

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

Mariana Andrade de Melo

**O MANEJO DA PSICANÁLISE NO ATENDIMENTO A
PACIENTES VÍTIMAS DE LESÕES CEREBRAIS**

Belo Horizonte

2018

Mariana Andrade de Melo

**O MANEJO DA PSICANÁLISE NO ATENDIMENTO A
PACIENTES VÍTIMAS DE LESÕES CEREBRAIS**

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

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Belo Horizonte

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

| | |
|-------|---|
| M528m | Melo, Mariana Andrade de O manejo da psicanálise no atendimento a pacientes vítimas de lesões cerebrais / Mariana Andrade de Melo. Belo Horizonte, 2018. 167 f. : il. |
| | Orientador: Luis Flávio Silva Couto Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia |
| | 1. Psicanálise. 2. Lesão cerebral. 3. Tempo - Aspectos psicológicos. 4. Escuta (Psicologia). 5. Psicologia hospitalar. 6. Subjetividade. I. Couto, Luis Flávio Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título. |
| | SIB PUC MINAS |
| | CDU: 159.964.2 |

Ficha catalográfica elaborada por Roziane do Amparo Araújo Michielini – CRB 6/2563

Mariana Andrade de Melo

**O MANEJO DA PSICANÁLISE NO ATENDIMENTO A
PACIENTES VÍTIMAS DE LESÕES CEREBRAIS**

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

Área de Concentração: Processos de Subjetivação

Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto – PUC Minas (Orientador)

Prof^ª. Dr.^a. Cristina Moreira Marcos – PUC Minas (Banca Examinadora)

Prof. Dr. Oswaldo França Neto – UFMG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2018.

Dedico a minha filha Manuela, que, embora ainda não tenha conhecimento da dimensão desse feito, me motivou com seu amor e iluminou de maneira especial os meus pensamentos.

AGRADECIMENTOS

Para além destas palavras, espero encontrar melhor forma e melhor momento para dizer o quanto estou agradecida e o quanto sinto que, a todos, devo um pouquinho deste trabalho. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos àqueles que me aconselharam, motivaram, orientaram, reforçaram, ouviram e colaboraram para a realização deste estudo.

Ao Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto, orientador desta dissertação, agradeço o compromisso assumido, a confiança, os níveis de exigência dos desafios que me lançou, e os suportes que disponibilizou. Agradeço ainda a análise crítica e rigorosa de cada capítulo, as sugestões, os esclarecimentos e os comentários sempre oportunos, e que espero ter sabido aproveitar. Sou grata, sobretudo, pela confiança e pelo incentivo que guiou essa produção, tornando o caminho possível.

À Prof^{ra}. Dr^a. Cristina Moreira Marcos e ao Prof. Dr. Oswaldo França Neto, as preciosas sugestões conceituais e metodológicas à pesquisa no exame de qualificação. Além disso, agradeço a presença ímpar na banca examinadora, a disponibilidade, o interesse, a dedicação à leitura, as contribuições teóricas e participação.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC Minas, que de modos distintos, tiveram papéis importantes na minha formação, pelo aprendizado que obtive em suas disciplinas, pelo estímulo e empenho.

Aos meus colegas do Mestrado, agradeço toda a colaboração que prestaram, dividindo comigo ideias, fomentando discussões, compartilhando dúvidas, sempre interessados em minhas questões, a amizade e o companheirismo que contribuíram efetivamente para esta realização.

À FHEMIG, a oportunidade de me capacitar, acreditar no meu trabalho e fornecer o suporte necessário para que esta pesquisa fosse possível.

À FAPEMIG, a credibilidade confiada a mim, o amparo e a contribuição por meio dos recursos financeiros que viabilizaram este estudo.

Ao Hospital João XXIII, cenário ao qual eu dedico meu ofício, de coração, e aos pacientes que dirigem e confiam a mim suas palavras.

E, especialmente, agradeço aos meus pais por todo incentivo, dedicação e carinho. Por compreenderem com afeto e paciência as minhas dificuldades, e por terem sido o apoio fundamental para conseguir levar esta tarefa até o fim.

*“Ponham algo de si na psicanálise, não se identifiquem comigo.
Tenham seu estilo próprio, pois eu tenho o meu.”*

(Quinet, 2009, p. 180. – uma interpretação desse autor à celebre frase de Lacan (1974/1993, p. 5): “Façam como eu, não me imitem”.)

RESUMO

Nesta dissertação, propomos uma investigação teórico-clínica sobre o manejo da psicanálise no atendimento a pacientes vítimas de lesões cerebrais. A experiência clínica da pesquisadora no atendimento a pessoas que vivenciaram esse tipo de situação foi o principal motivo para a escolha do tema desta dissertação. Procuramos destacar as implicações do adoecimento, seu caráter imprevisível, as singulares manifestações traumáticas que comprometem a continuidade temporal, a consciência de si e do próprio corpo. Os personagens que compõem este estudo são indivíduos com comprometimentos cerebrais produzidos por traumas ou causas clínicas, internados no ambulatório de neurologia do Hospital João XXIII, em Belo Horizonte. O atendimento a esses pacientes não pode ser reduzido somente aos aspectos relacionados à lesão, pois, além das perdas cognitivas, a situação abrange uma experiência subjetiva transformadora. A perspectiva psicanalítica promove a expressão do acontecimento psíquico na história singular e a ressignificação da identidade, destacando as relações entre a experiência inconsciente e o adoecimento. Procuramos evidenciar nesta dissertação, qual o percurso e a forma de conduta da psicanálise no atendimento aos pacientes pesquisados. Para ilustrar e fundamentar a pesquisa, discorremos sobre alguns conceitos importantes em psicanálise, tais como, escuta, prática standard, psicanálise aplicada, acolhimento, direção do tratamento em Freud e Lacan, interpretação, construções em análise, transferência (transferização), entre outros. Nesse caminho, situamos o conceito de “trauma”, investigando o modo como as figuras do trauma psíquico se inscrevem no indivíduo para além do trauma físico. Demos ênfase, principalmente, ao termo “urgência”, isso pelo fato de o referido hospital ser um Pronto-Socorro. Apontamos a diferença do tema urgência no discurso médico e no psicanalítico. O que está em jogo na urgência médica? Trata-se do corpo biológico, no qual a crise que origina a urgência pode ser definida como uma ruptura aguda do equilíbrio e da integridade física do organismo. Na perspectiva psicanalítica, o que está em questão é a urgência do sujeito, é a urgência subjetiva. Esse olhar propõe a crise como uma ruptura aguda da cadeia significante. Aqui, algo do dizer não se articula, e o que se articula é um “furo”, um vazio impossível de se situar no registro da palavra, podendo apenas ser. Percebemos um sentido peculiar na experiência subjetiva do tempo. Para desenvolver esse conceito, utilizamos a formulação lacaniana do tempo lógico, na qual o tempo se revela uma dimensão interessante no manejo da subjetividade. Diante desse cenário, foi oportuno discutir ainda a temática dos efeitos terapêuticos rápidos em psicanálise como um método de atendimento. A hipótese clínica sedimentada nesse preceito é a de que a experiência analítica se processa na

forma de “ciclos”, pontos que fecham um ciclo da análise e produzem efeitos terapêuticos por permitirem que o sujeito encontre um novo referencial. Evidenciamos com este estudo, as contribuições que o manejo psicanalítico pode trazer para a abordagem dos casos referidos, na medida em que a forma de conduta dessa teoria inclui o impacto dos déficits cognitivos na economia psíquica do sujeito. Dessa maneira, inferimos que à psicanálise cabe dar ouvidos à singularidade das experiências vividas pelo sujeito e atenção às marcas percebidas no corpo.

Palavras-Chave: Psicanálise. Lesão cerebral. Tempo lógico. Efeitos terapêuticos rápidos. Urgência subjetiva.

