entrevistado XIII).

Mesmo sendo “patologias meio rejeitadas” pela clínica médica, é digno de nota que essas patologias, em particular a anorexia, vêm despertando um grande interesse por parte da mídia, na atualidade. Apesar desse súbito interesse que o tema da anorexia desperta, é importante frisar que isso “não se deve ao fato de ele [o tema] ser novo. Como ‘fenômeno clínico’ ele também foi descrito em épocas remotas”. (FERRARI, 2004). Se os sintomas anoréxicos e bulímicos não são novidade para a história nem para a clínica médica, deve-se

mentar, porém, que a sua notável proliferação ou ‘disseminação’ está ligada ao surgimento recente das tecnociências, que aliadas à lógica homogeneizadora do mercado, possibilitam a produção em larga escala de objetos de consumo, que a cada dia multiplicam-se incessantemente.

Segundo Ferrari (2004), hoje

O “problema” da anorexia está na moda e nos consultórios. Atrai atenção de especialistas, fragiliza o saber médico e favorece classificações que têm pretensão de universalizar a comunicação, como aquelas baseadas em descrições de transtornos alimentares, encontradas na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10). (FERRARI, 2004).

Ainda que a autora faça referência à anorexia, pode-se considerar isso como válido também para a bulimia. Sabe-se que a clínica médica propõe novas nomenclaturas para estes novos sintomas, que são por ela designados de transtornos alimentares, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) e a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10). A referência médica se baseia num padrão de normalidade; fora desta margem de normalidade, há o transtorno. O sintoma, dentro desta perspectiva adaptacionista médica, constitui um disfuncionamento.

Ao contrário do que é comumente veiculado pela mídia a respeito da anorexia,

A anoréxica, mais do que envolvida em sua luta por um ideal de beleza da época, é aquela que diz do retorno da verdade recalcada pela sociedade consumista e globalizante do mundo atual. Sociedade que prioriza a ética da satisfação e não a ética do desejo. Ela é aquela que expõe um gozo resistente a toda a conveniência social, que diz ao Mestre moderno que, apesar de tudo o que ele possa oferecer-lhe de mais evoluído, não pode satisfazê-la. (FERRARI, 2004).

No contexto atual, os sintomas anoréxicos e bulímicos inscrevem-se naquilo que se convencionou chamar, dentro do Campo Freudiano, de ‘novos sintomas’. Mauricio Tarrab, conhecido psicanalista da Escuela de Orientación Lacaniana (EOL), faz uma crítica com relação à homogeneização da categoria ‘novos sintomas’. O autor considera que, desde há muito tempo, a psicanálise vem combatendo essa tendência homogeneizante. Além disso, ele acrescenta que essa homogeneização implicaria uma debilidade conceitual, já que a heterogeneidade e a particularidade desses sintomas são evidentes.

A toxicomania, a bulimia, a anorexia, os ataques de pânico e tudo o mais que colocarmos neste saco estão muito próximos do que Lacan chamava a operação selvagem do sintoma, e vão na contramão da vertente simbólica do sintoma como

*mensagem. É o sintoma que não pede nada, que é fixação de gozo. (TARRAB, 2005, p. 101, tradução nossa)*¹⁶.

As ‘roupagens’ ou invólucros do sintoma são tecidos a partir de significantes que circulam na cultura. No caso da anorexia pode-se constatar a emergência de um fenômeno tipicamente contemporâneo: a existência de numerosas comunidades virtuais de anoréxicas, que divulgam fotos de seus corpos subnutridos na internet, de modo a servir de isca para o olhar do outro, conforme mencionado pelo entrevistado IX. O sujeito faz um uso do seu sintoma, de modo a extrair dele um gozo em nível de corpo, sem mediação simbólica, atestando a decadência do falo em sua função de suporte do desejo.

Ao longo das entrevistas, em meio às respostas que os entrevistados davam às perguntas, pôde-se constatar a produção de um saber elaborado a partir da clínica da anorexia e bulimia.

O entrevistado V, por exemplo, diz que se pode observar, com certa frequência, que o sujeito que chega ao NIAB não se queixa de seus sintomas. Geralmente “a paciente” é trazida por familiares, “porque antevêm a eminência de um risco, físico mesmo, de vida. Mas elas mesmas, não falam muito.” (Entrevistado X). Este ponto é corroborado por outros entrevistados, que também mencionam as dificuldades inerentes a esta clínica, onde se percebe uma ausência de demanda por parte do sujeito, que aí deveria estar implicado.

Os sintomas contemporâneos, segundo o entrevistado V, se diferenciam do sintoma freudiano clássico, justamente na medida em que não são portadores de um conflito psíquico. A perturbação acontece em nível corporal:

É uma coisa que desconforta nesta hora, quando algo premente do corpo acontece. Então é quando o paciente vomita sangue, pois isto assusta, então como uma coisa do real: ‘você precisa ser internado, porque você está morrendo’. Isto assusta. É como se o corpo tivesse que dizer alguma coisa, e não o sujeito. (Entrevistado V).

O traço clínico destacado pelo entrevistado assinala que a questão que aparece em evidência nessa clínica são as questões relativas à urgência do corpo. Sendo assim, enquanto o corpo aparece em evidência, o sujeito se apaga por trás destas manifestações sintomáticas. Esses sintomas não fazem enigma para o sujeito, assim como não têm o estatuto de endereçamento de uma mensagem ao Outro, de modo que não são interpretáveis. “No meu

¹⁶ “La toxicomania, la bulimia, la anorexia, los ataques de pánico, y todo lo que pongamos en esa bolsa, están muy cerca de lo que Lacan llamaba la operación salvaje del sintoma, y van a contramano de la vertiente simbólica del sintoma como mensaje. Es el síntoma que no pide nada, que es fijación de goce”.

entender, não há deciframento da anorexia, isso não se decifra. Há que se produzir um corte em seu funcionamento.” (TARRAB, 2005, 106, tradução nossa¹⁷).

Nas formas aberrantes do gozo contemporâneo, prevalece o sintoma em sua vertente de mais de gozar, onde o excesso é o que predomina.

As mudanças na doutrina (lacaniana) posteriores a 1958 e a promoção da categoria de objeto encontram um terreno de aplicação fora do discurso analítico estrito senso. Confrontamo-nos com outros sintomas, menos freudianos, sobretudo nas instituições, nas quais não se pensa necessariamente que esses sintomas sejam decifráveis pela escuta clássica. (COTTET apud COELHO, 2005, p.24).

Se os sintomas clássicos se caracterizavam por uma inibição, nas novas formas de sintoma há prevalência de uma compulsão, de um ‘não poder impedir-se de’.

O entrevistado V acrescenta que, muitas vezes, pode-se constatar que estes sintomas fazem as vezes de uma suplência para uma psicose: “isto é muito comum. E a gente tem que ter cuidado para não mexer nesta suplência, não pode deixar acontecer o pior. Às vezes, não é o parar de vomitar ou fazer ele comer que vai resolver a questão desse sujeito.” (Entrevistado V).

O entrevistado X também assinala este ponto, comentando que, com certa frequência, os transtornos mais graves de anorexia e bulimia implicam uma leitura delirante do corpo, que permite, em muitos destes casos, definir o diagnóstico estrutural de psicose. O manejo clínico destes casos é extremamente delicado, e requer, com frequência, o uso de medicação em alguns casos mais graves.

Da mesma forma que o sujeito anoréxico recusa o alimento, ele recusa a medicação oral. Então, não é uma medicação prescrita assim: ‘você precisa disto, toma isto’; pelo contrário, você tem que negociar com o sujeito, tem que implicá-lo naquele sintoma, fazer com que a adesão possa ser feita, em cada caso. (Entrevistado X).

O entrevistado acrescenta que o manejo da transferência, nestes casos, é difícil, principalmente para os clínicos mais jovens, com menos experiência na clínica psicanalítica:

Eles fazem com a gente a mesma coisa que eles fazem com o alimento; eles devoram a gente e depois vomitam. Então a gente trabalha, trabalha, trabalha, é um trabalho exaustivo... e depois ele vomita. A gente é descartado, assim como eles fazem com o alimento. Então, a compreensão deste trabalho é muito importante. Porque os profissionais jovens chegam aqui, se dão ao trabalho, principalmente os clínicos jovens, inexperientes, que vão, se empenham, trabalham, estudam, querem salvar o sujeito, se dando, aí vem o paciente e descarta. (Entrevistado X).

¹⁷ “A mi juicio no hay desciframento de la anorexia. Eso no se descifra. Hay que producir um corte em su funcionamiento”.

Percebe-se, na fala desse entrevistado, uma forma de pensar a transferência na bulimia. Sabe-se que a bulimia é caracterizada, a partir dos manuais DSM-IV (1995) e CID-10 (1993), como um transtorno alimentar, caracterizado por episódios recorrentes de ‘orgias alimentares’, nos quais o paciente come num curto espaço de tempo grande quantidade de alimento e depois vomita o que comeu, com a alegada finalidade de não ganhar peso.

Segundo Miller é possível fazer uma diferenciação entre bulimia e anorexia a partir da psicanálise:

A anorexia está, sem dúvida, do lado do sujeito barrado, e constitui inclusive a estrutura de todo desejo, enquanto que a bulimia põe em primeiro plano a função do objeto. (MILLER, 2005b, p. 378, 379, tradução nossa¹⁸).

Esta distinção pode ser muito fecunda. No caso da anorexia, segundo Ferrari, apesar do termo designar etimologicamente “falta de apetite”, há muito tempo já se sabe que a anoréxica coloca em cena algo bem diferente: uma recusa do alimento. Na anorexia, esta recusa constitui “uma forma de assegurar que, ao Outro, algo lhe falta; é um modo de sair da posição de tampão dessa falta e uma tentativa de se perguntar sobre o que quer o Outro, de desejar”. (FERRARI, 2004). Na anorexia existe, portanto, uma tentativa de reconstituir o Outro, convocando o seu olhar e interrogando o seu desejo, a partir de uma recusa em atender às suas demandas (do Outro).

Segundo Lacan, a anorexia “não é um *não comer*, mas um *comer nada*.” (LACAN, 1995, p. 188). A recusa do alimento não implica, de forma alguma, uma passividade por parte do sujeito, uma vez que a anoréxica se alimenta da falta do Outro, colocando-a em ato através desse ‘nada’, elevado aqui à sua condição de objeto. Comer nada é, portanto, uma solução encontrada pelo sujeito para interditar um Outro sufocante e caprichoso.

No caso da bulimia, não há sinal de sujeito nem de endereçamento de um enigma ao Outro sobre o seu desejo. O que fica em evidência, na bulimia, é o objeto da pulsão em torno do qual se constitui o circuito pulsional “devorar-vomitare”.

A partir da fala do entrevistado X, pode-se entender que o NIAB propõe outra forma de lidar com o sintoma, que não consta nos manuais já citados, que propugnam uma linguagem universal, consensual. Há uma outra versão, um outro modo de fazer com o sintoma, que leva em consideração o sujeito e o seu dizer.

¹⁸ “La anorexia está, sin duda del lado del sujeto tachado, es incluso la estructura de todo deseo, mientras que la bulimia pone en primer plano la función del objeto.”

O entrevistado XIII enfatiza que, diante da anorexia e bulimia, “... a medicina mostra um certo impasse, ela se mostra numa posição de não saber. O saber médico não tem dado uma boa resposta a esse tipo de paciente. Eu te digo isso como o próprio testemunho de um médico.” (Entrevistado XIII). Sublinha, ainda, que estes ‘transtornos’ do gozo têm repercussões clínicas graves, que podem colocar seriamente em risco a vida do sujeito. A urgência médica demanda um pronto atendimento, e em alguns casos, até mesmo internação. Sendo assim, não há como sustentar esta clínica sem um trabalho coletivo, que abarque diferentes campos do saber.

Por outro lado, é absolutamente fundamental que a urgência médica ceda espaço à urgência subjetiva, conforme afirma o entrevistado V, uma vez que é esta última que possibilita a emergência do sujeito.

Referindo-se à urgência subjetiva, Bassols afirma que, em meio à demanda generalizada de satisfação imediata, na atualidade, encurta-se o tempo de espera entre o desejo e a sua satisfação. Cabe à instituição introduzir o tempo de compreender, em cada sujeito, desde a primeira entrevista. A condição da transferência é justamente esse tempo de suspensão. (BASSOLS, 2003, p.55).

Bassols retoma aqui um termo pertencente ao famoso texto lacaniano “O Tempo Lógico e a Asserção de Certeza Antecipada” (LACAN, 1998a, p.197), para dizer de uma intervenção calcada na ética da psicanálise. Questionando-se sobre o tipo de intervenção que se espera da psicanálise no contexto atual das redes de assistência, Bassols conclui que:

Podemos definir essa intervenção como a introdução de um tempo de compreender, na exigência de satisfação que o sintoma faz presente nesses níveis distintos, um tempo de compreender para o sujeito da demanda, para o sujeito do sofrimento sintomático. (BASSOLS, 2003, p.56) (tradução nossa)¹⁹.

Rigorosamente falando, o campo de atuação do praticante de psicanálise na urgência é circunscrito ao campo da urgência subjetiva. Para que isto aconteça, faz-se necessário que o sujeito passe do *instante* de ver, para o *tempo* de compreender, tempo necessário para a implicação do mesmo com seu sintoma.