ABSTRACT

In this dissertation, we propose a theoretical-clinical investigation on the management of psychoanalysis in the care of patients with brain lesions. The researcher's clinical experience in attending to people who experienced this type of situation was the main reason for choosing the theme of this dissertation. We seek to highlight the implications of illness, its unpredictable nature, the unique traumatic manifestations that compromise temporal continuity, self-awareness and the body itself. The characters that make up this study are individuals with brain impairment produced by traumas or clinical causes admitted to the neurology ambulatory of the Hospital João XXIII in Belo Horizonte. The care to these patients can not be reduced only to the aspects related to the injury, because, in addition to the cognitive losses, the situation covers a transforming subjective experience. The psychoanalytic perspective promotes the expression of the psychic event in the singular history and the resignification of the identity, highlighting the relations between the unconscious experience and the illness. We try to show in this dissertation, the way and the form of conduct of the psychoanalysis in the care of the patients studied. To illustrate and to base the research, we discuss some important concepts in psychoanalysis, such as listening, standard practice, applied psychoanalysis, reception, treatment direction in Freud and Lacan, interpretation, constructions in analysis, transference (transferisation), among others. In this way, we locate the concept of trauma, investigating how the figures of the psychic trauma inscribe in the individual beyond the physical trauma. We emphasized, mainly, the term urgency, this because the said hospital is a First Aid Hospital. We point out the difference of urgency theme in medical and in psychoanalytic discourse. What is the meaning of medical urgency? It is the biological body in which the crisis that gives rise to urgency can be defined as an acute rupture of the body's balance and physical integrity. In the psychoanalytic perspective, what is at issue is the urgency of the subject, it is the subjective urgency. This look proposes the crisis as an acute rupture of the signifying chain. Here, something of the saying is not articulated, and what is articulated is a "hole," an emptiness impossible to be situated in the record of the word, and can only be. We perceive a peculiar sense in the subjective experience of time. To develop this concept, we use the Lacanian formulation of logical time, in which time reveals itself as an interesting dimension in the management of subjectivity. In view of this scenario, it was opportune to discuss the topic of the fast therapeutic effects in psychoanalysis as a method of care. The clinical hypothesis established in this precept is that the analytic experience is in the form of "cycles", points that close a

cycle of analysis and produce therapeutic effects by allowing the subject to find a new referential. We show in this study, the contributions that psychoanalytic management can bring to the approach of these cases, insofar as the conduct of this theory includes the impact of cognitive deficits on the psychic economy of the subject. In this way, we infer that psychoanalysis must listen to the singularity of the experiences lived by the subject and give attention to the marks perceived in the body.

Keywords: Psychoanalysis. Brain injury. Logical time. Rapid therapeutic effects. Subjective urgency.

RESUMEN

En esta disertación, proponemos una investigación teórico-clínico sobre el manejo del psicoanálisis en la atención a pacientes víctimas de lesiones cerebrales. La experiencia clínica de la investigadora en la atención a personas que vivenciaron ese tipo de situación fue el principal motivo para la elección del tema de esta disertación. Buscamos destacar las implicaciones del padecimiento, su carácter imprevisible, las singulares manifestaciones traumáticas que comprometen la continuidad temporal, la consciencia de sí y del propio cuerpo. Los personajes que componen este estudio son individuos con compromisos cerebrales producidos por traumas o causas clínicas, internados en el ambulatorio de neurología del Hospital João XXIII, en Belo Horizonte. La atención a esos pacientes no puede ser reducida solamente a los aspectos relacionados a lesión, pues, además de las pérdidas cognitivas, la situación abarca una experiencia subjetiva transformadora, la perspectiva psicoanalítica promueve la expresión del suceso psíquico en la historia singular y la resignación de la identidad, destacando las relaciones entre la experiencia inconsciente el padecimiento. Buscamos evidenciar en esta disertación, cuál es el trayecto y la forma de conducta del psicoanálisis en la atención a pacientes investigados. Para ilustrar y fundamentar la investigación, razonamos sobre algunos conceptos importantes en psicoanálisis, tales como, escucha, práctica *estándar*, psicoanálisis aplicada, acogida, dirección del tratamiento en Freud y Lacan, interpretación, construcción en análisis, transferencia entre otros. En ese camino situamos el concepto de “trauma”, investigando el modo como las figuras del trauma psíquico se inscriben en el individuo más allá del trauma físico. Demos énfasis, principalmente, al término “urgencia”, eso por el hecho de que dicho hospital es un Puesto de Primeros Auxilios. Apuntamos la diferencia del tema urgencia en el discurso médico y en el psicoanalítico. ¿Qué está en cuestión en la urgencia médica? Se trata del cuerpo biológico, en el cual la crisis que origina la urgencia puede ser definida como una ruptura aguda del equilibrio y de la integridad física el organismo. En la perspectiva psicoanalítica, lo que está en cuestión es la urgencia del sujeto, es la urgencia subjetiva. Esta mirada propone la crisis como una ruptura aguda de la cadena significante. Aquí, algo del decir no se articula, y lo que se articula es un “agujero”, un vacío imposible de situarse en el registro de la palabra, pudiendo apenas ser. Percibimos un sentido peculiar en la experiencia subjetiva del tiempo. Para desarrollar ese concepto, utilizamos la formulación lacaniana del tiempo lógico, en la cual el tiempo se revela una dimensión interesante en el manejo de la subjetividad. Ante ese escenario, fue oportuno discutir aún la temática de los efectos terapéuticos rápidos en psicoanálisis como un método

de atención. La hipótesis clínica sedimentada en ese precepto es que la experiencia analítica se procesa en la forma de “ciclos”, puntos que cierran un ciclo de análisis y producen efectos terapéuticos por permitir que el sujeto encuentre un nuevo referencial. Evidenciamos con este estudio, las contribuciones que el manejo psicoanalítico puede traer para el abordaje de casos referidos, en la medida en que la forma de conducta de esa teoría incluya el impacto de los déficits cognitivos en la economía psíquica del sujeto. De esa manera, inferimos que al psicoanálisis cabe dar oídos a la singularidad de las experiencias vividas por el sujeto y atención a las huellas percibidas en el cuerpo.

Palabras clave: Psicoanálisis. Lesión cerebral. Tiempo lógico. Efectos terapéuticos rápidos. Urgencia subjetiva.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Esquema ilustrativo do caso Signorelli | 43 |
| Figura 2 – Formulação lacaniana dos <i>Quatro discursos</i> | 63 |
| Figura 3 – Grafo do desejo | 78 |
| Figura 4 – Matema da transferência | 109 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| HJXXIII | Hospital João XXIII |
| PUC MG | Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| TCE | Trauma Crânio Encefálico |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| FHEMIG | Fundação Hospitalar de Minas Gerais |
| FAPEMIG | Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais |
| CPCT | Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamento |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 29 |
| 2 O CONTEXTO | 39 |
| 2.1 A escuta psicanalítica no hospital | 39 |
| 2.2 A prática <i>standard</i> em psicanálise | 50 |
| 2.3 Psicanálise aplicada à terapêutica hospitalar | 56 |
| 2.4 Psicanálise e medicina | 61 |
| 2.4.1 <i>Discurso médico e discurso psicanalítico</i> | 62 |
| 2.5 O paciente neurológico | 68 |
| 3 O PERCURSO | 72 |
| 3.1 O acolhimento no cenário hospitalar | 72 |
| 3.2 Condução da clínica em Freud | 80 |
| 3.3 A direção do tratamento em Lacan | 86 |
| 3.4 Interpretação e suas possibilidades..... | 90 |
| 3.5 Construções em psicanálise | 97 |
| 3.6 Transferência ou transferização no ambulatório? | 102 |
| 4 A INTENÇÃO..... | 115 |
| 4.1 O tempo lógico no atendimento hospitalar | 115 |
| 4.2 A elaboração do trauma..... | 123 |
| 4.3 Efeitos terapêuticos rápidos..... | 131 |
| 4.4 A urgência subjetiva | 138 |
| 5 CONCLUSÃO..... | 146 |
| Referências | 153 |
| ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA PUC MINAS | 161 |
| ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FHEMIG | 165 |

1 INTRODUÇÃO

Nesta dissertação, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), propomos uma reflexão sobre o manejo da psicanálise no atendimento a pacientes vítimas de lesões cerebrais. A vivência singular que é a atuação do psicólogo em um hospital foi o principal gatilho para a escolha do tema desta pesquisa. Outro determinante foi quando percebemos um fato clínico que surpreendentemente se apresentava sem cessar na prática cotidiana de uma praticante em psicanálise¹ em um Pronto Socorro: a demanda urgente de respostas após um acontecimento inesperado e traumático na vida de um sujeito.

A presença da psicóloga/pesquisadora nesse contexto, especificamente no atendimento a pessoas que sofreram algum tipo de lesão cerebral, possibilita conhecer de perto a singularidade desses indivíduos que vivenciam uma situação tão particular e repleta de significados. O cenário referido aqui é o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, situado em Belo Horizonte, uma instituição referência em emergência e trauma, mais especificamente o Ambulatório de Neurologia. O contato com os pacientes e os momentos de escuta experienciados possibilitaram perceber a maneira como eles se colocam frente ao curso da doença, a posição subjetiva de cada um diante da realidade da situação, o modo como lidam com o tratamento, seu sofrimento, suas angústias, assim como suas limitações cognitivas e psíquicas.

Considerando que a psicóloga/pesquisadora é praticante de psicanálise, é interessante demonstrar de que forma esse campo teórico propõe o manejo no atendimento a pacientes com sequelas cerebrais. A perspectiva psicanalítica promove a expressão do acontecimento psíquico na história singular, destacando as relações entre a experiência inconsciente e o adoecimento. O objetivo desta dissertação é evidenciar as contribuições que o manejo psicanalítico pode trazer para a abordagem desses casos, na medida em que a forma de conduta dessa teoria inclui o impacto dos déficits cognitivos na economia psíquica do sujeito, observando-se como os processos conscientes e inconscientes se reorganizam a partir da lesão cerebral. À psicanálise cabe dar ouvidos à singularidade das experiências vividas pelo sujeito e atenção às marcas percebidas no corpo.