3.3 – O tempo da clínica e a duração do tratamento

¹⁹ “Podemos definir esta intervención como la introducción de um tiempo de comprender, em la exigência de satisfacción que el sintoma hace presente en estos distintos niveles, um tiempo de comprender en el sujeto de la demanda, en el sujeto del sufrimiento sintomático”.

O tempo aparece, portanto, na prática psicanalítica, como a questão do tempo do sujeito, tempo para que ele se implique com o seu sintoma. “É um tratamento que não é breve. Pelo menos, pela minha experiência; os meus casos são todos demorados.” (Entrevistado IX). Vê-se bem aí como cada sujeito tem o seu tempo, e este tempo varia de acordo com a singularidade de cada caso.

A partir do que foi tratado nas entrevistas, pôde-se perceber que o tempo é uma dimensão crucial da clínica psicanalítica inserida no Hospital Geral.

É uma questão em aberto no NIAB. Porque como a gente tem uma demanda grande, a gente vai ter que pensar isso. Como é que vai ser? O paciente, a anoréxica grave vem, e aí sai do sintoma anoréxico, mas ela ainda tem questões importantes. Já criou uma transferência. Tem um trabalho, então como é que você fala ‘Vai para casa’, ou ‘Vai para outro serviço, eu vou te encaminhar’. E ao mesmo tempo, a gente tem que pensar nas pessoas que vão entrar no serviço. Nós vamos ter como atender essas demandas? Como é um serviço novo, são questões que vão aparecendo. (Entrevistado IX).

Segundo o entrevistado XIII,

A anorexia e a bulimia são duas entidades clínicas, entidades médicas no caso, que é muito difícil você prever um prognóstico, saber o tempo de tratamento, um tempo de recuperação. A instituição hospitalar tem dificuldade de conviver com um tipo de terapia, vamos dizer assim, porque na linguagem hospitalar é chamado terapia, em que não há um tempo de tratamento, não há um prognóstico, não há um planejamento terapêutico. (Entrevistado XIII).

A questão do tempo de tratamento já tinha sido reconhecida por Freud. A este respeito ele relata em seus artigos técnicos que, quando o paciente o interrogava sobre a duração do tratamento, sua resposta se assemelhava à resposta que o filósofo dava ao caminhante, referindo-se a uma fábula de Esopo:

Quando o caminhante perguntou quanto tempo teria de jornada, o Filósofo simplesmente respondeu ‘Caminha!’ e justificou sua resposta aparentemente inútil, com o pretexto de que precisava saber a amplitude do passo do Caminhante antes de lhe poder dizer quanto tempo a viagem duraria. Este expediente auxilia-nos a superar as primeiras dificuldades, mas a comparação não é boa, pois o neurótico pode facilmente alterar o passo e, às vezes, fazer apenas progresso muito lento. (FREUD, 1913/1987, p.169-170).

Ao final desta passagem ele conclui: “na verdade, a pergunta relativa à duração provável de um tratamento é quase irrespondível.” (FREUD, 1913/1987, p.170).

O tempo de tratamento é uma questão muito discutida pelos membros do NIAB. O entrevistador, inclusive, foi convidado a participar de uma reunião da equipe, onde este tema seria discutido, porque estava no hospital para entrevistas, no horário em que a reunião aconteceu. Nessa reunião tratou-se a possibilidade de, inicialmente, estabelecer um prazo limitado de tratamento, em torno de três ou quatro meses, seguindo a lógica instituída pelas clínicas de atendimento que estão sendo estruturadas dentro do Campo Freudiano²⁰.

Referindo-se à abertura dessas clínicas de atendimento durante a entrevista, o entrevistado X afirma que “talvez [essa] seja uma saída para a psicanálise nos novos tempos, diante dos novos sintomas em que existe uma urgência. Então eu acho que nós todos que estamos aqui somos levados a pensar nisso”. (Entrevistado X). É importante acrescentar que essa discussão sobre as clínicas acontece num contexto em que a psicanálise se encontra posta à prova, diante das novas demandas que emergem no atual mundo globalizado.

Entre essas novas demandas há uma maciça demanda de produção por parte da instituição hospitalar, conforme se pode ler nas entrevistas realizadas. Não lhe interessa um tratamento que se prolongue indefinidamente, sem prazo de término.

Constituindo-se tradicionalmente num lugar de aplicação do saber médico, sob a regência do discurso do mestre, delimita-se aí um campo onde esse saber pré-estruturado é colocado em prática, muitas vezes anulando a vertente criativa e singular do saber, por visar unicamente a eficácia e a contabilidade. Isto fica bem patente, na fala do entrevistado XII: “existe uma dificuldade, porque o hospital cobra produção. Produção em número de consultas.” (Entrevistado XII).

Por outro lado, visando a clínica, conforme advertem alguns entrevistados, há o risco do tratamento se tornar um lugar ‘de encosto’ para o paciente, que aí encontra um lugar compatível com a sua “preguiça moral” (entrevistado II), lugar onde pode, conforme adverte o entrevistado V, “... ser cuidado e não ter que se haver com nada daquilo que aconteceu comigo.”

A respeito dessa política própria dos hospitais, Sônia Alberti, a partir de seu percurso comenta: “tínhamos tantas tarefas e demandas a responder, que o mais precioso neste trabalho, a clínica do sujeito no hospital, ficou em segundo plano. A ordem geral era produzir, não importando de que maneira.” (ALBERTI, 2005, p. 64).

Ainda de acordo com Sônia Alberti, essa questão precisou ser formalizada no *aposteriori*, de modo a viabilizar uma clínica psicanalítica em uma instituição hospitalar:

²⁰ Em Belo Horizonte, já existe uma clínica que funciona nesses princípios, denominada *a*-Tempo, na Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais.

“Não atenderemos às demandas que não permitam sustentar a demanda de tratamento. Primeira regra para uma psicanálise possível: não responder às demandas”. Assinala-se aí, então, a necessidade de impor alguns limites à demanda inespecífica formulada pela instituição, afinal, “somos limitados, não podemos responder tudo. Para trabalhar, devemos ditar nossas próprias condições de trabalho.” (ALBERTI, 2005, p. 64).

3.4 - O praticante da psicanálise entre o texto de regras e o texto do sujeito: a subversão operada pela psicanálise

Alexandre Stevens, um dos fundadores do Courtil²¹ (Centro de Adultos), instituição filiada à Associação do Campo Freudiano (ACF), referência importante no trabalho clínico fundamentado a partir da prática entre vários, afirma: “a experiência que tentamos (no Courtil) visava, preferencialmente, saber se é possível alocar o discurso analítico no cerne da instituição, isto é, subverter a instituição pela psicanálise”. (STEVENS, p. 29, 2005).

Para Stevens, do ponto de vista da psicanálise, não existe instituição ideal, pois

Toda instituição funciona com base em um ou mais traços de identificação que a caracterizam, e que podem sempre se prestar à constituição de um ideal, desde que tenham valor universalizante para todos aqueles que participam dessa instituição. Nesse caso, toda instituição está estruturalmente no lugar oposto àquele que o analista ocupa ao valorizar o particular do discurso de um sujeito. (STEVENS, p.27, 2005).

O tensionamento, entre o universal da instituição e o modo singular de gozo de cada sujeito, permite vislumbrar a antinomia entre o ideal coletivo que estabelece as identificações que sustentam toda instituição e a singularidade do modo de gozo de cada sujeito.

Bassols também fala desse tensionamento, entre o campo do universal (instituição) e o campo do singular (sujeito):

A instituição, seja ela qual for, constitui precisamente a forma social que assume esse conflito intrasubjetivo que chamamos desejo, em suas antinomias com a lei social. [...] As instituições se fundam, necessariamente, na repressão do desejo particular do sujeito e do que Freud chamava de ‘satisfação pulsional. Não há

²¹ Instituição belga voltada para o atendimento de crianças psicóticas e neuróticas graves.

instituições sem renúncia a uma satisfação pulsional. (BASSOLS, 2003, p.52 tradução nossa ²²).

A partir das entrevistas, podem-se confirmar os pontos já mencionados. O entrevistado II, por exemplo, comenta que o trabalho com a psicanálise numa instituição médica é um desafio, uma vez que a psicanálise se pauta por uma ética do bem dizer, em disjunção com a ética universalizante do bem estar, que está presente no Hospital Geral. Nessa resposta percebe-se uma tensão constante entre discursos e, lógico, éticas, que são fundamentalmente diferentes.

Depreende-se, da fala do entrevistado II, que a função do praticante de psicanálise, nesta instituição (e servindo de referências para outras), emerge a partir de uma certa ruptura com a ordem institucional, mas, tendo como condição reconhecer a legitimidade desta ordem.

O termo “subversivo”, usado por alguns entrevistados, pode dar margem a um certo mal entendido: o de se pensar que ser subversivo é se colocar numa posição de contestação da ordem institucional; daí o cuidado adotado por eles no emprego desse termo. Mas o termo subversão também diz de uma outra versão, uma outra forma de ter que se haver com o Outro que a instituição coloca em jogo. O efeito sujeito indica que a ordem da instituição não dá conta da singularidade do sintoma de cada um.

Ao lado da implicação do sujeito com o seu sintoma, o psicanalista visa o efeito sujeito na instituição, ou seja, aquele que desconstrói o texto de regras da instituição, segundo Laurent (2003), o que pode ser entendido como uma ruptura do *automaton* institucional. Esta é uma visada ética da psicanálise:

Este é um efeito sujeito que nós buscamos na instituição, o que muitas vezes não é o que a instituição quer. Neste sentido, eu acho que a psicanálise, na instituição, opera um pouco num certo esvaziamento de alguma coisa que é da ordem do esperado. Nós trabalhamos com a questão da surpresa, o que o discurso da ordem não admite. O discurso da ordem forclui a surpresa. E nós trabalhamos com a surpresa, porque nós acreditamos que somente a partir da surpresa você mobiliza o sujeito. Ele sai do lugar de preguiça moral para poder se haver com o seu sofrimento e trabalhar. (Entrevistado II).

Pode-se afirmar, portanto, que o NIAB, enquanto implicado na ética da psicanálise, inexoravelmente produz um efeito subversivo na organização institucional. Neste sentido, o

²² “La institución, sea cual sea, es precisamente la forma social que toma este conflicto intrasubjetivo que llamamos deseo em sus paradojas con la ley social [...] Las instituciones se fundam necesariamente en la represión del deseo particular del sujeto y e lo que Freud llamaba ‘la satisfacción pulsional’. No hay instituciones sin renuncia a una satisfacción pulsional”.

termo ‘sujeito’ designa justamente este efeito subversivo, que indica algo da ordem da singularidade, que não se inscreve na ordem do universal.

Pensar o tema “psicanálise e instituição” conduz a considerar que o sujeito, desde sua constituição, está inserido na linguagem, e, portanto, no contexto institucional. Segundo Hebe Tizio “as instituições existem porque o ser humano é um ser de linguagem. Isto quer dizer que ele vive em um mundo simbólico, onde a produção e a transmissão do patrimônio cultural necessitam da palavra e da letra para circular.” (TIZIO, 2002, p. 195, tradução nossa²³).

Para Tizio, essa reflexão em torno do tema “psicanálise e instituição” supõe pensar, tal como Freud o fez, que o mal estar na civilização é estrutural, e isso implica considerar que as instituições se baseiam em um “vazio constituído pela falta de resposta preestabelecida, e por isso remetem à invenção.” (TIZIO, 2002, p.196, tradução nossa²⁴). Elas, então, dizem de um momento histórico-social preciso, para dar conta das mais variadas problemáticas sociais. A função básica de uma instituição social é a de manter a ordem social e regular tudo aquilo que se constitua como uma perturbação dessa ordem.

O próprio consultório privado do analista está, a todo o momento, atravessado pelas mais variadas instituições, uma vez que o sujeito que o procura traz consigo questões referentes à família, ao trabalho, enfim, ao laço social.

Deve-se distinguir a instituição do espaço físico onde está situada, pois ela constitui um lugar sustentado por um determinado discurso. Não há instituição que não se sustente sobre um discurso, e deve-se considerar também que, conforme Lacan já afirmava, em seu seminário XVII, “a referência de um discurso é aquilo que ele confessa querer dominar, querer amestrar”. (LACAN, 1992, p. 65-66).

Segundo Lacan, “toda formação humana tem por essência, e não por acidente, refrear o gozo”. (LACAN, 2003b, p.362). Apesar dessa função necessária, normativa e estruturante, pelas vias da identificação e dos ideais, a instituição fracassa em regular completamente o gozo do sujeito.

Quando não encontra uma regulação simbólica o gozo se torna excessivo, mortífero, causando dor e sofrimento ao sujeito. O mal-estar na civilização advém do fato de que a

²³ “Las instituciones existen porque el ser humano es un ser de lenguaje. Esto quiere decir que vive en un mundo simbólico donde la producción y la transmisión del patrimonio cultural necesitan de la palabra y la letra para circular.”

²⁴ “vacío constituído por la falta de respuesta preestablecida, de allí que remitan a la invención.”

própria linguagem está infectada por algo que nenhum discurso consegue dominar, conter: pulsão de morte, em Freud, e gozo, em Lacan.

Outras questões, que podem ser formuladas a partir da fala do entrevistado II dizem respeito à demanda da instituição e à burocracia ali presente. Apesar de considerar que o psicanalista deve responder ao que a instituição precisa, o entrevistado enfatiza que a psicanálise provoca um efeito subversivo do *automaton* institucional. Este efeito-surpresa vem provocar uma ruptura com aquilo que é da ordem do planejado e do esperado pela instituição, promovendo uma abertura para o advento do sujeito.

O entrevistado VI recorre ao texto de Zenoni (ZENONI, 2000; p.13), com o intuito de demonstrar, fundamentar a tensão existente entre o discurso analítico (psicanalista) e o discurso do mestre (instituição). Ele enfatiza que, embora a estrutura do discurso analítico seja o avesso da do discurso do mestre, isto não implica que o psicanalista seja avesso ao médico. Este esclarecimento é fundamental, para indicar que a relação entre os termos mencionados constitui uma relação de tensão e não de antítese, de antinomia:

Porque senão, o que a gente consideraria seria: dada esta antinomia, não tem lugar para a psicanálise no hospital. Ou então, se ela aí se insere, ela vai ter que se inserir numa posição de se contrapor à política institucional. Eu acho que não é nem uma coisa, nem outra. E eu penso que é na clínica que este discurso vai poder se produzir, respondendo à sua pergunta, sem se dissolver. (Entrevistado VI).

Antes do bem estar e da saúde a psicanálise visa o desejo, “... o que pode comportar o mal-estar e angústia.” (ZENONI, 2000; p.13). Podem-se opor facilmente os objetivos do hospital e do discurso analítico, para então concluir, precipitadamente, que “... o analista deveria, ou se afastar da instituição ou aí se situar, mas em uma posição anti-institucional.” (ZENONI, 2000 p.13). De acordo com Zenoni, ao pensar de acordo com estes princípios de oposição, a psicanálise torna-se insipiente e estéril no contexto do trabalho institucional.

É importante frisar, ainda, que não se trata de avaliar as intenções do psicanalista, de saber se ele optará por tomar lugar no discurso analítico ou no discurso do mestre. Esta falsa oposição conduziria a um dilema insolúvel, a saber, ou se está a serviço do discurso analítico ou da instituição. Trata-se de uma falsa oposição que pode conduzir á muitos equívocos. E, além disso, poder-se-ia questionar, para que uma instituição de saúde contrataria um profissional que não se prestasse a exercer uma função terapêutica?

A resposta do entrevistado VI (item 2.2.8) situa a clínica enquanto o campo em que a tensão entre os discursos vai ocorrer. Há que se levar em conta o que aconteceria, se este tensionamento não fosse sustentado pelo psicanalista, em seu fazer clínico: “então alguns

pensam: para eu não entrar em confusão com o médico, pois estamos trabalhando juntos, eu vou ceder. Mas quando eu faço isso, eu complico a minha vida, totalmente, nesta instituição. Então eu não posso abrir mão.” (Entrevistado VIII). Neste caso a psicanálise se veria imersa, dissolvida no discurso do mestre que reina na instituição. Este é um risco que deve ser sempre considerado pelo praticante da psicanálise: o de reduzir a psicanálise a uma terapêutica, anulando, assim, a sua especificidade.

Sendo assim, pode-se pensar que este tensionamento existente entre a psicanálise e a instituição é um sinal de que a ética da psicanálise e o desejo do analista estão presentes, e de que o sujeito está sendo considerado. A posição do praticante da psicanálise, entre o texto do sujeito e as regras da instituição, constitui o seu próprio campo de trabalho.

Retomando a fala do entrevistado III, (quando ele afirma que a sua entrada no NIAB já constitui uma desorganização das regras da instituição), pode-se supor que esta resposta indica que a própria fundação do NIAB, enquanto um núcleo “leigo”, no sentido em que não é orientado por nenhuma especialidade médica ou psicológica, já supõe uma desorganização da hierarquia institucional. A entrada de profissionais no NIAB relança este tensionamento entre o texto de regras da instituição e a psicanálise.

3.5 - O médico atravessado pela psicanálise; a função médica na construção do caso clínico

O discurso médico não é extraterritorial ao NIAB. Isto pode ser muito bem evidenciado, ao se constatar a presença de vários médicos na equipe, que além de exercerem a função médica, se propõem a exercer, também, a função da “escuta” analítica.

Conforme mencionado no capítulo anterior, sobre os dados das entrevistas, o ponto mais enfatizado por estes profissionais se refere à impossibilidade do profissional ocupar duas funções ao mesmo tempo, com o mesmo paciente. Esta indicação é de suma importância, levando-se em consideração a advertência freudiana:

A atividade psicanalítica é árdua e exigente; não pode ser manejada como um par de óculos que se põe para ler e se tira para sair a caminhar. Via de regra, a psicanálise possui um médico inteiramente, ou não o possui em absoluto. Aqueles psicoterapeutas que empregam a psicanálise, entre outros métodos, ocasionalmente pelo que sei, não se situam em chão analítico firme; não aceitaram toda a análise, tornaram-na aguada — mudaram-lhe a essência, quem sabe; não podem ser

incluídos entre os analistas. Penso que isto é lamentável. (FREUD, 1932-33/1987, p.150).

Esta advertência é acompanhada de uma crítica aos usos feitos da psicanálise, por profissionais que não estariam à sua altura e, conseqüentemente, implicariam no perigo da dissolução da psicanálise, entre outras práticas terapêuticas. Freud interroga, a partir disso, sobre o “chão analítico firme”, sobre o qual deveria se sustentar o praticante da psicanálise. Esta questão remete, em última instância, à análise do analista.

A importância da análise pessoal na formação do psicanalista é levada em consideração e valorizada no NIAB. Conforme já foi mencionado anteriormente, entre os clínicos do NIAB, aqueles que ainda não concluíram suas análises estão passando pela experiência analítica. Neste sentido, a parceria com a Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais, atesta a preocupação dos membros do NIAB com a sua formação.

Esta parceria com a Escola Brasileira de Psicanálise indica um fundamento importante: a busca, por parte do praticante, pela formação em psicanálise fora da instituição onde ele se inscreve enquanto tal. Segundo Stevens, esse fato aponta para uma transferência centrífuga, sempre remetida para além dos umbrais da instituição onde o praticante se inscreve, o que permite mantê-la do lado do não saber, em uma vertente de desespecialização. (STEVENS, 2007, p.81).

Se a psicanálise é atravessada pelo discurso do mestre (conforme foi mencionado por muitos entrevistados, no item 2.2.5) é interessante pensar, a partir de outra perspectiva, que o discurso médico também tem sido desde a época de Freud, atravessado pela psicanálise. Esta perspectiva é interessante de ser abordada, a partir da fala dos médicos que ocupam a função de escuta no caso clínico e falam dos efeitos que isto tem em sua prática: “Depois que você compreende de outra forma, você escuta de outra forma, então mesmo que você não interprete, não tem jeito. E mesmo no atendimento médico, eu vejo que a gente escuta diferente.” (Entrevistado XII).

De acordo com este mesmo entrevistado, é a escuta que determina a intervenção. A passagem de um discurso a outro pode ter como indicativo, justamente, esta mudança de lugar daquele que escuta. Contudo, é importante assinalar, aqui, a diferença entre a escuta médica e a escuta analítica, essa última uma escuta diferenciada.

O que parece pertinente na fala destes entrevistados, conforme se pôde constatar no item 2.2.5, é a questão sobre o “ser”. Essa questão é efeito do atravessamento já mencionado e pode ser detectado ponto a ponto, na fala de alguns médicos. Ele assinala a destituição do

lugar da mestria, diante da inexistência de garantia de uma resposta referida ao ‘quem sou eu?’

Percebe-se que, nas entrevistas com os profissionais do NIAB que tem formação médica, a ênfase recai, não tanto na questão do praticante da psicanálise, mas sim na questão do “médico atravessado pela psicanálise”, conforme foi dito pelo entrevistado XI. É mais do lado desse segundo termo que pode ser situada a fala de alguns profissionais com formação médica, mais particularmente, a fala dos três entrevistados que não se sentiram confortáveis com o uso do termo psicanalista.

Quanto aos dois psiquiatras da equipe, percebe-se que eles são convocados, com mais frequência, para acompanhar a medicação do paciente. Esse fato pode ser explicado, segundo o entrevistado X, pela elevada incidência da psicose nessa clínica, conforme mencionado no item 2.2.5.

Ambos os psiquiatras enfatizaram que a prescrição medicamentosa deve ser feita sempre a partir do sujeito, sem desconsiderar o endereçamento que esse sujeito faz ao analista. Segundo o entrevistado X, “eu vejo a intervenção psiquiátrica neste caso, como uma forma de contenção de gozo, quando é um gozo extremamente invasivo, que leva mesmo à morte do sujeito”. Esse entrevistado também acrescenta que

[...] tem casos em que a gente percebe claramente que foi exatamente a questão da psicanálise, do acolhimento deste paciente como sujeito, que é o que faz ele estar aqui. E eles próprios reconhecem aqui um lugar para eles. [...] Aqui eles sabem que eles vêm para falar. (Entrevistado X).

3.6 - O discurso universitário: parceiro do psicanalista?

Permeado por diversas práticas e discursos, o Hospital das Clínicas de Belo Horizonte tem a particularidade de ser uma instituição que alia a assistência social ao ensino universitário. Segundo o entrevistado IX, “nós estamos dentro de uma universidade, de um hospital-escola.” O entrevistado acrescenta que, entre as inúmeras questões com as quais o NIAB se defronta, há a questão do ensino, da transmissão: “Há várias questões, por exemplo: aqui é uma escola, então nós vamos ter alunos, vamos ter residentes...”. Para ele seria interessante que os médicos em formação, ao menos estivessem advertidos da existência da psicanálise.

A conjunção hospital-escola indica que este hospital marca uma singularidade com relação a outros hospitais, que só tem em vista os objetivos terapêuticos e o bem estar. No hospital atravessado pelo discurso universitário, a clínica caminha ao lado da pesquisa e da transmissão.

Esta articulação entre clínica e pesquisa sempre foi bem enfatizada por Freud em várias ocasiões, como por exemplo, em suas recomendações aos médicos que exercem a psicanálise: “A psicanálise faz em seu favor a reinvidicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem.” (FREUD, 1913/1987, p. 152).

Poder-se-ia perguntar se a presença do discurso universitário favorece a psicanálise, no caso do NIAB. Algumas respostas dos entrevistados permitem pensar que, neste caso, o discurso universitário se constitua justamente enquanto uma condição mesma para o exercício da clínica psicanalítica na instituição:

No caso do NIAB, o serviço foi construído sustentando-se, teoricamente, na psicanálise. De acordo com o nosso projeto, é um núcleo de investigação, nós o chamamos de Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia. Se é uma universidade, então isso é possível, há um espaço. Se fosse apenas um hospital do SUS, provavelmente a gente não poderia trabalhar sob orientação da psicanálise. Aí ofereceria psicoterapia mesmo. (Entrevistado XIII).

O entrevistado VIII esclareceu que o discurso universitário pode se constituir como um favorecedor para a psicanálise, mas nem por isso esta parceria deixa de levantar questões.

Principalmente por se tratar de um hospital que é escola, eu tenho, por um lado facilidades, mas por outro, dificuldades. Então, existe uma prevalência do discurso científico. Eu sinto, às vezes, uma dificuldade grande para ser compreendido, ser entendida. Sob que aspecto que eu estou falando, o que eu estou levando, como é que eu estou fazendo esta escuta; e muitas vezes eu dou aula na equipe médica e para os residentes, sobre o que é. Então, quando eu vou levar algum caso para discutir, muitas vezes eu encontro dificuldades, porque nós estamos falando de discursos completamente diferentes. (Entrevistado VIII).

Ao falar de suas dificuldades, o entrevistado possibilita uma interlocução com Laurent (2003), quando este aborda a inserção do praticante da psicanálise na instituição: há o momento do praticante “socrático”, sem o saber, mas, também, o momento do praticante com o saber, aquele que tem algo a ensinar a partir da sua experiência clínica, seja na apresentação de casos, seja nas orientações que pode dar, quando essas forem pertinentes. (LAURENT, 2003, p.48).

A questão é como estar nestes diferentes lugares, o que não é nada simples, conforme relatado pelo entrevistado VIII. Por isso Laurent (2003 p.48, 49) ensina que, diante das

demandas institucionais, a psicanálise deve fazer com estas o mesmo que faz com o supereu da civilização: descompletá-lo, torná-lo inconsistente. Para isto, o praticante deve ocupar tanto as figuras do “mais um” como do “menos um”, do *êxtimo* ²⁵. O autor também menciona que, nas instituições, é possível encontrar psicanalistas diretores, chefes de serviço, e pontua que tudo é possível, com a condição de que se saiba o que se faz, ou seja, que se aproveitem todas as oportunidades para descompletar as figuras do supereu institucional e da demanda.

Segundo Doris Rinaldi “a transmissão não se resume à intimidade do exercício da prática psicanalítica com cada sujeito, estando também presente no debate acerca dos impasses e sucessos que fazem o cotidiano da clínica, no laço social com profissionais que sustentam outros discursos” (RINALDI, 2002, p.66), o que aponta para o posicionamento mencionado por Laurent (2003).

Este ponto de vista é corroborado também por Serge Cottet, expressivo psicanalista da Escola da Causa Freudiana, quando ele menciona a ampliação da noção de transmissão, indicando que o interesse pelos fundamentos e pela clínica da psicanálise, não necessariamente concerne apenas aos analistas:

Nem todos os psicanalistas estão fechados em seus consultórios, ou nos círculos privados de seus seminários. Eles também transmitem os resultados de uma prática que não está reservada à elite, e pode concernir a qualquer um. (COTTET apud COELHO, 2005, p.36).