¹ “Praticante de psicanálise” é um termo utilizado para referir-se àqueles profissionais que trabalham com a psicanálise, mas que ainda não se nomeiam psicanalistas, uma vez que essa nomeação exige o final de análise. Com o objetivo de facilitar a leitura, nesta dissertação, não faremos distinção entre psicanalista, analista e praticante de psicanálise.

Os personagens que compõem este estudo são indivíduos com comprometimentos neurológicos produzidos por traumas ou causas clínicas. Pessoas vítimas de lesões cerebrais, de etiologia vascular (AVC – Acidente Vascular Cerebral e outras hemorragias encefálicas), danos provindos de tumores ou por traumatismo (TCE – Trauma Crânio Encefálico), podem apresentar variações psicopatológicas e comportamentais, como oscilação da consciência; transtornos de memória, de linguagem, de orientação espaço-temporal, de percepção de si; modulação do afeto; variação de humor; além de limitações da autonomia e alterações variadas de comportamento, tais como, impulsividade, organização sexual, agressividade, apatia, etc. Essas alterações são percebidas pela pesquisadora no seu ambiente de atuação.

Diariamente são admitidos inúmeros pacientes vítimas de lesões cerebrais (de origem vascular ou traumática) no Ambulatório de Neurologia do Hospital João XXIII. As pessoas referidas são aquelas que, frente a uma ruptura advinda de um trauma neurológico, se veem diante de uma espécie de estranheza vivenciada com a própria identificação. Isso significa que um dano encefálico pode causar prejuízos orgânicos, cognitivos, perceptivos, psíquicos e de personalidade. O atendimento a esses pacientes não pode ser reduzido somente aos aspectos relacionados à lesão cerebral, pois, além das perdas cognitivas, a situação também abrange uma experiência subjetiva transformadora.

A utilização da vinheta clínica como recurso faz-se pertinente, pois a ilustração com fragmentos cênicos auxilia na elaboração clínica. A vinheta tem elementos que se sustentam em torno de duas bases fundamentais: informar e ilustrar. Com isso, surge a partir dela uma elucidação da teoria, que pretende apoiar sua modificação ou confirmá-la, assim como é pertinente à própria colaboração da psicanálise, que, por meio do particular apresentado nos casos clínicos freudianos, permitiu fazer avançar a teoria e a clínica.

Os recortes clínicos serão ilustrativos, descritos na perspectiva psicanalítica, considerando o sigilo acerca da identidade do paciente. A exemplificação delineada faz-se a partir de uma leitura da pesquisadora, de um processo de elaboração do caso em questão, preservando o sigilo e a privacidade identitária do indivíduo pesquisado. Com isso, é proposto mascarar todos os dados e detalhes que possam de alguma maneira identificar a pessoa atendida.

Em relação a esse assunto é fundamental ressaltar que “[. . .] o caso descrito não é o sujeito, é uma construção com base nos elementos que recolhemos de seu discurso, isto é fazemos uma torção do sujeito ao discurso”. (Figueiredo, 2004, p. 79). Para Nasio (2001), o relato de um encontro clínico nunca é o reflexo fiel de um fato concreto, mas sua reconstituição fictícia; o exemplo nunca seria o acontecimento puro, mas a história

reformulada. Isso representa uma fantasia, uma vez que as descrições são traduzidas pelo filtro da experiência do analista, readaptado segundo a teoria que ele deseja explorar, além de estar inserido nas leis restritivas da própria escrita. Tudo isso deturpa a realidade, que acaba por se transformar em outra coisa. Mas será a partir dessa criação que poderemos tocar o leitor com os efeitos reais. “A partir do real, criamos a ficção. E com a ficção, recriamos o real”. (Nasio, 2001, p. 18).

Esse trabalho explora o fato de que a clínica psicanalítica, no atendimento dos pacientes, abre possíveis acessos à experiência subjetiva deles, ao permitir abordar a lesão cerebral como acontecimento psíquico na história singular, real e fantasmática de cada sujeito. Ou seja, a psicanálise pode ser tomada como um método que visa a compreender a experiência subjetiva diante das consequências da doença, privilegiando o impacto dos déficits cognitivos na economia psíquica do sujeito.

O acometimento neurológico constitui uma experiência existencial que transforma o indivíduo. A singularidade, a familiaridade com a própria imagem, seus aspectos narcísicos e a relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo modificam-se, gerando um sofrimento psíquico nem sempre possível de ser expresso, até mesmo por conta das lesões sofridas. Esse estudo demonstra que os pacientes citados apresentam um sofrimento psíquico considerável, evidenciado por suas dificuldades de comunicação e expressão. Por isso, o atendimento psicanalítico, bem como a forma como ele é conduzido, pode beneficiá-los. A psicanálise é capaz de oferecer métodos de condução adequados para a compreensão da experiência única de pacientes com lesão cerebral e suas consequências.

O psicanalista não tem a intenção de criar uma clínica específica ligada ao “dano cognitivo” que apareceu repentinamente na vida dessas pessoas, o que comprometeria a história subjetiva de cada um. Também não se trata de classificar uma nova nosologia psicopatológica ou descrever um fator psicossomático. O psicanalista busca abrir alguma possibilidade para que o paciente possa elaborar o sofrimento emocional a partir de uma relação psicoterapêutica transferencial (temática que abordaremos posteriormente), da investigação da personalidade pré-traumática, compreendendo a experiência psíquica que essas pessoas atravessam. Trata-se de assimilar os modos de organização dos fenômenos subjetivos conscientes e inconscientes, intra e intersubjetivos. A psicanálise debruça-se sobre o conteúdo único da experiência do trauma.

A partir da experiência clínica de uma praticante em psicanálise atendendo pacientes vítimas de lesões neurológicas em um hospital geral, surgem reflexões referentes ao lugar da teoria psicanalítica na saúde e na medicina. Segundo Lacan (1966/2001)²:

O lugar da psicanálise na medicina [. . .] atualmente é marginal e, extra-territorial. Ele é marginal por conta da posição da medicina com relação à psicanálise – ela admite-a como uma espécie de ajuda exterior, comparável àquela dos psicólogos e a de outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente tem suas razões para querer conservar esta extraterritorialidade. (p. 8).

Diante disso, Lacan (1966) coloca-nos que em toda a terapêutica médica algo fica de fora daquilo que é seu benefício, isto é, algo escapa ao tratamento médico. Assim, ele convida-nos a entrar no extraterritorial, na dimensão inconsciente de cada sujeito. Parece ser também esse percurso de Lacan (1966) com relação ao lugar da psicanálise na medicina. Ele indica-nos que a posição do psicanalista é fundamental (ao questionar o lugar do desejo do sujeito) para que o médico possa manter sua originalidade, além da técnica:

[. . .] o médico pode manter a originalidade de sempre da sua posição, qual seja daquela de alguém que tem que responder a uma demanda de saber, ainda que isso possa ser feito conduzindo-se o sujeito a voltar-se para o lado oposto das ideias que emite para apresentar esta demanda. (LACAN, 1966, p. 13).

Destacar aquilo que é urgente no discurso médico, como é o caso dos atendimentos feitos a pacientes em um pronto-socorro, implica a necessidade de conceituar a própria palavra “urgência”, seu caráter imprevisível, suas singulares manifestações traumáticas. Manifestações que comprometem a continuidade temporal, a consciência de si e do próprio corpo.

Sendo assim, é importante apontar a diferença do tema urgência no discurso médico e no psicanalítico. O que está em jogo na urgência médica? Trata-se do corpo biológico, no qual a crise que origina a urgência pode ser definida como uma ruptura aguda do equilíbrio e da integridade física do organismo. Na perspectiva psicanalítica, o que está em questão é a urgência do sujeito; é a urgência subjetiva. Esse olhar propõe a crise como uma ruptura aguda da cadeia significativa. Aqui, algo do dizer não se articula, e o que se articula é um “furo”, um vazio impossível de se situar no registro da palavra, podendo apenas ser. Essa colocação permite distinguir um sentido na experiência subjetiva do tempo, propondo que a urgência

² A primeira data indica o ano da publicação original da obra e a segunda data indica a edição consultada pela autora, que só será pontuada na primeira citação da obra do texto. Nas seguintes será registrada apenas a data de publicação original.

pode ser avaliada como um movimento que tem uma lógica pela qual o sujeito precipita tanto o seu julgamento, quanto a sua saída.