Portanto, o termo “transmissão” está sendo usado aqui em seu sentido lato, ampliado, conforme anteriormente mencionado na nota de rodapé no item 3.1.3, pois se trata de transmitir algo da clínica psicanalítica para outros profissionais, que nada ou pouco sabem dela. Ainda que alguns profissionais não queiram saber da psicanálise, conforme menciona o entrevistado VIII, há que se considerar em jogo um ‘se fazer compreender’, que passa pela fundamentação daquilo que sustenta o ponto de vista do psicanalista:

Muitos se interessam, sabe? Mas alguns rechaçam a psicanálise; a psiquiatria mesmo, ela é muito fechada para a psicanálise. Porque o discurso científico nos facilita, no sentido de não ficar com preconceitos. Então vamos escutar como é o saber do outro. (Entrevistado VIII).

No caso específico das relações entre psicanálise e psiquiatria é interessante evocar aqui o posicionamento freudiano: “Os senhores assegurarão não existir nada na natureza do

²⁵ Neologismo cunhado por Lacan para denominar o que é mais íntimo, e, no entanto vem de fora.

trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica. O que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras.” (FREUD, 1916-17/1987, p. 301).

A fala do entrevistado VIII também pontua que, no campo do discurso universitário (que ele nomeia aqui como “discurso científico”), há um certo relativismo entre os saberes que habitam este campo: um saber vale pelo outro, desde que ele seja passível de fundamentação epistemológica e teórica. Daí poder-se pensar que, em princípio, uma instituição universitária estaria mais aberta à diversidade de práticas e saberes que aí se inserem. Isto constituiria, para o entrevistado, como um facilitador, tanto para o trabalho clínico do praticante como para a transmissão do saber produzido a partir dessa clínica entre vários, para os profissionais de outras áreas do conhecimento.

Mas as relações entre o discurso universitário e o discurso analítico também envolvem outras questões, que permitem ver o outro lado mais conflitivo desta parceria entre psicanálise e universidade. O entrevistado VIII mencionou a prevalência do discurso científico, e nesta perspectiva, a cientificidade da psicanálise seria algo sujeito às objeções por parte da comunidade médica. Ainda que se a considere como um saber fundamentado, isto daria margem às amplas questões envolvendo as relações da psicanálise com a ciência, fronteira essa móvel, aberta, que Lacan nomeia como sujeito da ciência, designando aí o fracasso de abarcar o real a partir do campo do saber.

Daí a saída proposta por Laurent (2003) do analista sem o saber que interroga os especialistas. Trata-se de desfazer as figuras do todo, inclusive dos ideais da comunidade terapêutica a que pertence o praticante, para que se possa escutar esse saber que não supõe nenhum sujeito totalizador.

Segundo Rinaldi,

No discurso universitário, é o saber que ocupa o lugar do agente, instaurando a tirania do tudo-saber, na afirmação da verdade científica. No lugar do outro, está o objeto a ser dominado por esse saber totalizante, e o produto é um sujeito dividido em duas partes pelo saber médico: o homem e a sua doença. (RINALDI, 2002, p.61).

Sabe-se que em psicanálise esta partição não é possível, pois não há como separar o homem de sua doença, ou melhor dizendo, do seu mal estar. Cabe ao sujeito uma escolha forçada, que Freud nomeou como escolha da neurose. Pensar o homem alheio ao seu mal estar é, na verdade, pensar um ideal de homem saudável, não tanto o homem tal como ele é, mas como ele deveria ser.

O discurso universitário se interessa pelo saber, mas com a condição de que esse saber seja anexado a um corpo de saber pré-existente, já constituído. Daí a função de armazenamento e catalogação do saber que ele cumpre, reduzindo o saber a um corpo de informações sobre um determinado objeto. O saber que lhe interessa é justamente aquele que deixa o sujeito de lado, (abaixo da barra) em benefício da ciência, tomada como um saber universalizante sobre o real.

Está implicado aí um risco para psicanálise, quando o praticante negligencia a sua formação, pois segundo Coutinho,

O discurso universitário é o mais propício aos desvios em relação ao discurso psicanalítico, pois é o discurso que permite a psicologização da psicanálise [...] esse discurso se caracteriza muito especialmente por objetificar o outro a partir do saber e, nesse sentido, a utilização psicologizante da teoria psicanalítica incorre sempre no discurso universitário. No lugar do outro, onde o psicanalista situa o sujeito, o universitário situa o objeto. (COUTINHO JORGE, 2002, p. 31).

O discurso universitário visa à produção de especialistas, a partir de um saber totalizante sobre determinado objeto. E, como se pode ver na fala do entrevistado II, o NIAB transcende o domínio das especialidades, ou seja, a psicanálise não produz especialistas.

Segundo Stevens (2006, p. 30), conceber a psicanálise como uma especialidade tem dois inconvenientes, a saber, converter o analista em um especialista da psicanálise, e a instituição em uma sala de espera do analista, ambos em dissonância com a proposta de uma prática feita por muitos. Poder-se-ia acrescentar aí um terceiro inconveniente, mencionado pelo próprio autor: o achatamento do caso único, tecido a partir do relato do paciente, pelo caso geral, universal, teorizado e categorizado pelos especialistas, segundo a lógica do discurso universitário.

Se o psicanalista quer operar em uma instituição de cuidados, não pode se basear em uma posição de especialista em psicanálise entre as demais especialidades. [...] Ao caso geral conhecido pelos especialistas, ele deve responder com o caso particular. Ao universal a que visa a instituição, deve responder com o singular do discurso do paciente. (STEVENS, 2005, p. 29).

Outra perspectiva sobre o tensionamento entre o discurso analítico e o discurso universitário foi mencionada pelo entrevistado VII. De acordo com este entrevistado, a universidade proporciona ao profissional uma possibilidade de interface com outras áreas do saber; entretanto, deve-se observar que a produção do sujeito dividido se situa, nesse caso, do lado do profissional, que acaba dividido entre a psicanálise e a medicina.

A medicina hoje está voltada muito mais para um lado técnico e epidemiológico, abandonando esta clínica mais fina. Então, na verdade, eu tenho tentado trabalhar nesta interface, mas eu não sei até que ponto isto vai se sustentar, que eu vou sustentar isto. Isto é uma coisa boa, estar numa universidade, num lugar que permite, e permitiu esta mudança de rumo, este trânsito. (Entrevistado VII).

3.7 – A função do analista na psicanálise aplicada; o endereçamento do sujeito e o motivo da demanda

Pode-se afirmar, a partir dos dados colhidos em todas as entrevistas, que os profissionais do NIAB reconhecem a diferença que existe entre uma ‘psicanálise padrão’ (clínica particular exercida em consultórios) e este trabalho clínico realizado pelos praticantes da psicanálise no NIAB. O ponto de diferença que pode ser analisado, refere-se não tanto à psicanálise em sua aplicação, uma vez que se reconheça que a psicanálise aplicada também acontece nos espaços privados dos consultórios particulares. A maior diferença se refere, então, ao fato da psicanálise estar inserida em uma instituição onde ela passa a circular entre outros discursos, em um trabalho coletivo que aponta para a orientação da prática feita entre vários.

Conforme abordado anteriormente, a função do psicanalista no NIAB consiste basicamente em resgatar o sujeito, escamoteado por trás das manifestações sintomáticas (anorexia e bulimia), fazendo-o interrogar sobre elas: “que questão é essa, que vem aí atrás de um sintoma? De um sintoma aí que, na verdade, exclui toda a subjetividade.” (Entrevistado IV).

Esta é a principal referência do trabalho clínico realizado no NIAB. Neste sentido, espera-se que os sintomas venham, em algum momento, fazer enigma para este sujeito, deixando de serem respostas, para tornarem-se perguntas. Diante do dito holofrático ‘sou anoréxica’, cabe ao analista introduzir “uma pergunta a mais” (Entrevistado VII), uma brecha, para que o sujeito possa emergir. Este ponto foi mencionado por muitos entrevistados em diferentes momentos das entrevistas.

Esta posição, de levar em consideração o sujeito, foi bem esclarecida pelo entrevistado IX. Este entrevistado afirma que o trabalho do psicanalista consiste, basicamente, em transformar a demanda de tratamento em uma questão do sujeito. Ele menciona o quanto é comum o sujeito trazer os significantes da clínica médica, tais como ‘sou anoréxica’ ou ‘sou bulímica’, que servem aí como um tamponamento, com relação à

singularidade do desejo. “A tentativa é de ver se surge aí uma questão, a particularidade, a singularidade do sujeito. Acho que isto é o principal.” (Entrevistado IX). Trata-se de um trabalho que visa a implicação do sujeito com o seu sintoma, com a sua queixa, caso haja esta última.

Esta questão foi mencionada inicialmente pelo pesquisador, durante a escrita do projeto para essa pesquisa, em seu recorrido bibliográfico, e foi bem sintetizada por Sônia Alberti, quando ela afirma que a função do psicanalista no Hospital Geral “necessariamente passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica. Se esse trabalho for feito, grande passo terá sido dado para a definição da função do psicanalista no hospital.” (ALBERTI, 2000, p. 40).

Outro ponto mencionado pelos entrevistados, no tocante à diferença da função que o praticante da psicanálise exerce no NIAB, foi o motivo da demanda.

A pessoa vem com a demanda de um saber [médico] e você vai fazer uso dessa demanda, mas não exatamente responder a esta demanda, mas você vai fazer uso do discurso do mestre como um semblante. [...] Então você vai manejar. (Entrevistado XI).

Cabe ao psicanalista, num momento inicial, desmedicalizar²⁶ a demanda do sujeito (ou a de seus familiares) através do manejo da transferência, tornando esta demanda tratável pelo viés da psicanálise, mas sem desconsiderar a importância do tratamento medicamentoso, em muitos casos. Nessa perspectiva a presença do analista se conjuga com a ausência de análise, e o analista se dispõe ao uso que fizerem dele.

Essa perspectiva é abordada por Miller (1999, p.54), quando afirma que há uma “disjunção entre a psicanálise e o psicanalista”, assinalando que o ‘objeto-psicanalista’ é, doravante, disponível: “disponível no mercado, como se diz – e se presta a usos muito distintos daquele que fora concebido sob o termo de psicanálise pura”. Desloca-se, assim, a ênfase do tratamento, do dispositivo psicanalítico, para os usos possíveis do psicanalista: “Trata-se menos de antecipar se a natureza do problema é acessível à psicanálise do que de saber se o encontro com o analista será útil ou não, fará bem ou fará mal”. (MILLER, 1999, p.54).

O encontro com o analista, nesse caso, estará atravessado pela instituição, que é a verdadeira destinatária da demanda do sujeito. O entrevistado V também fala dessa questão, dizendo que a demanda é dirigida, não aos profissionais tomados um a um, mas sim à

²⁶ Termo não encontrado em dicionário, mas de uso corrente entre alguns profissionais da saúde, como psicólogos e enfermeiros.

instituição, o que constitui uma condição fundamental que perpassa o trabalho do psicanalista no NIAB. Este ponto foi frisado em várias entrevistas, conforme se pôde constatar no capítulo anterior, sobre os dados obtidos.

Segundo Glória Marron, “pela via traçada pela transferência é possível construir um projeto terapêutico que inclua e responsabilize o sujeito, seguindo o estilo de cada paciente em sua modalidade singular de responder à inconsistência do Outro”. (MARRON, 2003, p. 87). Cada terapeuta deve, portanto, “abster-se de soluções prévias, do ‘*furor sanandi*’ ou da ambição de fazer tudo pelo outro”. (MARRON, 2003, p. 87).

O entrevistado IX também se manifesta quanto a essa questão, ao afirmar que

A transferência é com a instituição, não é com a psicanálise. Aqui é uma instituição médica, reconhecida mais pelo lado médico. É o Hospital das Clínicas, então [o sujeito] está dirigido muito mais a este significante médico, ao saber médico, do que ao saber psicanalítico. (Entrevistado IX).

A demanda que o psicanalista acolhe não é, pelo menos em princípio, uma demanda dirigida a ele, e este é um fator fundamental que deve ser levado em conta para avaliar a função do seu trabalho, considerando que, na construção do caso clínico, esta função não é definida *a priori*. Ela não o é, uma vez que se considera que essa indicação deve partir sempre do sujeito.

Pode-se perceber, então, o alcance da formulação de Graciela Brodsky, ao afirmar que “...um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, a função não é a mesma.” (BRODSKY, 2003, p.25).

De acordo com a primeira seção do ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise (LACAN, 2003a, p.236, 237), a psicanálise pura se propõe, como termo e finalidade, a formação do analista (seu ser), enquanto que na psicanálise aplicada, o objetivo visado é a prática do analista, no âmbito da terapêutica e da clínica médica.

A finalidade da escuta, na psicanálise aplicada, desloca a ênfase dada à análise que visa formar o analista para o tratamento do sintoma, conforme mencionado em algumas entrevistas (II, V, VI, VIII), numa perspectiva em que o fator terapêutico é priorizado: “... a finalidade da psicanálise, acho que ela muda um pouco, você não visa ali construir uma fantasia e atravessá-la, produzir um analista, mas o que você visa principalmente é a produção de efeitos terapêuticos”. (Entrevistado VI).