Um dos focos aqui é a urgência que é do sujeito, que pode acometê-lo diante de um acontecimento, de uma crise, ou até mesmo de um trauma. Ricardo Seldes (2004) define a urgência subjetiva como esses momentos de crise na vida de um sujeito em que ele pode não se dar conta de seu sofrimento, ou seja, quando o discurso não é suficiente para entender, explicar ou manejar essa situação de sofrimento indizível. Assim, segundo esse autor, o sujeito cai sem palavras, sem imagens, imerso no maior mutismo, podendo ser impulsionado a atos desesperados ou ser preso na mais cruel angústia. Numa perspectiva lacaniana, Seldes (2004) coloca a urgência subjetiva como uma ruptura na cadeia de significantes do sujeito, indicando a dimensão do real em jogo presente nessa urgência. Portanto, verifica-se que trauma e urgência subjetiva são conceitos que se encontram atrelados, sendo que a urgência pode advir como o efeito da vivência traumática.

Assim, é preciso explorar a dimensão subjetiva da urgência, visto que, nesses casos, o espaço de atendimento clínico é um local onde tempo e urgência se impõem. A psicanálise desafia-nos a pensar a dimensão subjetiva da urgência nas mais diversas situações em que ela emerge. A presença do psicanalista diante de uma urgência subjetiva possibilita, além de um outro saber, uma escuta diferenciada; uma presença que permite que, por meio da palavra, o sujeito possa contornar o real traumático, indizível, para retomar sua história. A escuta do psicanalista possibilita identificar um sujeito que possui, além de um corpo orgânico, um corpo pulsional marcado pela subjetividade.

Dessa maneira, além de situar a forma de atuação do psicanalista frente a um sofrimento subjetivo, é importante compreender a visão da psicanálise a respeito de conceitos como o de escuta, acolhimento, interpretação, transferência (transferização), tempo, trauma, além de discernir a noção de psicanálise pura e psicanálise aplicada. É necessário também investigar de que modo as figuras de cada conceito se inscrevem no psiquismo para além da marca física. Assim, mais que demonstrar a forma de condução terapêutica, serão considerados fatores como a posição do analista diante de um trauma físico/psíquico, de que forma se dão as construções em psicanálise e qual a resposta é possível para cada sujeito.

A imprevisibilidade das rupturas advindas dos acidentes, dos traumas ou de doenças inesperadas afetam as referências do sujeito, sua relação existencial com o mundo, com objetos de desejos, suas ideias conscientes e inconscientes. A ciência biológica mostra-se incapaz de explicar o aspecto subjetivo da vida psíquica: é aqui que a psicanálise pode e deve ocupar seu lugar.

Retomando, então, o cenário terapêutico desta pesquisa, é possível perceber a psicanálise estendendo-se para além do *setting* do consultório. Em um ambulatório hospitalar onde o paciente permanece somente até a alta médica, em que as possibilidades psicoterapêuticas são resumidas a alguns atendimentos, é preciso encontrar um método de aplicação analítico adequado às circunstâncias, ao caso a caso. Trata-se de tentar levar o paciente a um ponto de resolução ou elaboração que o possibilite recolocar suas coordenadas ou abrir uma questão.

A condução do atendimento psicanalítico aplicada a pacientes vítimas de lesões neurológicas apresenta especificidades técnicas relativas à conduta e aos tipos de interpretação e intervenção. Devido às alterações psicopatológicas que cercam esses indivíduos, um dos trabalhos principais da praticante de psicanálise seria elaborar, com o paciente, um campo transferencial como ferramenta clínica que permita a produção subjetiva. Isso possibilitaria a atualização de questões anteriores ao acontecimento e permitiria abordar outras surgidas após esse trauma.

A articulação do significante da transferência com o significante qualquer do analista “escolhido” pelo analisante tem como efeito a produção do sujeito: aquilo que um significante representa para outro significante. Esse sujeito não é real, ele é produzido como significado articulado através de uma suposição do saber inconsciente. Trata-se da instituição do sujeito da associação livre inaugurada pela articulação significativa que é o próprio sujeito do inconsciente representado na fórmula da fantasia. É este sujeito que será destituído quando do término da relação transferencial. (Quinet, 2009, p. 28).

A prática clínica da pesquisadora aponta para o fato de que os prejuízos causados pelos déficits neurológicos são experimentados com um sentimento de estranhamento de uma parte de si mesmo, uma submersão da identidade. A partir desse fato, no início da condução do processo, tal sentimento aparece expresso por um desejo de rememoração, de reconstrução de um passado obscuro. Pode-se pensar que as memórias se encontram ocultas em um local de difícil acesso. Elas precisam ser lembradas para restaurarem os prejuízos causados pelo esquecimento de nomes, pessoas, lugares e situações que fazem parte de um passado não mais reconhecido como do próprio sujeito.

Nos casos em que o prejuízo cognitivo não permite o acesso às lembranças, esse passado aparece de forma impessoal, narrado por alguém cuja proximidade histórica pode não representar uma familiaridade afetiva. O acesso aos retalhos obscuros da memória passa a ser obtido com ajudas externas ao indivíduo (parentes, amigos, notícias, documentos ou registros fotográficos, etc.). Trata-se de representações e de referências sobre si mesmo que não mais

são construídas via recordações, elas passam a ser obtidas a partir da própria história transmitida por terceiros. Por isso, o aparato lembrado não é experimentado como pessoal, e, portanto, pode não ser integrado à experiência subjetiva.

Frente à demanda de reconstrução do que já foi vivido pelo indivíduo, caberia ao analista saber que o trabalho a ser elaborado não deve estar baseado somente na recuperação de fatos que a memória não consegue acessar. Nesses casos, o aparato disponível para a construção analítica não se ampara somente no registro da lembrança. Quando os pacientes se referem ao passado, eles vivenciam sensações de familiaridade e demonstram que é por meio do afeto experimentado que o reconhecimento de si começa ser instaurado.

Dessa maneira, uma das funções da análise no atendimento a pacientes lesionados cerebrais seria a de permitir que o paciente estabeleça conexões entre lembranças, sentimentos e percepções isoladas. Isso significa construir com o paciente um enlace transferencial que possibilite a atualização de questões anteriores ao adoecimento e que traga consigo outras a serem investigadas, objetivando como que uma espécie de reconstrução.

Aqui, o que está em pauta é o encontro terapêutico. Para tal, é necessário que o analista assuma uma postura ajustada àquela tradicionalmente adotada. Acreditamos que o manejo nesse tipo de conduta é o habitualmente utilizado em análise: interpretar, construir e transferir, porém, adaptado a circunstâncias tão singulares. A atuação clínica com os pacientes em questão leva em conta a urgência (temporal e subjetiva) e tem a intenção de desembaraçar os impasses advindos do trauma e desvelar as fantasias que exercem determinação sobre a formação dos sintomas que aparecem no corpo.

Diante das questões colocadas, cabem alguns questionamentos: é possível sustentar o tradicional uso psicoterapêutico naqueles pacientes confusos em relação à consciência de um eu psíquico e corporal? São as formas de conduta clássica de atendimentos psicológicos hospitalares suficientes na tentativa de abranger aqueles sujeitos que, após um acontecimento imprevisível, passam a ter dificuldades de reconhecer a si mesmos? Para essas situações seria preciso uma compreensão mais plástica, centrada na causalidade psíquica inconsciente, para que se consiga apreender e desenvolver as transformações e exigências da dimensão do trauma.

É por esse viés que é interessante sustentar pesquisas em psicanálise que se ocupem desse tema, com o propósito de tornar esses estudos aplicáveis a esse contexto. Por meio dessa investigação teórico-clínica, pode-se conseguir um avanço na compreensão da forma de se conduzir quadros específicos, tais como, os dos pacientes neurológicos. Esse gênero de abordagem e suas técnicas singulares podem permitir a construção de uma clínica que se

encontra até o momento, pouco desenvolvida. Essa vertente pretende descrever fenômenos que ultrapassam a singularidade de cada caso, posto que a psicanálise elabora a falta, e seu trabalho é o de ressignificar o sujeito diante do corte. A prática da escuta psicanalítica dos pacientes citados permite perceber que, além da dificuldade do indivíduo diante da questão física, questões inconscientes evidenciadas de acordo com sua história de vida, seus sintomas, e o significado da perda estão sempre presentes nos casos traumáticos que lidamos.

Esta dissertação revela efeitos sobre a condução do tratamento, buscando, assim, a produção de um respaldo técnico e de seu conseqüente conhecimento, para embasar a prática analítica de maneira consistente, responsável e adequada ao contexto. Estudar e debater o problema proposto dará embasamento às práticas e ajudará no desenvolvimento e na ampliação do conhecimento sobre o campo, considerando o fato de que o manejo analítico de pacientes neurológicos ainda é pouco explorado.

Nos casos que tratamos aqui, ou seja, pacientes vítimas de acometimentos neurológicos, a doença pode ser considerada uma metáfora cujo significado se encontra ausente para o eu consciente. As palavras não valem apenas por seu sentido manifesto, mas por aquilo que comunicam da singularidade de cada um. Singularidade silenciosa e que não só participa, mas interfere no tratamento. Por isso, é necessário considerar tanto o contexto, quanto a subjetividade presentes.