O entrevistado II também faz com muita clareza essa distinção:

Quando a gente fala de psicanálise aplicada ao sintoma, nós estamos distinguindo a psicanálise pura, no sentido de que a psicanálise pura tem como função a construção e a formação do analista. Então aqui nós temos como trabalho a questão do sintoma, quer dizer, atuar sobre o sintoma do sujeito. (Entrevistado II).

Enfim, “a psicanálise aplicada é aquela que se interessa mais pelo efeito terapêutico em suas causas e no grau em que acontecem e menos pelo fim de análise.” (FERRARI, 2005).

A questão “o que resulta da psicanálise quando está imersa em outros discursos, essencialmente o do mestre e o da ciência” (BRODSKY, 2003, p.29) só poderá ser respondida se for considerada a questão do ser do analista, ou seja, aquilo que um psicanalista carrega com ele, onde quer que se situe, como sedimento do seu próprio percurso de formação, enquanto analisante: “As intervenções que o analista realiza fora do discurso analítico tomam como ponto de apoio uma relação com o real que ele acompanha por sua própria experiência de analisante.” (HORNE, 2003, p. 61).

3.8 – A clínica do ato analítico e a formação do analista

Segundo Guéguen “mantemos de Lacan que o que define o analista é seu ato, não seu título, nem o fato de receber pacientes. Não nos tornamos psicanalistas; verificamos se o fomos.” (2007, p.17). Esta citação indica, assim, a subversão temporal colocada em jogo pelo ato analítico. Além da subversão temporal, o ato analítico subverte também com a dimensão da autoria, dimensão que é colocada em questão a partir do momento em que se concebe o ato enquanto constituinte do lugar do analista, e não o inverso. Pensar a questão do ato analítico em uma instituição criada a partir da psicanálise supõe pensá-la enquanto o entorno desse ato, segundo a indicação de Guéguen: “Seja qual for a forma dos entornos do ato, ela [a instituição] existe porque há o ato analítico no lugar do referente”. (GUÉGUEN, 2007, p.21).

Conforme se observou, os praticantes abordaram o ato analítico em suas falas. De acordo com o entrevistado VIII, os efeitos do ato do analista podem ser constatados na fala do sujeito: “às vezes você até faz um ato sem saber que fez. Às vezes, o paciente chega contando ‘você falou tal coisa, e eu fiquei a semana inteira pensando nisso’.” (Entrevistado VIII).

Pode-se perceber bem, na fala deste entrevistado, que o efeito do ato analítico só se dá no *aposteriori*, de modo que se pode confirmar a indicação lacaniana, de que o analista não é o senhor do seu ato, pelo menos se considerar que este ato está, necessariamente, implicado com seus efeitos.

Para o entrevistado XII, a interpretação não é um recurso suficiente para abordar a clínica psicanalítica no Hospital Geral, e ele acrescenta que isto também é válido, dentro de uma perspectiva mais ampla, para a abordagem clínica dos sintomas contemporâneos. Segundo este entrevistado, o ato é de fundamental importância para pensar, não só a clínica psicanalítica inserida no contexto institucional, como também para pensá-la na clínica dos novos sintomas, na qual a ineficácia da interpretação e a rejeição do inconsciente se fazem evidentes. O entrevistado acrescenta que, a partir de sua própria análise, ele percebe que produz muito mais (como analisante) a partir dos cortes, do que a partir das interpretações.

Esse ponto é também corroborado por outros entrevistados. Pode-se inferir da fala de alguns deles que a clínica do ato analítico constitui uma resposta do psicanalista à passagem ao ato na anorexia e bulimia. A clínica do ato analítico aponta para a nomeação de algo da ordem do real, distinta de uma clínica do sentido, onde se buscaria uma decifração: “a ação do analista, sua intervenção, tem assim alguma chance de ser elevada à altura de um ato, do qual se pode julgar a eficácia graças a seus efeitos sobre o real.” (MATET, MILLER, 2007, p.7).

Essa mesma direção é assinalada por Tarrab, quando ele afirma: “não há deciframento do sentido inconsciente da boca fechada, do vômito ou da operação toxicômana. É preciso alterar seu funcionamento numa operação que está mais próxima do Pai traumático que do Pai simbólico”. (TARRAB, 2005, p. 106, tradução nossa²⁷).

E é nesse ponto que Tarrab situa o que se poderia nomear como uma clínica do ato analítico:

O ato analítico deve produzir um corte no tempo da fantasia. Esse corte convoca o real, já que altera o peso do passo do tempo e abre para o sujeito a evidência da fuga do sentido, que a fantasia mantém congelada. Isso resume a minha idéia da relação entre ato analítico e tempo. [...] Bem se poderia pensar a enunciação do ato analítico como: isso do que sofres, é do que gozas, todo o tempo. (TARRAB, 2005, p. 56, tradução nossa²⁸).

²⁷ “No hay desciframiento del sentido inconsciente de la boca cerrada, del vómito o de la operación toxicómana. Hay que alterar su funcionamiento, em uma operación que está más cerca del padre traumático que del padre simbólico.”

²⁸ “El acto analítico debe producir un corte em el tiempo del fantasma. Esse corte convoca a lo real, ya que trastoca el peso del paso del tiempo y abre al sujeto a la evidencia de la fuga del sentido, que el fantasma

Trata-se, portanto, não da proliferação de sentido, mas sim da suspensão e estancamento da cadeia significante, exatamente no ponto fantasístico de gozo do sujeito, o que implica a dimensão da surpresa e da perplexidade. Nessa perspectiva, trata-se de fazer ressoar no significante aquela parcela de gozo exilada do simbólico, e que não é passível de elaboração. Somente dessa maneira, é possível uma ruptura com o tempo da repetição e a instauração de uma nova inscrição, que terá o estatuto de uma nomeação. O ato exerce, portanto, uma função de ponto de ancoragem (ponto de basta), função essa que se encontra inoperante nos ‘novos sintomas’.

Segundo Stevens, “nossa função de psicanalistas nessa clínica aplicada à terapêutica é estar prontos para acolher a surpresa que valerá como saída para o sujeito, isto é, como palavra justa para dizer o real com o qual ele está confrontado.” (STEVENS, 2007, p. 83).

Nessa lógica, o ato do analista se articula com o efeito surpresa, muito falado pelo entrevistado II (item 2.2.11), que cuidou também de indicar que esse ato tem uma dupla incidência, uma vez que ele “não se volta só para a instituição, mas também para o sujeito ao qual eu me dirijo.” (Entrevistado II).

Laurent (2003, p.49) menciona que, algum tempo atrás, os psicanalistas lacanianos, que trabalhavam em instituições, estavam persuadidos de que era preciso fazer existir a lei, apelando para as regras e regulamentos. Certamente, é necessário que haja alguma ordem para que a instituição possa subsistir, mas é importante não confundir regra ou regulamento com a lei, tal como a entende a psicanálise.

Daí a proposta de Laurent (2003, p.49), quando expõe o matema do trabalho da psicanálise em instituições: S_1 em equivalência com o sintoma (S). Em vez de se pensar esse S_1 do lado das regras e regulamentos, há que se pensá-lo em termos de sintoma. O S_1 constitui-se, portanto, como o significante desse ponto de basta, no qual o excesso de gozo “fora” da inscrição simbólica vem a fixar-se, dando ao sujeito uma nova sustentação no laço social. A partir desse matema, pode-se pensar a instituição enquanto um texto das regras, que o sujeito desconstrói, pela via do sintoma.

Ainda segundo Laurent (2003), não cabe ao analista, quando inserido em uma instituição, interpretar, indefinidamente e infinitamente, tudo o que se passa. A partir do matema exposto acima, trata-se de tomar o sintoma como uma invenção do sujeito, a qual

mantiene congelada. Eso resume mi idea de la relación entre acto analítico y tiempo. [...] Bien se podría pensar la enunciación del acto analítico como: eso de lo que sufres, es de lo que gozas, todo el tiempo”.

cabe ao analista sancionar e valorizar. Comentando essa passagem do texto de Laurent, Stevens (2007) afirma que “o ato analítico na instituição deve visar produzir o S1 do sintoma como um achado, invenção que permite ao sujeito constituir um ponto de ancoragem para o gozo”. (STEVENS, 2007, p.78).

A partir disso, pode-se dizer que o trabalho na modalidade da prática entre vários consiste em permitir aos sujeitos que ali se abrigam a inventarem esses pontos de ancoragem. Mais do que permitir, trata-se de “provocar” essa invenção, por parte do sujeito:

Há a invenção dos sujeitos, mas também os achados práticos dos membros da equipe a serviço dos achados do sujeito. Não cabe a nós tornar a fiar uma invenção que poderia servir de identificação, mas cabe a nós estar atentos às invenções que eles produzem. Todavia, não basta apenas acolher a surpresa, a invenção. É preciso estar atento, e até mesmo suscitá-la, provocá-la, calculá-la. (STEVENS, 2007, p.82).

A orientação proposta pelos autores citados não segue, portanto, a perspectiva terapêutica adotada por muitas psicoterapias na atualidade, principalmente aquelas inspiradas pela psicanálise, que procedem por uma interpretação infinita, tentando recobrir o furo da não-relação sexual com o sentido. A referência ao sintoma implica, segundo Naveau, uma escolha política, ou seja, “uma escolha que se orienta a partir da política lacaniana. A escolha proposta ao praticante é: ou bem ir em direção ao sentido e ao imaginário, ou bem ir em direção ao gozo e ao real. [...] A partir daí, o sintoma se torna o nó da questão.” (NAVEAU, 2007, p. 12).

Outra questão, pertinente para os propósitos dessa pesquisa, é a articulação do ato analítico com a formação do analista. É possível tecer algumas considerações sobre isso, a partir de Freud e Lacan, apesar dos entrevistados não terem falado muito dessa questão.

Retornando aos textos técnicos de Freud, pode-se constatar que neles, encontram-se indicações preciosas sobre a aplicação da técnica analítica. O leitor desavisado pode ali esperar encontrar uma espécie de manual técnico, que ensine o praticante a exercer a psicanálise. Para este leitor, o encontro com o texto freudiano será surpreendente:

Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; eu não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta. (FREUD, 1912/1987, p. 149).

Freud não acreditava que a técnica se fundamentasse em um modelo, em um conjunto de regras. Esta indicação é uma das muitas que podem ser encontradas em seus artigos

técnicos, nos quais ele denuncia a impossibilidade de recobrir o campo da técnica da psicanálise com um modelo exemplar, no caso, o dele, Freud. O praticante da psicanálise se vê diante da tarefa de adaptar esta técnica ao seu estilo pessoal, às suas disposições subjetivas, o que poderia dar margem ao mal-entendido de se pensar num certo subjetivismo, no qual cada um faria dela um uso tendencioso, que melhor lhe conviesse.

Na ausência de um modelo, de um ideal que respondesse à questão ‘o que é um psicanalista’, o maior perigo seria a recorrência aos modelos identificatórios. Essa questão seria encoberta, se fosse respondida com a identificação a um ideal, que aliviaria a angústia do psicanalista quanto ao que o constitui, a partir de sua própria análise.

Esta questão marca a psicanálise desde Freud e culminou com a fundação da Associação Internacional de Psicanálise (IPA):

Nem eu nem meus amigos colaboradores achamos agradável reclamar um monopólio desse modo no uso de uma técnica médica. Mas, em face dos perigos para os pacientes e para a causa da psicanálise inerentes à prática que se pode antever de uma psicanálise selvagem, não tivemos outra escolha. (FREUD, 1910/1987, p.212).

Freud nunca foi indiferente ou complacente com os usos indevidos da psicanálise. Pode-se afirmar, a partir deste texto, que lhe preocupava tanto os possíveis danos causados ao paciente, quanto, mais ainda, aqueles causados ao que ele nomeia como causa da psicanálise. Nesta ótica, a fundação da IPA constituiu-se numa resposta aos maus usos que se faziam da psicanálise. Sendo assim, pode-se assinalar que, ao psicanalista, cabe não somente os encargos pelos tratamentos que dirige, como também, a responsabilidade de zelar pela credibilidade da psicanálise. No decorrer das entrevistas, pôde-se perceber essa preocupação na fala dos entrevistados, no cuidado que dispensam à sua formação, e também no modo como consideram as especificidades de suas práticas.

A definição de uma psicanálise a partir de um padrão de regras pré-estabelecido alivia a angústia do psicanalista, uma vez que, ao definir imaginariamente a psicanálise, seria possível, desta maneira, distingui-la de outras modalidades de tratamento. A criação de um padrão de regras e técnicas para regular a experiência analítica se constitui como uma forma de defesa do profissional, contra o que há de fundamentalmente angustiante nesta experiência. Daí o sentido da denúncia feita por Lacan, em “Televisão”, sobre a existência de uma Sociedade de Assistência Mútua contra o Discurso Analítico (SAMCDA) (LACAN, 1993, p.31).

A partir das indicações do ensino de Lacan, o psicanalista se vê confrontado em submeter a questão técnica à perspectiva ética: “Trata-se de um rigor, de uma certa forma ético, fora do qual toda análise, mesmo recheada de conhecimentos psicanalíticos, não poderia ser senão psicoterapia.” (LACAN, 1998c, p.326). Nesta perspectiva, a questão do enquadre e dos *standards* (mencionados no item 3.1.2) cedem lugar à questão dos princípios éticos que orientam a *práxis* do psicanalista, tendo como ponto de sustentação o ato analítico.

Para Graciela Brodsky (2003), o campo da técnica da psicanálise é o campo do ato analítico, e é a este campo que se refere à psicanálise, seja ela pura ou aplicada. Pode-se considerar, a partir disso, que a psicanálise aplicada não desabona o psicanalista do seu ato, e pode-se, de forma legítima, interrogar o ato do analista na psicanálise aplicada: “Mantida a ética analítica, impõe-se a questão de uma prática psicanalítica em um dispositivo não inteiramente conforme ao discurso da psicanálise. É possível um ato analítico fora do discurso psicanalítico?” (COTTET *apud* COELHO, 2005, p. 29).

Conforme abordado anteriormente, o entrevistado VI menciona que o que define uma análise não é um padrão pré-estabelecido, seja um modelo identificatório, seja o enquadre, que não deixa de ser uma modalidade do primeiro. A “variação na técnica”, mencionada por este entrevistado, indica justamente que, ainda que o psicanalista abra mão dos *standards*, os princípios que regem a sua ação se mantêm preservados, uma vez que o desejo do analista é o único termo capaz de impedir a dissolução da psicanálise nos outros discursos e práticas terapêuticas, conforme enfatizado pelo entrevistado VIII.

A identificação com os *standards*, indica, em seu cerne, aquilo que Lacan diagnosticou em seu Seminário sobre o ato analítico como “horror ao ato”, designando aí o horror que o analista tem com relação ao seu ato, mantendo com ele uma relação de desconhecimento.

Certamente, isto vai na contramão do desejo do analista, definido por Lacan em seu Seminário XI, como o desejo de obter a diferença absoluta (LACAN, 1988b, p.260). Segundo Ana Cristina Figueiredo (1997), para o psicanalista, não se trata de ser ‘diferente de’, e sim de produzir a diferença: “o psicanalista tem que fazer diferença sem cair no logro de bancar o diferente. A diferença diz respeito a seu agir em cada caso e não a uma estilização caricatural de sua função.” (FIGUEIREDO, 1997, p. 57).

Pôde-se escutar um eco dessa asserção na fala do entrevistado II, quando ele afirma que “... o horror ao ato mostra que o psicanalista, tentando ser algo diferente, não é tão diferente assim, dos outros”. (Entrevistado II).

Cabe ao analista não esquecer a dimensão do seu ato, conforme acontece nas psicoterapias de inspiração analítica abordadas anteriormente (item 3.1.2). Nessas psicoterapias os terapeutas anulam a dimensão do ato em benefício do enquadre terapêutico, sem o qual “a psicoterapia não pode ter lugar.” (GILLIÉRON, 1986, p. 82).

A partir disso, percebe-se todo o alcance da formulação de Cottet:

É óbvio que não podemos nos contentar com cair com conceitos lacanianos práticas psicoterápicas mediocrizadas que apenas traduzem o horror ao ato analítico. Trata-se de uma nova forma de psicanálise aplicada às atuais manifestações de desagregação do Nome do Pai. (COTTET, apud COELHO, 2005, p.48).

No contexto da prática feita entre vários, “cabe ao psicanalista julgar a pertinência de seu próprio ato e prestar contas dele.” (DI CIACCIA, 2005b, p. 44). Pôde-se perceber que, no NIAB, nenhum de seus profissionais desconhece essa pertinência, bem como estão todos implicados na exigência de prestar contas desse ato, seja na construção do caso clínico, seja nas reuniões clínicas, seja nas supervisões, seja em suas próprias análises.

4 – CONCLUSÃO:

Depois do percurso realizado nessa dissertação, é chegado o momento de concluir. Nessa dissertação, puderam-se formular respostas à questão sobre a inserção do praticante da psicanálise, na instituição hospitalar, contando com a experiência expressa dos profissionais do NIAB, sem que os fundamentos da sua prática sejam dissolvidos.

A partir do que foi abordado nas entrevistas, pôde-se situar a importância de que a psicanálise seja colocada à prova, diante das novas demandas do mundo contemporâneo. Uma forma que os psicanalistas e praticantes da psicanálise vêm adotando atualmente para responder a essas demandas, é a criação de instituições a partir da lógica do discurso analítico.

O problema não é decidir entre um sim e um não para a instituição, mas antes examinar como uma instituição pode responder, de maneira apropriada, à estrutura do inconsciente [...] Uma instituição que deseja estar de acordo com a estrutura do inconsciente deve responder às solicitações da estrutura e favorecer os giros do que Lacan chamou os quatro discursos. (DI CIACCIA, 2005a, p.23).

O NIAB é um exemplo dessa realidade, uma vez que ele se constituiu a partir de uma transferência de todos os seus integrantes com a psicanálise, enquanto uma proposta de trabalho clínico, que permite a abordagem e o tratamento dos sintomas anoréxicos e bulímicos, feitos sempre caso a caso, trabalho esse nomeado por um dos entrevistados como “clínica da oralidade”, em contraponto com a clínica dos transtornos alimentares.

Pôde-se constatar também que, no NIAB, o praticante da psicanálise transita numa zona de tensionamento entre o discurso analítico e os outros discursos, como o discurso do mestre e o discurso universitário, encontrando saídas para o mesmo. A função do referido praticante suscita muitas questões: o tempo de tratamento, o motivo da demanda, a transferência que o sujeito estabelece com a instituição, a urgência subjetiva e o ato analítico que, ao estilo de cada praticante, vão sendo pensados.

Essas questões foram consideradas nas entrevistas, nas quais cada profissional procurou apresentar soluções possíveis para lidar com elas. Apesar das dificuldades relatadas pelos praticantes, todos foram unânimes em afirmar que essas não impossibilitam a realização do trabalho clínico no NIAB. Segundo Lacadée,

[...] é preciso introduzir uma clínica da psicanálise aplicada à prática em instituição, ou seja, aquela que, inventando um enquadre, autoriza a dimensão do

ato. [...] Esse enquadre não é imposto, ele sabe 'dizer que sim' à singularidade de cada um, à sua exceção. (LACADÉE, 2007, p.188, 189).

Se a clínica da psicanálise é uma clínica do real, isso aponta justamente para a dimensão do imprevisível, do inesperado, da surpresa, de modo que o praticante não tem como dizer, *a priori*, que forma tomará o enquadre, em cada caso.

O tempo é uma das variáveis do tratamento que se altera, na prática clínica do NIAB. O tratamento recebe uma delimitação temporal, estabelecida *apriori*, de modo que isso mobilize a função da pressa, tanto no campo do sujeito quanto no campo do praticante. Pode-se dizer que essa limitação do tempo é uma das modalidades do ponto de basta, fundamental na clínica dos novos sintomas.

O trabalho clínico realizado no NIAB se orienta na direção de implicar o sujeito com o seu sintoma, evitando o *furor sanandi* por parte dos praticantes, e combatendo a “preguiça moral” com a qual se compraz o sujeito, quando ele se coloca em um lugar de ser cuidado pelo outro.

A demanda inicial de tratamento (que muitas vezes implica a urgência corporal e o risco iminente de morte), na maior parte das vezes não é formulada pelo sujeito, e sim, por seus familiares. Se a única contra-indicação para a psicanálise é a ausência de demanda, conforme foi falado nas entrevistas, torna-se necessário fazer surgir uma demanda por parte do sujeito, visando a sua implicação no tratamento, através de um trabalho preliminar.

É importante observar que as questões levantadas a partir das situações relatadas nas entrevistas não se aplicam apenas ao NIAB, mas também, de um modo geral, a outras instituições (hospitais, ambulatorios) que também se proponham a trabalhar sob os mesmos princípios, a partir da orientação psicanalítica.

Ainda que a prática entre vários não se constitua enquanto uma aplicação estrita do dispositivo analítico, os praticantes entrevistados atestam que ela só se torna viável e bem diferenciada das práticas interdisciplinares e multidisciplinares, baseadas no campo das especialidades, se estiver sustentada pela ética da psicanálise, que é solidária à singularidade do sintoma e avessa às classificações homogeneizantes e segregativas, tão em voga na atualidade.

Há instituições favoráveis ao ato e à doutrina analíticos. Elas instauram condições apropriadas à prática da psicanálise ao se esforçarem para adaptar seu funcionamento ao um por um exigido pela psicanálise. É o que ocorre com aquelas que se inscrevem na corrente da 'prática entre vários'. Elas não substituem o tratamento analítico, mas aplicam, no espaço de refúgio constituído por elas, os

princípios anti-segregativos e o tratamento ao um por um do gozo, princípios que a psicanálise pura permitiu trazer à luz. (GUÉGUEN, 2007, p.19).

O campo da psicanálise aplicada pode ser bem demarcado na experiência colhida no NIAB, de forma que ela não se confunda com a psicoterapia breve nem com a psicologia hospitalar. Trata-se de uma prática realmente solidária à lógica do não-todo, diferenciando-se de um fenômeno típico da atualidade - a “massificação do domínio da terapêutica” - conforme bem assegura Brousse (2007, p.22).

Se há uma questão que pode ainda ser formulada, tal como o faz Stevens, ou seja, “como passar da psicanálise pura para a psicanálise aplicada sem que isso comprometa a psicanálise?” (STEVENS, 2007, p. 76), os profissionais do NIAB têm muito a ensinar sobre como respondê-la. Eles ensinam que a inserção da prática psicanalítica em sua modalidade aplicada, deve se pautar pelo mesmo rigor e pela mesma ética que a psicanálise pura. O iminente risco de dissolução da psicanálise no campo das especialidades pode ser evitado, desde que se leve em conta a formação do analista, de modo que não se dissolva aquilo que ele próprio propaga. Dentro dessa perspectiva, a análise de formação - a psicanálise pura - se torna condição de possibilidade da psicanálise aplicada.

Se o praticante da psicanálise deve se prestar a cumprir uma função terapêutica, respondendo ao que a instituição precisa, deve fazê-lo sem jamais se esquecer o que a ética da sua ação implica: tomar o dizer do sujeito sobre o seu sintoma como a referência para a construção do caso clínico, cujo traçado lhe indicará o lugar a ser ocupado diante desse sujeito.

Conforme abordado nessa dissertação, a clínica psicanalítica praticada no NIAB fundamenta-se sobre a construção do caso clínico, no qual a estratégia de ação está subordinada ao saber elaborado pelo sujeito. Por isso, Laurent (2003) pôde dizer que no trabalho institucional o psicanalista encontra-se numa posição socrática, sem o saber.

O psicanalista sem o saber foi situado como um dos marcos fundamentais propostos por Brousse (2007), que permitem abordar a psicanálise aplicada em sua positividade. Os assim chamados pontos de ancoragem são: o A barrado (A/ - o Outro não existe ou só existe em ficção, semblante), o SsS (o sujeito suposto saber, a transferência) e o S barrado (\$ - sujeito do inconsciente enquanto saber textual e não referencial).

A partir destes marcos, pode-se pensar que, se o sujeito se endereça, inicialmente, a uma instituição médica (o Hospital das Clínicas), a prática entre vários pode contribuir para descompletar, barrar essa figura do grande Outro do saber, ocupada pela instituição.

Procedendo dessa forma, torna-se possível a desmedicalização da demanda, de modo que ela se torne tratável pela psicanálise.

É interessante observar o modo como os referenciais mencionados se articulam, apontando para uma nova modalidade de saber. Em vez do saber referencial sobre o sujeito ou sua patologia (sintoma codificado pelo saber dos especialistas), os referenciais da psicanálise aplicada, tal como as entrevistas indicam, apontam para um saber textual advindo do sujeito, que vem a descompletar e desorganizar o saber dos especialistas na instituição. A consequência disso é a dessuposição²⁹ de saber no campo das especialidades, bem como uma dissolução das entidades nosológicas concebidas a partir da classificação universalizante dos manuais DSM-IV (1995) e CID-10 (1993).

A implicação de tal prática é justamente interrogar o saber dos mestres e especialistas, apontando para aquilo que escapa do domínio das especialidades, a saber, o modo de gozo do sujeito, que só pode ser abordado caso a caso. A lógica do não-todo aponta, portanto, para a desespecialização³⁰, que acarreta a queda das identificações coletivizantes. Essa queda acontece no registro do ser, seja no campo do sujeito ('sou anoréxica', ou 'sou bulímica') seja no campo dos praticantes ('sou médico' ou 'sou psicanalista'). Nesse ponto, fica claro que há uma diferença entre a função desempenhada pelo praticante na psicanálise aplicada e aquela desempenhada pelo psicanalista na psicanálise pura. A esse propósito, é importante lembrar também que nem todos os profissionais inscritos no NIAB se autorizam enquanto psicanalistas.

Para Laurent (2003), o texto de regras da instituição é interrogado pelo sintoma, que constitui o significante mestre que deve agenciar a escuta clínica do praticante de psicanálise. Sendo assim, as regras e a burocracia da instituição são subvertidas, não pelo psicanalista ou praticante, mas sim pelo sintoma. Os sintomas anoréxicos e bulímicos introduzem, no interior da instituição, uma desorganização do saber dos mestres, assim como das classificações construídas a partir dele. O fato de que esses sintomas não sejam interpretáveis aponta que, mesmo o psicanalista, deve se abster de situar-se enquanto um especialista em psicanálise. Certamente, isso não implica em que ele se torne um elemento genérico, que sirva para qualquer coisa. Como bem mostraram os praticantes trabalhadores do NIAB, definir o lugar do praticante da psicanálise diante do sintoma é crucial para que a prática analítica mantenha

²⁹ Esse termo não é encontrado em dicionário, mas já foi incorporado à literatura psicanalítica.