A psicanálise permite que, a partir de um confronto com o real, a pessoa retome sua fala em uma nova articulação significativa, conduzindo um caminho para que ela aí se localize e encontre saídas possíveis para sua angústia. Nesse sentido, podemos pensar a psicanálise não apenas nos casos clássicos, como em uma direção no tratamento da urgência subjetiva. A psicanálise coloca em evidência a dimensão de um vazio a partir do qual a cadeia significativa pode se lançar. Conforme sugere Mandil (2000): “[. . .] o sufocamento desse vazio através do qual se instaura a possibilidade da fala do sujeito pode constituir a urgência subjetiva” (p. 4). A urgência subjetiva é um momento no qual o sujeito aponta para uma impossibilidade de situar um intervalo, o que coloca os próprios campos que se oferecem como destino possível à urgência em questão.

Por meio do olhar da urgência, é possível perceber que os desconfortos da atualidade têm influenciado em uma nova maneira de encarar o tempo. A questão temporal fica bem evidente em um ambulatório hospitalar, local onde os pacientes tem tempo determinado (e o menor possível) para permanecer. O que se vê no hospital, e também de uma forma geral no mundo contemporâneo, é um modelo cultural que demanda efeitos rápidos, instantâneos ou de curta duração. Mas a psicanálise não supõe a pressa ao intervir na urgência. Ela supõe outra

lógica, a da experiência subjetiva do tempo. Por isso, a necessidade de se referenciar neste trabalho à ideia apresentada por Jacques-Alain Miller (1995) sobre os “efeitos terapêuticos rápidos”.

É interessante pensar a psicanálise como um ofício que sobrevive em uma época com características temporais muito peculiares. A opção pela psicanálise é porque, cada vez mais, essa linha teórica é convocada a intervir em situações de crise, chamadas de emergenciais ou agudas. Vimos que o tempo contemporâneo é o tempo urgente, imediato, aquele que não pode esperar. Para acolher a essas demandas, foi preciso deixar de lado todas as crenças e os preconceitos quanto à aplicação do dispositivo psicanalítico fora do *setting* do consultório e das condições *standards* que configuram o enquadre analítico.

As vinhetas clínicas exemplificadas são extraídas de atendimentos feitos em um ambulatório – portanto são modulados pelo tempo e por demandas urgentes de respostas. Também na clínica das urgências tem-se um trabalho de construção das coordenadas do sujeito a partir da localização de uma ruptura. Dessa forma, o indivíduo em situação de urgência vê-se perdido, sente-se diante do encontro com um real traumático, com o qual não é fácil lidar.

Há que se enfatizar o aspecto cronológico que acontece em tais atendimentos. O paciente acolhido em um pronto-socorro e encaminhado ao ambulatório tem um prazo limitado de permanência dentro da instituição. O tempo de internação não é determinado, porém não é extenso, pois logo que é constatada a melhora orgânica é dada a alta hospitalar e sugerido o término da recuperação em sua residência ou em algum outro estabelecimento de saúde específico. Nesse momento, por uma questão institucional, o vínculo de trabalho entre o cliente e a terapeuta no ambulatório cessa.

É preciso que se saiba que, em qualquer nível de intervenção e de exigência do real, a noção de tempo articula-se com uma tendência geral da época. Trata-se de aperfeiçoar o atendimento analítico e lidar com dados novos na cultura com as necessidades impostas pelas mutações de uma geração. Nos consultórios psicanalíticos, sabe-se que o uso que se faz do tempo não é mais o mesmo, não só por causa do tempo lógico, mas porque há certa dimensão do tempo que nos é inédita. A referência aqui é o texto de Jacques Lacan: *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* (1945/1998), que nos aprofundaremos posteriormente.

A presença dos psicanalistas no tratamento das urgências não se deve simplesmente ao aumento das demandas ou a uma tentativa de se adaptar ao contexto, e sim pela ideia de que a própria existência do tempo está sofrendo modificações movidas pelos novos padrões da humanidade. A urgência é o sintoma principal das transformações desse novo tempo que

impõe mudanças nas maneiras de se viver em dimensões do passado, do presente e do futuro. Modificações essas que tentam localizar o lugar do sujeito num mundo cada vez mais instável. A partir da trajetória de vida do sujeito é que o praticante de psicanálise poderá (ou não) atravessar os novos desafios que a cultura lhe propõe. Assim, esse profissional constrói o percurso que o posiciona.

Trata-se de ver o que pode ser uma intervenção analítica, sem defini-la pelos parâmetros clássicos. A psicanálise deve se posicionar em relação às mudanças do seu tempo e oferecer ao sujeito contemporâneo um tratamento condizente com as coordenadas atuais da civilização, uma vez que o dispositivo clássico não se aplica a muitas das novas situações e dos novos sintomas do mal-estar na civilização. Os analistas, como recomenda Lacan (1953/1998), devem ter em seu horizonte a subjetividade de sua época.

A extensão da prática aos arredores clínicos deve ser acompanhada de uma preservação da especificidade psicanalítica. No contexto do imediatismo, os moldes de atendimento e tratamento indicam que a ação do analista e sua intervenção buscam verificar o enlaçamento da urgência a partir de uma inversão de perspectiva. Ou seja, no lugar de restaurar, a psicanálise procura fazer emergir algo novo. O empenho do psicanalista está comprometido com o surgimento do sujeito ali, onde o padecimento dominava e o corpo solicitava uma solução para o impossível de suportar.

É forma de condução do tratamento, tão peculiar da psicanálise, que se propõe demonstrar neste estudo. A psicanálise visa isolar nas coordenadas da irrupção da urgência a marca da singularidade, do caso único, além de introduzir a pausa onde prevalece o regime da pressa. Pesquisar novas formas de intervenção psicanalíticas postas em prática em pacientes neurológicos é uma inovação em um campo que, devido a seu caráter flexível, emergente e singular, ainda é uma área em desenvolvimento que carece de muitas investigações. Investigar os modos de conduta no atendimento ao indivíduo lesionado cerebral, pelo viés da psicanálise, abre portas para outras possibilidades na direção do tratamento e amplia os instrumentos técnicos para o manuseio específico desses casos.

2 O CONTEXTO

2.1 A escuta psicanalítica no hospital

Após cinco anos de experiência como psicóloga atendendo em um Hospital de Pronto-Socorro, fui chamada certa manhã, com urgência, para atender uma jovem senhora, vítima de aneurisma cerebral, que aguardava ansiosamente a visita do marido. Lucia³, 57 anos, era viúva. Acordou da sedação no ambulatório de neurologia, estava na presença dos filhos e, após alguns instantes começou a chamar pelo pai deles, falecido havia seis anos. Os filhos optaram por não revelar a verdade naquele momento inicial. Segundo a equipe médica, tratava-se de uma perda de memória devido à lesão, porém, com o passar dos dias, observei que ela se lembrava com detalhes de informações gerais sobre sua vida, exceto sobre a morte do marido. Em todo atendimento, eu me deparava com uma senhora receptiva, alegre, mas que estava sempre tentando compreender porque o seu companheiro não estava ali. Lucia estava a poucos dias da alta hospitalar, devido a sua considerável melhora orgânica. Ela dizia: “Me deixa ligar para ele e dizer que já vou? Não vejo a hora de abraçá-lo novamente.”⁴ Era preciso elaborar essa questão.

Estabelecer uma articulação teórico-prática sobre o que está em jogo quando uma praticante de psicanálise é chamada a intervir em situações como a descrita é um desafio sempre presente nesse cotidiano de atuação. Identificar a natureza dos impasses nos quais a analista é convocada a participar e investigar sobre as demandas dirigidas ao saber psicanalítico são estágios que compõem a existência dessa abordagem no hospital. Em *Análise terminável e interminável*, Sigmund Freud (1937/1980) aponta para as exigências rigorosas que o analista deve ter no desempenho de suas atividades, fazendo referência às dificuldades que os profissionais encontram nesse campo. Freud elege o psicanalisar, com o educar e o governar, como uma das profissões impossíveis.

A presença do saber psicanalítico aparece como uma exigência institucional implícita em dar uma resposta rápida e eficiente a situações que, desde o pedido, aparecem marcadas como difíceis. Sabemos que há ocasiões em que essa demanda obedece à impotência da equipe na tentativa de lidar com determinada situação, muitas vezes para convencer o paciente de uma conduta em prol de seu tratamento ou daquilo que supostamente seria o bem

³ Os nomes citados nas vinhetas clínicas são fictícios. Os recortes clínicos são verídicos, ilustrativos e consideram o sigilo acerca da identidade dos pacientes atendidos pela pesquisadora. Com isso, é proposto mascarar dados e detalhes que possam de alguma maneira identificar a pessoa atendida.