³⁰ Esse termo não é encontrado em dicionário, mas já foi incorporado à literatura psicanalítica. Segundo Stevens a desespecialização é um princípio de base para a psicanálise aplicada, porque ela acompanha os processos de desidentificação. Stevens coloca que o psicanalista na instituição não é um especialista em psicanálise, mas um "desespecializado", uma vez que ele subverte o saber dominante na instituição.

sua integridade ética. Ela não deve estar subordinada a nenhum discurso de mestria de índole beneficente ou totalizante.

Considerar a “desierarquização do saber prévio” (ZENONI, 2000, p.19) como condição da prática entre vários não desobriga o praticante da psicanálise em se haver com a formalização do que é construído em termos de saber, a partir do caso clínico. No NIAB, a validade desse saber pode ser atestada, a partir da constatação de que ele é passível de formalização e transmissão (termo tomado aqui em seu sentido lato). Essa questão tem especial pertinência no Hospital das Clínicas, considerando que ele se constitui também enquanto um hospital universitário.

Conforme foi abordado ao longo dessa dissertação, na psicanálise aplicada, é a dimensão terapêutica a que deve ser priorizada. Mas, sob outro ponto de vista, a formação do analista é tão importante para a psicanálise aplicada quanto o fator terapêutico. Afinal, nada além da análise do analista pode oferecer a sustentação necessária para que ele esteja à altura do seu ato. A oposição entre psicanálise pura e aplicada desemboca, na segunda clínica de Lacan, na perspectiva do *sinthoma* e do ato analítico, a partir dos quais o analista se autoriza. Somente a partir desta perspectiva é possível considerar o fim de uma análise e a formação ou, melhor dizendo, a produção de um analista.

Se a psicanálise não é uma terapêutica como as demais, possuindo uma especificidade que a distingue das psicoterapias, é pertinente marcar, junto com Tarrab, que

Não se trata de propor que a psicanálise é uma terapêutica – já que isto está fora de dúvida – nem que não é [uma terapêutica] como as outras, o que é evidente; Trata-se de verificar que o próprio da psicanálise é uma operação sobre o incurável. (TARRAB, 2005, p.110, tradução nossa ³¹).

A operação sobre o incurável, mencionada pelo autor, coloca em questão o tratamento do real enquanto impossível, o que não é ignorado pelos praticantes do NIAB. Na perspectiva dos novos sintomas, destacada em muitas entrevistas, o sintoma pode ser situado enquanto esse incurável, uma vez que a partir da segunda clínica de Lacan, ele se constitui como um modo de funcionamento implicado em uma necessidade de estrutura, seja ela neurótica ou psicótica.

A vertente do ato analítico é aquela que aponta para a impossibilidade da relação sexual, da cópula significativa e do sentido derradeiro do ser; ela estabelece um ponto de

³¹ “No se trata de plantear que el psicoanálisis es una terapêutica – ya que eso está fuera de duda – ni que no es como las otras – lo que es evidente –; sino que se trata de verificar que lo propio del psicoanálisis es la operación sobre lo incurable”.

basta, uma finitude para o deciframento e para a interpretação, que, de outra forma, não teriam um fim, jamais, uma vez que o inconsciente é um trabalhador incansável, que segue a via do deslizamento metonímico infinito, interminável e incessante:

Se o sintoma tem o modo lógico do que não cessa, o ato tem o modo lógico do que cessa de não se escrever. O ato depende inteiramente da contingência, nada o faz necessário, nada o torna impossível. (BRODSKY, 2004, p. 35).

Tanto o *sinthoma* quanto o ato analítico instauram uma nova perspectiva para a psicanálise na atualidade, na qual as distinções entre psicanálise pura e aplicada se desvanecem. Ambos os termos citados apontam para um fim, para um ponto de amarração (ponto de basta), que é sempre contingente. Para o praticante da psicanálise trata-se de apostar nessa contingência, que poderá ou não acontecer.

Talvez essa seja a única forma do referido praticante apostar na possibilidade de “fazer o paciente se esquecer que se tratam apenas de palavras” (LACAN, 1998d, p.592), mas com a condição de que, ele próprio, jamais o esqueça. Os praticantes do NIAB ensinaram que esta condição é possível, e que o trabalho clínico no Hospital Geral, segundo os princípios da psicanálise, se tornou hoje uma realidade.

5 – BIBLIOGRAFIA

ALBERTI, Sônia. “Psicanálise, a última flor da medicina – a clínica dos discursos no hospital”. In: ELIA, Luciano e ALBERTI, Sônia. (orgs.). **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000, p.37-56.

ALBERTI, Sônia; DE ALMEIDA, Consuelo Pereira. Relatos sobre o nascimento de uma prática: psicanálise em hospital geral. In: ALTOÉ, Sônia; DE LIMA, Márcia Mello (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 55-71.

ALBERTI, Sônia; *et al* “A demanda do sujeito no hospital”, **Cadernos de Psicologia**. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia – UERJ, série clínica, n. 1, 1994, p. 25.

ANGERAMI, Valdemar Augusto. **O doente, a psicologia e o hospital**. Ed. Enio Matheus Guazelli & CIA. LTDA. São Paulo, 1994.

ANGUERA, M.T. (2003). **Metodología básica de observación en fútbol**. In T. Ardá (Coord.), *Metodología de la enseñanza del fútbol*. Barcelona: Paidotribo, p.303-324.

BAÊTA, Maria de Lourdes. A psicanálise no Hospital Geral. In: **Vorstellung**, [S.e.; S.n]

BAÊTA, Maria de Lourdes. A transferência no Hospital Geral – Uma questão polêmica. In: **Reverso**, [S.e.: S.n]

BARROS, Romildo Rego. Sem Standart, mas não sem princípios. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise/Editora Contracapa, 2003, p.38-48.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BASSOLS, Miquel. Psicoanálisis e institución. In: **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del Instituto del Campo Freudiano en España**, Bilbao, n. 27, jan.2003, p.51- 56.

BRODSKY, Graciela. A solução do sintoma. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003, p.19–32.

BRODSKY, Graciela. **Short Story**: os princípios do ato analítico. Rio de Janeiro; Editora Contracapa, 2004.

BROUSSE, Marie-Hélène. 4 menos 1. In: **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del Instituto del Campo Freudiano en España**, Bilbao, n. 27, jan.2003, p.37-40.

BROUSSE, Marie-Hélène. Três pontos de ancoragem. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p. 22-26.

CID-10 - Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento. Editora Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.

CLAVREUL, Jean. **A ordem médica; poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1978.

COELHO, Tânia. In: BEIVIDAS, Waldir (Org.). **Psicanálise, pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro, Editora Contracapa, 2002, p.71 – 84.

COELHO, Tânia (Org.). **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro, Editora Contracapa, 2005.

COTTET, Serge. In COELHO, Tânia (Org.). **Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada**. Rio de Janeiro, Editora Contracapa, 2005, p.11 – 41.

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. **Sexo e discurso em Freud e Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. In: RINALDI, Doris; COUTINHO JORGE, Marco Antônio (Orgs.). **Saber, verdade e gozo**: leituras do seminário, livro XVII, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002, p.17 – 33.

COUTINHO JORGE, Marco Antônio. In: ALBERTI, Sonia, FIGUEIREDO, Ana Cristina Orgs. **Psicanálise e saúde mental; uma aposta**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2006, p.135.

DI CIACCIA, Antonio. Inventar a psicanálise na instituição. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, p.33-38, 2003.

DI CIACCIA, Antonio. A criança e a instituição In: ALTOÉ, Sônia; DE LIMA, Márcia Mello (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005a, p. 19-25.

DI CIACCIA, Antonio. A prática entre vários. In: ALTOÉ, Sônia; DE LIMA, Márcia Mello (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005b, p. 34-55.

DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Ed. Artmed, 4ª edição, Porto Alegre 1995.

ELIA, Luciano. In: ALBERTI, Sonia, FIGUEIREDO, Ana Cristina Orgs. **Psicanálise e saúde mental; uma aposta**. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2006, p.53.

FERRARI, Ilka Franco. **Urgencia Psiquiátrica**: el practicante del psicoanálisis y el ingreso del sujeto. 2001. 418 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Barcelona.

FERRARI, Ilka Franco. A psicanálise no mundo da ciência. In: **Psicologia em revista**. Belo Horizonte, v.08, nº11, junho de 2002, 82-91.

FERRARI, Ilka Franco. Trauma e segregação. In: **Latusa** – A política do medo e o dizer do analista. EBP- Rio de Janeiro, v.09, 2004, p.149-160.

FERRARI, Ilka Franco. O encontro entre psicanálise e instituição. **Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Galba Velloso - FHEMIG - FALA GALBA**, ano 2, número 2, 2005, p. 66-69.

FERRARI, Ilka Franco. Anorexia: forma de dizer que o desejo é o motor da vida. In: **Pulsional: Revista de psicanálise**. Ano XVII, n.177, março/2004, p.102-110. Disponível em www.pulsional.com.br/rev/177/9.pdf, acessado em abril de 2007.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**; A clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. VIEIRA, Marcos André. In: BEIVIDAS, Waldir (Org.). **Psicanálise, pesquisa e universidade**. Rio de Janeiro, Editora Contracapa, 2002, p.13 – 32.

FIORINNI, Hector. **Teoria e Técnica de Psicoterapias**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1991.

FORBES, Jorge (Org.). **A escola de Lacan**: A formação do psicanalista e a transmissão da psicanálise. São Paulo, Editora Papirus, 1992.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da clínica**. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária, 2003.

FREUD, S. Psicanálise Silvestre (1910). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 11, p. 207 – 213.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1911-1913). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, v. 12, p. 149 – 159.

FREUD, S. Recordar, repetir, e elaborar (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 12, p. 193-203.

FREUD, S. História do movimento psicanalítico (1914). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 14, p. 13-82.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre a psicanálise (1916-1917). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. 16 .

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia analítica (1917-1919). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 17, p. 171 – 181.

FREUD, S. Psicologia de grupos e análise do ego (1920-1922). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 18, p.89 - 179.

FREUD, S. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise (1932-1936). In: FREUD, Sigmund. **Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987, v. 22, p. 135 – 177.

GARCIA, Célio. **Psicanálise, política, lógica**. São Paulo, Editora Escuta, 1995.

GARCIA, Célio. **Psicanálise, psicologia, psiquiatria e saúde mental – Interfaces**. Belo Horizonte; Ophicina de Arte & Prosa, 2002.

GARCIA, Célio (Org.). **Conferências de Alain Badiou no Brasil**. Belo Horizonte, Editora Autêntica, 1999.

GARCIA, Germán. **Política do sintoma**. São Paulo, Hacker Editores, 1997.

GILLIÈRON, Edmond. **Psicoterapia breve**. São Paulo, Jorge Zahar Editores, 1986.

GODOY, C. La psicopatologia: de la psiquiatria al psicoanálisis. In: **Psicoanálisis y psiquiatria: encuentros e desencuentros**. Buenos Aires: Berggasse 1, Ediciones, 2003, p.68.

GUÉGUEN, Pierre-Gilles. Quatro pontuações sobre a psicanálise. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p.17-26.

KERN DE CASTRO, Elisa; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde X Psicologia hospitalar. In: **Psicologia Ciência e Profissão**, 2004, 24 (3), p.48-57. Disponível em: scielo.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf Acessado em agosto de 2006.

LACADÉE, Philippe. A psicanálise implicada em um centro para adolescentes. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p.188-194.

LACAN, Jacques. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a, p. 197- 214.

LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b, p.238 – 324.

LACAN, Jacques. Variantes do tratamento-padrão. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c, p.325 – 364.

LACAN, Jacques. A direção de tratamento e os princípios de seu poder. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d, p.591-652.

LACAN, Jacques. Juventude de Gide ou a letra e o desejo. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998e, p.749-775.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1969-70), livro XX. Mais, ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1959-60), livro VII. A ética da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988a.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1964), livro XI. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988b.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1967-68), livro XV. O ato analítico.** Seminário inédito. [S.e.; S.n.]

LACAN, Jacques. **O Seminário (1969-70), livro XVII. O avesso da psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1956-57), livro IV. A relação de objeto.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1976-77), livro XXIV. L'insu que sait de l'une bève s'aile à mourre.** Seminário inédito. [S.n.] Lição 01, do dia 16 de novembro de 1976. Edição e tradução para o português: heReSIa.

LACAN, Jacques. **O Seminário (1975-76), livro XXIII. O sinthoma.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LACAN, Jacques. Ato de fundação. In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003a, p.235-264.

LACAN, Jacques. Alocução sobre as psicoses da criança. In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b, p.359-368.

LACAN, Jacques. **Televisão.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993, p.235-264.

LAIA, Sérgio. A prática analítica nas instituições. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise.** Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, p.69-82, 2003.

LAURENT, Eric. **Psicoanálisis y salud mental.** Buenos Aires, Editorial Tres Haches, 2000.

LAURENT, Eric. Acto e institución. In: **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del instituto del Campo Freudiano en España,** Bilbao, nº 27, jan. 2003, p. 46-50.

LAURENT, Eric. O analista cidadão. In: **Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise,** nº 13, set 1999, p. 13.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do saber: Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas.** Belo Horizonte: UFMG, 1999.

MARRON, Glória. **Prática institucional: um desejo decidido.** In: *Opção Lacaniana,* nº 37, set. 2003, p. 83-87.

MATET, Jean-Daniel, MILLER, Judith. Apresentação. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, P.1-8.

MIJOLLA, Alain. **Dicionário Internacional de Psicanálise**. Rio de Janeiro, Ed. Imago, 2005.

MILLER, Jacques-Alain. As contra-indicações ao tratamento analítico. **Opção Lacaniana**. São Paulo: Edições Eolia, nº 25, 1999, p.52-55.

MILLER, Jacques-Alain. O lugar e o laço. In: **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del instituto del Campo Freudiano en España**, Bilbao, nº 25. 15 de nov. 2000.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia**, 2001. Acessado em junho de 2005. Disponível em:
http://www.ilimit.com/cdcelp/freudiana/J.A_Miller_1.PDF

MILLER, Jacques-Alain. **Cartas à la opinión ilustrada**. Buenos Aires, Paidós, 2002.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicanálise e psicoterapia**. [S.e.; S.n.]

MILLER, Jacques-Alain. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica**. Buenos Aires, Paidós, 2004.

MILLER, Jacques-Alain. **La naturaleza de los semblantes**. Buenos Aires, Paidós, 2005a.

MILLER, Jacques-Alain. **El Otro que no existe y sus comités de ética**. Buenos Aires, Paidós, 2005b.

MILLER, Jacques-Alain; *et al.* **Efectos terapéuticos rápidos** – Conversaciones Clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona. Buenos Aires, Paidós, 2006.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital ?** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2005.

MOURA, Marisa Decat. **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

NAVEAU, Pierre. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. In: **Pertinências da psicanálise aplicada**: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p. 9-16.

NUNES, Omir. Ciência nômade e filosofia. In: Noosfera. Ano 8 - No.29 / Out-Nov-Dez de 2006
www.eca.usp.br/nucleos/njr/espisal/noosfera29a.htm, acessado em abril de 2007.

PALOMERA, Vicente. La deducción del psicoanálisis aplicado desde los principios mismos del psicoanálisis. In **Virtualia Online**. Acessado em 30/08/2005. Disponível em <http://www.eol.org.ar/virtualia/013/default.asp?notas/palomera.html>

PEREÑA, Francisco. Psicoanálisis y democracia: elogio del desacuerdo. In: **Imaginario y Lógica Colectiva: Publicación Anual de Estudios Psicoanalíticos** (EOLIA). Madrid, 1996, p. 57-63.

PINTO, Jeferson Machado. **A instituição acadêmica e a legitimação da vocação científica da psicanálise**. Psicol. Reflex. Crit. [online]. 1999, vol. 12, no. 3 [acesso 2007-05-08]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279721999000300009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7972.

POMMIER, Gérard. **Freud apolítico?** São Paulo, Artes Médicas, 1989.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-Reitoria de Graduação. Sistema de Bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização**: normas da ABNT para apresentação de trabalhos científicos, teses, dissertações e monografias. Belo Horizonte, 2004. Disponível em http://www.pucminas.br/biblioteca/normalizacao_monografias.pdf

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

QUINET, Antônio. **A descoberta do inconsciente – do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

RINALDI, Doris. O desejo do psicanalista no campo da saúde mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em Hospital Universitário. In: RINALDI, Doris; COUTINHO JORGE, Marco Antônio (Orgs.). **Saber, verdade e gozo**: leituras do seminário, livro XVII, de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos, 2002, p.53 – 71.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. Editora Casa do Psicólogo, São Paulo, 1999.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Revista Catharsis**. Ponto de Vista. Psicologia no Instituto do Coração de São Paulo. Disponível em: <http://www.revistapsicologia.com.br>. Acesso em 07/10/2005.

ROSA, Miriam Debieux. **A psicanálise e as instituições**: um enlace ético-político. In *Proceedings of the 5. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP*, 2006 [online]. Acessado em 06 de Maio de 2007. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032006000100045&lng=en&nrm=iso>.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Porque a psicanálise?** Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 2000.

ROUDINESCO, Elizabeth. **O paciente, o terapeuta e o estado**. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 2005.

SANTIAGO, Ana Lydia. O que a psicanálise aplicada ao tratamento da angústia nas crianças ensina à psicanálise pura. In: **Virtualia. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)** Junio - Julio 2005 - Año IV - Número 13. Disponível em: www.eol.org.ar/virtualia/013/pdf/santiago-pt.pdf, acessado em agosto de 2005.

SILVESTRE, Michel. **Amanhã, a psicanálise**. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar, 1991.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar; o mapa da doença**. Editora Casa do Psicólogo, São Paulo, 2006.

SOLER, Colette. **La querella de los diagnósticos** – Curso 2003-2004. Espanha: Montserrat Pera, 2005.

STEVENS, Alexandre. O Courtil: uma escolha. In: ALTOÉ, Sônia; DE LIMA, Márcia Mello (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p.25-34.

STEVENS, Alexandre. A instituição: prática do ato. In: **Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2007, p. 76-85.

TARRAB, Mauricio. **En las huellas del síntoma**. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2005.

TIZIO, Hebe. Sobre las instituciones. In: **La educación en tiempos de incertidumbre**. Ed. Gedisa, Barcelona, 2002, p. 195-212.

TIZIO, Hebe. Efectos de formación. In: **Virtualia Online**. Acessado em 30/08/2005. Disponível em: http://www.eol.org.ar/virtualia/006/default.asp?x_tapa.html

TOREZAN, Zeila C. Facci. **Escuta analítica no Hospital Geral: Implicações com o desejo do analista**. 2001. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia e Sociedade) – Universidade Estadual Paulista.

VEGH, Isidoro. **Os discursos e a cura**. Rio de Janeiro, Ed. Companhia de Freud, 2001.

VIGANNÒ, Carlo. A Construção do caso clínico. In: **Curinga – EPB-MG**, nº13, Belo Horizonte, nº13, setembro 2000, p. 50-59.

ZENONI, Alfredo. Que instituição para o sujeito psicótico? **Abrecampos**. Belo Horizonte, ano 1, nº 0, 2000, p.12-31.

ANEXO A - Perguntas feitas aos entrevistados

1)- Como foi que você iniciou o seu trabalho no Hospital das Clínicas da UFMG?

Você é contratado ou voluntário?

2)- Como é estruturado o serviço de psicanálise neste hospital?

3)- Como é o seu trabalho enquanto psicanalista no Hospital das Clínicas da UFMG?

4)- Quais são as maiores dificuldades do psicanalista inserido na instituição hospitalar?

5)- Como se dá a inserção do psicanalista no Hospital Geral, instituição esta pautada pela hegemonia do discurso médico, sem ter sua prática dissolvida nos laços sociais, necessários à mesma?

6)- Como o psicanalista consegue “esquecer” o texto das regras da instituição, para se voltar para o sujeito que desorganiza essas regras, considerando que o Hospital Geral estrutura a sua função social em torno da urgência médica e da eficácia terapêutica? (Lidar com o inesperado da clínica (clínica do real), esquecendo o texto de regras).

7)- De que maneira você entende a função do seu trabalho, a partir da afirmação de Brodsky, que diz que “...um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, a função não é a mesma”. (BRODSKY, 2003, p.25)

8)- É possível pensar o ato analítico num contexto institucional? Como considerá-lo no Hospital Geral?



ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Belo Horizonte, 11/11/2005

Prezado Sr. Roberto Assis Ferreira

Coordenador do NIAB do Setor de Saúde do Adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG

Desenvolvi um projeto de pesquisa no Curso de Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, cujo tema é “A Psicanálise aplicada e o Hospital Geral”.

Nesta pesquisa, pretendo estudar, através dos dados obtidos em entrevistas com psicanalistas, a psicanálise que é praticada no Hospital das Clínicas. Considerando que, na instituição hospitalar, a função do psicanalista não é a mesma que ele desempenha em sua clínica particular, o objetivo da pesquisa consiste em abordar a psicanálise que se pratica no Hospital Geral, e como ela pode se inserir na instituição, sem dissolver-se nos outros discursos que aí se inscrevem.

Desta forma, conforme contato que mantivemos anteriormente, agora peço-lhe a autorização formal para realizar as entrevistas. Certo de que o senhor é conhecedor da importância deste trabalho para a academia, assim como para a comunidade psicanalítica interessada no tema, solicito-lhe sua atenção e presteza na resposta. Isto porque o projeto ainda deverá ser submetido ao Comitê de Ética da PUC Minas, antes de sua operacionalização. Para enviar o referido projeto ao Comitê, no entanto, preciso ter a autorização da instituição onde será desenvolvida a pesquisa.

Atenciosamente,

Alexandre Dutra Gomes Cruz

Roberto Assis Ferreira

Coordenador do NIAB do setor de saúde do adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG

Belo Horizonte, ____/11/2005

Prezado Sr. Alexandre Dutra Gomes Cruz
Mestrando da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Em resposta ao ofício de V.S. , venho autorizar a realização das entrevistas com os psicanalistas do Hospital das Clínicas da UFMG. Esta autorização decorre da relevância do seu projeto de dissertação. No entanto, é bom frisar que as entrevistas com os profissionais só poderão ser realizadas após o consentimento dos mesmos.

Coloco-me à sua disposição, no que for necessário, para que sua pesquisa seja realizada no referido hospital.

Atenciosamente,

Roberto Assis Ferreira

Coordenador do NIAB do setor de saúde do adolescente do Hospital das Clínicas da UFMG

ANEXO C – Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2006.

De: Prof. Heloísio de Rezende Leite
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Para: Alexandre Dutra Gomes Cruz
Curso de Psicologia

Prezado(a) pesquisador(a),

O Projeto de Pesquisa CAAE 0249.0.213.000-05 “*A psicanálise aplicada no Hospital Geral*” foi **aprovado** no Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas.

Atenciosamente,

Heloísio de Rezende Leite
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – PUC Minas

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

N.º de Registro CEP: 0249.0.213.000-05

Título do Projeto: A psicanálise aplicada e o Hospital Geral

Introdução

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “ A psicanálise aplicada e o Hospital Geral”, devido a sua experiência com a prática psicanalítica no Hospital das Clínicas da UFMG, em Belo Horizonte. Sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, entretanto, não é obrigatória. A participação neste estudo é voluntária e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isto lhe cause algum dano ou prejuízo.

Objetivo

O objetivo geral desta pesquisa é estudar, a partir dos dados obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, como a psicanálise, que se pratica no Hospital Geral, pode se inserir na instituição sem se dissolver nos outros discursos que aí circulam. Estudar-se-á, ainda, qual é a função do psicanalista nesta instituição, considerando a afirmação da psicanalista Graciela Brodsky: “...um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, a função não é a mesma”. (BRODSKY, 2003, p.25)

Procedimentos do Estudo

Aos profissionais que participarão da pesquisa será solicitada uma entrevista, nos moldes de entrevista semi-estruturada, gravada e, posteriormente, transcrita. A entrevista estará centrada nos objetivos já descritos e terá a média de duração de sessenta minutos. O material coletado será analisado e estudado, à luz da técnica de análise de conteúdo e da teoria psicanalítica de orientação lacaniana, objetivando a escrita final da dissertação, a ser apresentada à banca examinadora do Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Caráter Confidencial dos Registros

Algumas informações obtidas, a partir de sua participação neste estudo, não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Os profissionais do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, onde o estudo está sendo realizado, poderão ter acesso aos seus registros. Entretanto, você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja qual for o propósito de seu uso. Os registros gravados ficarão sob a responsabilidade do pesquisador; serão utilizados apenas para as finalidades da pesquisa, e destruídos posteriormente.

Participação, riscos e benefícios

Sua participação, nesta pesquisa, consistirá em responder algumas perguntas sobre sua prática profissional no Hospital das Clínicas da UFMG, em entrevista semi-estruturada, conforme já se mencionou. Acredita-se que a entrevista não lhe causará nenhum constrangimento maior, mas, caso lhe cause algum desconforto, você é livre para interromper a entrevista. Você tem, também, a liberdade de solicitar que suas informações não sejam utilizadas, caso chegue a esta conclusão, ao final da entrevista. A participação na pesquisa é gratuita, e o conhecimento que você adquirir a partir da sua participação nela poderá beneficiá-lo indiretamente, com informações e orientações futuras em relação ao seu trabalho. Você estará também contribuindo para a elucidação e divulgação deste trabalho.

Para obter informações adicionais

Uma cópia deste Termo de Consentimento ficará com você e nela segue o telefone do pesquisador e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC Minas, cujo Coordenador é o Prof. Heloísio de Resende Leite. Você poderá esclarecer alguma dúvida que ainda venha a ter, sobre o projeto ou sobre sua participação, a qualquer momento que se faça necessário.

Pesquisador responsável

Alexandre Dutra Gomes Cruz – telefones: 3337-1431 / 9108- 4509

E-mail: alexgomesacruz@terra.com.br

alexgomesacruz@aol.com

Coordenador do Comitê de Ética da PUC Minas

Heloísio de Resende Leite – telefone: 3319- 4517

E-mail: cep.propppg@pucminas.br

Declaração de consentimento

Li as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos de estudo a serem utilizados, as inconveniências, riscos e benefícios que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.

Confirmo também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo.

Nome do participante (em letra de forma) _____

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/2006

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____/____/2006