⁴ Citação oral da paciente à autora.

para ele, sem singularizar o sujeito. Essa solicitação, se assim nos chegab já vem embutida de uma tentativa prévia fracassada, e o risco de atendermos a esse chamado está em transformar uma sessão clínica em uma intervenção de emergência.

Se em troca do chamado médico produz-se algo a interrogar, não havendo reciprocidade entre o que se solicita e o que se oferece a partir disso, o discurso deixa de permanecer limitado ao corpo/sintoma e poderá começar a circular. Diferentemente da medicina, nosso trabalho não objetiva a eliminação do sintoma, mas possibilita um saber sobre ele que se articula com a história do sujeito. Porém, há uma tendência pelos efeitos alienantes de uma instituição hospitalar a funcionar como se espera dentro de uma posição médica.

O hospital é um campo fértil para a prática psicanalítica na medida em que nos deparamos com as formas contemporâneas de sintomas. O ensino psicanalítico mostra-nos que existem doenças que falam e devemos fazer ouvir a verdade do que elas dizem. Dessa forma, é possível produzir efeitos de análise, ou seja, intervenções e pontuações que coloquem o sujeito frente a outras formas de repetição, em que os fatores que desencadearam seu sofrimento, articulados ao seu sintoma, tendam a se tornarem fragilizados, permitindo confrontos que possibilitem outras formas menos desgastantes de lidar com suas questões.

O nosso trabalho diário no espaço hospitalar atesta a viabilidade desses atendimentos, principalmente se o tomarmos por sua vertente ética, ou seja, como um trabalho que ultrapassando o ideal do alívio, refere-se à construção de uma verdade singular sobre o sujeito e o pensamento inconsciente de cada um. Moura (1996) define o hospital como um “Real Insuportável” ao indagar o psicanalista em sua função. Diante do insuportável, somos convidados a incorporar o saber sobre o que fazer e dizer diante da dor, do sofrimento e da morte. Somos depositários de um saber de algo que não sabemos. Temos que ter clareza de que temos um lugar de saber específico e só podemos intervir na falta.

Sendo assim, percebemos que há algo a mais que os pacientes querem dizer e que merece ser escutado. O papel do psicanalista é o de escutar. Isso desperta no paciente a vontade de ser escutado e possibilita o aparecimento de um discurso no qual se reencontra um desejo encoberto pelo sintoma. Cria-se, assim, um espaço diferenciado, no qual o paciente, que tem sempre algo a dizer, pode recuperar seu desejo articulado no sintoma. Este é o ponto de partida para a prática da psicanálise hospitalar.

Em princípio, o corpo clínico atribuía a perda de memória de Lucia ao dano cerebral. Mas essa hipótese começou a ser descartada diante da sua visível melhora clínica. Todos nós percebemos que o déficit de memória não era significativo, pois ela se lembrava com precisão

das outras informações pessoais, apenas este detalhe, a morte do marido, não era lembrado. Comecei a supor que havia algo de subjetivo nesse esquecimento. Chamei os filhos dela para um novo atendimento. Era importante pensar, com eles, o manejo adequado diante do fato de que Lucia não se recordava que seu marido havia falecido. Eles relataram que antes do aneurisma, Lucia não havia elaborado bem o luto e que, há anos, tentava sair de um quadro depressivo. Os filhos disseram que a extrema dificuldade da mãe em superar aquela perda era devido ao fato de que o pai deles havia falecido em um acidente automobilístico, no qual a mãe dirigia. Ela sentia-se culpada por isso. Tratava-se ali de uma amnésia seletiva de ordem subjetiva.

Esse relato ilustra a passagem de um discurso a outro: da posição do médico para a do psicanalista, da compreensão para a interpretação, da postura do sujeito que sabe (própria do médico) para a do suposto saber (lugar do psicanalista). Na passagem descrita, é possível perceber que é diante de um incômodo que o analista é chamado a intervir. A partir de um obstáculo indecifrável pela medicina que ele é convocado a interceder com o seu saber. São esses os impasses que surgem quando a ciência não sabe mais lidar com a singularidade daquela situação. Nesse ponto, o analista é bem-vindo a lidar com as questões do sujeito.

Cabe ao analista escutar aquilo que o paciente quiser falar desde a sua ótica, sem nada privilegiar. Enquanto o sujeito puder falar, cabe-nos escutar o que ele quiser dizer, oferecendo nossa escuta para acolher qualquer enunciado, respeitando as particularidades e subjetividades e apontando no discurso o que vai possibilitar a abertura de questões que o remetem à própria história, fazendo com que aquela vivência seja única e resgatando, assim, a sua implicação e responsabilidade com a própria doença.

O esquecimento singular de Lucia, relatado na vinheta acima, direciona-nos a uma importante passagem de um conhecido texto de Freud, denominado *O mecanismo psíquico do esquecimento*, encontrado no livro *Primeiras publicações psicanalíticas*, onde o autor afirma:

Portanto, entre os vários fatores que contribuem para o fracasso de uma recordação ou para uma perda de memória, não se deve menosprezar o papel desempenhado pelo recalçamento, e isso pode ser demonstrado não só nos neuróticos, mas também (de modo qualitativamente idêntico) nas pessoas normais. Pode-se afirmar, muito genericamente, que a facilidade com que dada impressão é despertada na memória depende não só da constituição psíquica do indivíduo, da força da impressão quando recente, do interesse voltado para ela nessa ocasião, da constelação psíquica no momento atual, do interesse agora voltado para sua emergência, das ligações para as quais a impressão foi arrastada etc. – não só de coisas como essas, mas também da atitude favorável ou desfavorável de um dado fator psíquico que se recusa a reproduzir qualquer coisa que possa liberar desprazer, ou que possa subsequentemente levar à liberação de desprazer. (Freud, 1898/1976, p. 173).

Nesse texto, há uma analogia com o modo pelo qual os conjuntos de representações recalçadas ligam sua capacidade de gerar afeto a algum sintoma cujo conteúdo psíquico parece, a princípio, inadequado. No texto, Freud (1898) também afirma que a função da memória fica sujeita a restrições por uma tendência da vontade, exatamente como qualquer parte de nossa atividade dirigida para o mundo externo. Dessa maneira, o tratamento psicanalítico, que se esforça por preencher tais lacunas da memória, leva-nos à descoberta de que a tarefa de resgatar essas lembranças perdidas enfrenta grande resistência, e que o trabalho a ser feito deve ser proporcional à sua magnitude.

A amnésia pontual exemplificada também nos remete a outro texto de Freud, *Esquecimento de nomes próprios* (Freud, 1901/1996). Trata-se de uma lição sobre a falha no discurso, quando ele fica em suspensão, quando um nome próprio falta, no caso, foi Signorelli. Essa falha vem, então, propiciar uma série de articulações de Freud, tendo por elemento fundamental a um lapso no registro do simbólico, originado pelo recalque, que impede o retorno do recalçado representado pelo significante Signorelli. Tal mecanismo do inconsciente leva a uma série de deslizamentos metonímicos, ou seja, a substituições de significantes para preencher o “esquecimento”.

Freud está a caminho da Bósnia-Herzegovina e conversa com um passageiro sobre viagens à Itália. Ele tenta se lembrar, em vão, o nome do artista que pintou os afrescos das *Quatro últimas coisas* na catedral de Orvieto. Em vez do nome que ele procurava – Signorelli –, surgiram nomes de dois outros pintores – Botticelli e Boltraffio –, embora fossem decisivamente rejeitados por seu juízo como incorretos. Freud, então, faz uma reflexão sobre as influências e as vias associativas pelas quais a reprodução do nome assim se havia deslocado, de um nome para os outros. Utilizando de um discurso precioso e didático, Freud, de punho próprio, interpreta seu “esquecimento” fazendo relações e conexões possíveis.

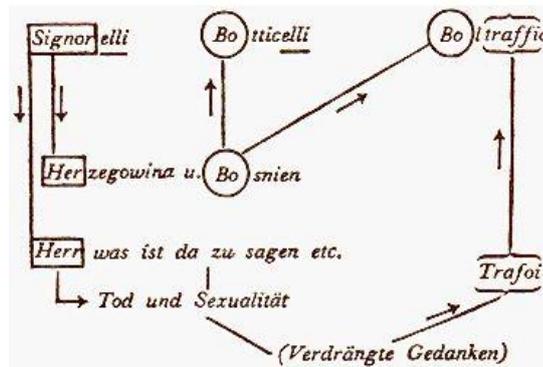
O esquecimento do nome foi esclarecido quando Freud se lembrou do assunto que estava discutindo anteriormente com aquele passageiro. Eles conversavam sobre os costumes dos turcos de valorização da potência sexual e que, diante das ocorrências de distúrbios sexuais, eles preferiam a morte. Naquela ocasião, Freud ainda estava sob a influência de uma notícia que lhe chegou algumas semanas antes, durante sua breve estada em Trafoi. Um paciente a quem ele havia se dedicado muito pusera fim à vida dele por causa de um distúrbio sexual incurável. A semelhança entre “Trafoi” e “Boltraffio” força Freud a supor que essa reminiscência, apesar de sua atenção ter sido deliberadamente desviada disso, passou a atuar nele naquela situação. Em síntese, o que fora recalçado remetia à sua angústia pessoal pela perda de um paciente dele, ou seja, a necessidade inconsciente de se poupar do desprazer da

recordação desse fracasso profissional teria levado Freud a evitar associações referentes ao tema “morte e sexualidade”, inerente ao mencionado suicídio.

É verdade que não queria esquecer o nome do artista de Orvieto, mas sim outra coisa – essa outra coisa, contudo, conseguiu situar-se numa conexão associativa com seu nome, tanto que meu ato de vontade errou o alvo e esqueci uma coisa contra minha vontade, quando queria esquecer intencionalmente a outra. A aversão ao recordar dirigia-se contra um dos conteúdos; esqueci uma coisa contra minha vontade, quando queria esquecer intencionalmente a outra. A aversão ao recordar dirigia-se contra um dos conteúdos; a incapacidade de lembrar surgiu no outro. (Freud, 1901, p. 9).

O nome Signorelli foi dividido em duas partes. Um dos pares de sílabas (“elli”) ressurge inalterado num dos nomes substitutos, enquanto o outro, por meio da tradução de “Signor” para “Herr”, adquiriu variadas relações com os nomes contidos no tema recalcado, mas, por esse motivo, não ficou disponível para a reprodução (consciente). Seu substituto (para “Signor”) foi criado como se tivesse havido um deslocamento ao longo da conexão de nomes “Herzegovina e Bósnia”, sem qualquer consideração ao sentido ou aos limites acústicos das sílabas. A respeito dos nomes substitutos, Botticelli e Boltraffio, o pedaço “Signor”, traduzido inconscientemente, transformou-se em “Bo”. Dado que “Her” e “Bo” são como que prefixos de elementos homólogos a Bósnia e Herzegovina. Tornando-se assim “Bo” uma espécie de substituto de “Her”. Assim, “[. . .] os nomes foram tratados nesse processo como os pictogramas de uma frase destinada a se transformar num enigma figurado (ou rébus).” (Freud, 1901, p. 10).

Figura 1 – Esquema ilustrativo do caso Signorelli



Fonte: Freud (1901, p. 10).

O capítulo encerra-se com a declaração do autor de que está convencido da tipicidade do caso Signorelli e da justeza da respectiva análise proposta; tal certeza vem reforçada pelo fato de que a aplicação da mesma análise a muitos outros casos equivalentes indica ser o

surgimento de nomes substitutos uma invariante do fenômeno do esquecimento de nomes próprios, pois, mesmo quando esse surgimento não se evidencia de imediato, um esforço maior da atenção o faz emergir. A última sentença do texto estabelece, com expressa prudência, que “[. . .] ao lado dos simples esquecimentos de nomes próprios, aparecem outros motivados por repressão”. (Freud, 1901, p. 11).

Diante do exposto, cabe ao analista ocupar-se de atentar não para a relação de significados que há no sujeito, entre língua e discurso, mas para outra relação, a partir do conteúdo e das rupturas do discurso, perceber o conteúdo inconsciente. Deduzir, enfim, do simbolismo da linguagem consciente, um outro simbolismo, o da linguagem inconsciente. Na história em que o sujeito se põe, vislumbra uma outra história, que esclarece a motivação; o esquecimento é uma dessas sintomáticas rupturas do discurso.

Abordamos aqui os lapsos da fala na análise, enfocando o aspecto enigmático do neologismo quando assume a condição de significante e de metáfora, apontando para o desejo enunciado pelo sujeito do inconsciente. Dessa forma, o caso Signorelli e o lapso de Lucia revelam o inconsciente e as múltiplas significações associadas ao significante. Freud atrela a psicanálise ao significante, à língua, à linguagem, possibilitando a compreensão dos mecanismos do recalque e da resistência.

É por esse viés que tentamos compreender amnésia de Lucia no relato acima citado. A partir dos pressupostos desse ensino, observamos que no tropeço da fala se enuncia o desejo, o qual, na captura dos restos metonímicos, pode residir o significante que remete à verdade do sujeito. O fato de Lucia ter esquecido um fato tão relevante quanto a morte do marido nos revela o seu desejo reprimido de que ele ainda estivesse vivo. Observamos que o inconsciente do sujeito se desenvolve para além do real do sintoma, imprimindo em seu adoecer.

Assim, onde for possível falar e escutar, ali está o inconsciente, com seu movimento à mostra, pronto para ser capturado em seu discurso. O analista deve permanecer no lugar de um saber ético, que dirige o tratamento à medida que encaminha o sujeito até seu próprio saber sobre si e seu desejo, ao convidá-lo a produzir por meio de associações. A possibilidade de escuta leva os pacientes a questionarem e reverem suas vidas, imprimindo no adoecimento as marcas da singularidade.

É isso que se oferece na maioria dos casos acompanhados no hospital, e assim foi feito no relato descrito, uma oferta de escuta analítica que poderia vir ou não a se tornar uma análise. Enquanto o sujeito puder falar, escutá-lo é testemunhar que o inconsciente insiste e o relato individual persiste para além do corpo biológico. É no vazio deixado pelo real na clínica médica que um espaço para a psicanálise pode vir a se constituir na instituição

hospitalar. Nesse sentido, cabe destacar que contrária à ética do bem-estar, que fundamenta a demanda dirigida ao médico, a psicanálise orientada pela ética do bem-dizer sustenta que, a partir da oferta de uma escuta analítica, uma demanda outra possa daí surgir.

A divisão entre corpo e mente cria a possibilidade de um campo de ação. De acordo com Moretto (2001), o que se espera de um psicanalista é que ele possa tomar o corpo como algo não separado do psíquico. Cabe, portanto, a ele a construção do seu lugar na instituição de saúde, a partir de seu próprio trabalho. Moretto (2001) afirmou:

O que um analista pode num hospital, conluo, não é mais nem menos do que ele pode em qualquer lugar. O que um analista pode fazer se aproxima bastante daquele que ele deve fazer, daquilo que é sua função [. . .] ciente da sua função e dos seus limites, é bem provável que ele consiga fazer um trabalho rico e eficaz. (p. 207).

As particularidades da clínica médica num hospital geral podem se mostrar avessas ao saber psicanalítico. A demanda dirigida ao corpo médico sustenta-se sobre um sintoma como sinal de uma doença que espera ser autenticada pelo saber da medicina. Logo, a partir da queixa do paciente, cabe ao médico dar um significado a esse sintoma, que determinará o tratamento a ser feito. É justo no abalo da ética médica que é possível se delinear um lugar para a psicanálise. Esse lugar configura-se a partir do surgimento de um sujeito. O sujeito de que se trata está fora do alcance dos cuidados da ciência, uma vez a medicina tendo sua promessa de cura abalada, a ele nada pode oferecer. Desse intervalo, surge a psicanálise.

Lucia era uma senhora tranquila, bem-humorada e afetuosa. Nos atendimentos, fez relatos pessoais, contou sobre uma vida serena, sem grandes atribulações ou traumas. Havia uma lacuna a respeito do acidente. A proximidade da alta hospitalar estava deixando os filhos ansiosos; eles, então, decidiram que contariam sobre a morte do pai antes que ela fosse para casa. Optei por um atendimento em grupo, com a paciente e os filhos. Pedi que os filhos levassem fotos de momentos importantes vividos pela família, com a intenção de que ela tivesse um *insight* e não houvesse necessidade de contar. Assim aconteceu. Eu segurava as fotos enquanto ela relatava feliz as viagens e festividades em família. Até que, diante da foto do casamento de sua filha, ela se calou. O casamento havia acontecido há um ano. Ela ficou olhando atentamente a foto da moça entrando na igreja de braços dados com o tio, parecia perplexa. A filha disse: “Não foi o meu pai quem me levou ao altar”. Nesse instante, ela deu um grito e desabou em lágrimas. A dor era tão intensa e visível, como se a lembrança da morte fosse um acontecimento novo. A emoção contagiou os filhos, eles passaram a noite ali,

acolhendo a mãe e relembrando detalhes sobre o pai. A alta hospitalar aconteceu no dia seguinte. Lucia foi encaminhada para o serviço de saúde mental próximo à residência dela.

A escuta psicanalítica possibilitou, nesse caso, um caminho distinto de abordagem do sofrimento psíquico, ao inserir o registro do sentido na constituição do sintoma. A intenção foi propiciar uma escuta para a busca do significante, tendo a compreensão de que as vivências individuais estão tecidas no corpo que sofre e que a doença orgânica pode ser uma marca na história do sujeito. Observa-se que a psicanálise no contexto hospitalar pode atuar na abertura do campo da linguagem frente a diferentes formas de marcas registradas no corpo.

O que está em questão é a subjetividade do sujeito, nos seus desejos, na sua relação com seu meio, com os outros, com a própria vida (Lacan, 1954, p. 9). Logo, abordar o sofrimento psíquico nas operações do sentido inconsciente permitiria uma forma de compreensão do surgimento do método psicanalítico constituído como oposição à visão organicista do final do século XIX, como afirma Roudinesco (2009, p. 219):

Ao dar a palavra ao paciente e não mais ao médico, ao inconsciente e não mais ao consciente, a um inconsciente verbalizado e não mais sonambúlico, a psicanálise assentava os fundamentos de uma clínica que se afastava da postura benevolente da consolação. [. . .] Não nos dirigimos àquele que sofre passivamente, mas àquele que já aceita, pela transferência analisar seu sofrimento de forma dinâmica e não queixosa ou apática.

Consideramos importante, no exemplo clínico citado acima, avaliar a atuação específica da praticante de psicanálise no manejo da situação de atendimento. No momento em que a analista solicita aos filhos de Lucia que levem fotos de vivências familiares para verem com a paciente, estaria a profissional agindo conforme a essência da psicanálise? Ajudar a guiar um pensamento, coordenar a evolução de um raciocínio, ser agente, mantendo a posição de objeto, são práticas habituais da clínica psicanalítica? Com a intenção de precipitar algum tipo de elucidação por parte da paciente, compreendemos que nesse caso, a analista utilizou de um instrumento condutor, na tentativa de facilitar o *insight*.

A analista serviu-se de mecanismo semelhante ao praticado por Freud em uma cena na condução do *Caso Dora* (Freud, 1905/1996). A referida passagem diz respeito ao momento em que Freud faz o que ele próprio denomina de “experimento”. Ele descreve: “Casualmente, havia sobre a mesa uma grande caixa de fósforos. Pedi a Dora que olhasse em volta para ver se notava sobre a mesma algo de especial que não costumasse estar ali. (Freud, 1905, p. 73). Freud tinha a intenção de que Dora associasse a tal caixa de fósforos a uma caixa de joias, objeto presente em seu primeiro sonho trabalhado em análise, ocasião onírica na qual ela se encontrava em uma casa em chamas com os pais dela. Podemos dizer que na conclusão de

Freud (de uma forma bastante resumida), a caixa de joias representava a genitália feminina, ou seja, a virgindade de Dora. E o fogo dizia respeito ao desejo, ao amor sexual que a moça vivenciava.

A partir de uma breve teorização sobre o “ato analítico”, pretendemos demonstrar, a seguir, que a psicanálise pode ser aplicada em condições variadas, podendo, sim, prescindir do *standard*. Lacan, no seu *Seminário 15* (1967-1968), sobre- o *Ato analítico*, afirma que “[. . .] o ato psicanalítico é evidentemente, o que dá suporte, autoriza a realização da tarefa psicanalisante. É na medida em que o psicanalista dá a esse ato sua autorização, que o ato psicanalítico se realiza” (Lacan, 1967-1968, p. 233). Nesse seminário, Lacan dedica-se ao tema do ato analítico com o propósito de fazer os analistas interrogarem-se a respeito dos atos na prática clínica. Santos (2009) afirma que o propósito do seminário, de cunho ético e político, diz respeito à manutenção de uma psicanálise distanciada de procedimentos estandardizados e aberta à contingência, que promova a surpresa.

Na sequência das lições do seu seminário, Lacan (1967-1968) vem afirmar que o ato se mede pelas coordenadas simbólicas, em um efeito temporal na modalidade de um “só-depois”. A temporalidade do ato é a de um instante. Vicente (2004) articula a dimensão do ato analítico à dimensão de mudança, afirmando que há um campo que permite situar um antes e um depois, ao tempo em que há uma mudança do que era para o que se transformou. Dessa forma, um campo simbólico emerge, em efeito, criando seu próprio passado, gerando o equívoco de supor que estava sempre ali. Ou seja, na lógica do ato, pode-se crer que aquilo que o ato mesmo cria estava lá desde sempre. O que caracteriza o ato e sua eficiência é sua dimensão significativa. Sobre essa relação do ato com o significante, Lacan (1967-1968) afirma que o ato, por sua própria dimensão, é um dizer, o que não pode ser confundido com a eficácia de um fazer.

O ato está presente no começo da psicanálise, tanto da parte do analista quando do analisante. Do lado do analisante, é o ato de decidir-se a fazer uma psicanálise que marca a procura ao analista. Do lado do analista, seu ato “[. . .] consiste em autorizar a tarefa psicanalisante, com o que isso comporta de profissão de fé no sujeito suposto saber” (Lacan 1967-1968, p. 140). O ato ocorre no dispositivo, com sua característica de contingência, quando o analista intervém sem preliminar, em um dado momento. Quando o analista se posiciona na situação, advém a estranheza em relação ao seu ato, levando-o a interrogar-se, a partir da ausência de medidas previstas, antes de saber as consequências: “O que eu fiz?”. Dessa forma, Lacan (1967-1968) pontua que em todo ato analítico há algo de insuportável.

Em seu *Seminário 11* (1964/1998), Lacan afirma que a única justificativa do analista

intervir sobre o dinamismo pulsional das estruturas humanas advém de quando um ser falante se deixa sofrer demais, quando o gozo que conflui a vida e a morte excede os limites do insuportável.

O inconsciente revela-se na fala daquele que busca entender o seu sintoma, como pontua Besset (1977). Afinal, esse sujeito da psicanálise é um sujeito do inconsciente que se revela por meio de suas formações, tais como, o sintoma, os chistes, o ato falho, etc. A tarefa à qual o ato psicanalítico ganha seu estatuto é uma tarefa que já implica essa noção de sujeito como tal. Na aula de 20 de março de 1968, do *Seminário 15*, Lacan afirma como essencial perceber que esse efeito de sujeito, que se produz pelo significante na linguagem, se estabelece como um efeito de divisão. E, assim, o ato psicanalítico consiste essencialmente nesse tipo de efeito que constituirá o sujeito dividido, o \$ barrado.

Voltando ao seminário *O ato psicanalítico*, Lacan (1967-1968) busca a proximidade lógica entre o ato e a ação, situando o ato no centro da ação. Ainda quanto ao ato e seu campo, afirma que ele tem por função ser “pura evidência”. E mais, o ato “tem um correlato significante”, a inscrição no Outro, instância que já está lá antes mesmo de ser descoberta e antes do ato. E mais ainda, “[. . .] um ato é ligado à determinação do começo, e muito especialmente, ali onde há a necessidade de fazer um, precisamente porque não existe” (p. 78). E conclui dizendo que a verdadeira estrutura do ato reside, por um lado, no fato de ser pura evidência (com sua ponta significante), e, por outro, no fato de instituir um “começo lógico”, uma renovação, uma criação. Portanto, o ato efetua um corte estruturante, transformando o sujeito, que, após o ato, se encontrará diferente do que era antes.

Os atendimentos psicológicos hospitalares são marcados por uma clínica repleta de passagens ao ato e às atuações, o que convoca o praticante de psicanálise à colocação em ato de seu discurso, apostando em pontos de basta nos sujeitos como possibilidades de amarração. Dessa forma, para que ocorra o ato analítico no hospital, é necessário não relevar os efeitos institucionais. O praticante de psicanálise, ao lidar com as demandas da instituição, está às voltas com a vertente superegoica da civilização, que se apresenta por meio de regulamentos, estatísticas e delimitação do tempo. Há, portanto, adaptações a serem feitas no manejo da psicanálise. Nesse contexto, em vez de comparecer como intérprete da situação que suporia uma posição de maestria, cabe ao praticante apresentar-se com seu não-saber, como agente daquilo que descompleta e aponta para o impossível (Laurent, 2011.). Na vinheta descrita, a paciente tinha um ganho secundário em relação à perda de uma memória tão específica. Esse sintoma possibilitava, segundo a posição teórica psicanalítica, um gozo proveniente da enfermidade. Podemos considerar que o uso das fotografias, no caso de Lucia, foi a

ferramenta que a analista utilizou como significante que faltava. O ato analítico, nesse caso, deu suporte para a precipitação do desejo recalcado. As fotografias foram as evidências necessárias para o surgimento daquilo que estava reprimido. A morte do marido era da ordem do insuportável. Foi necessário o ato, como manejo das coordenadas simbólicas, para que o inconsciente se revelasse na fala. Podemos dizer que o ato permitiu implicar o advento do sujeito como objeto causa do desejo. A intervenção da analista, por meio do corte, possibilitou o surgimento do sujeito que até então estava encoberto.

Freud insere na lógica da psicanálise a noção de que todo sintoma obedece ao princípio de prazer, mesmo que gerando desprazer no sistema consciente e, dessa forma, sendo reconhecido como sofrimento psíquico. Nesse sentido, o gozo pode se dar de forma inconsciente, o que não necessariamente ocorre, pois podemos levar em consideração também os ganhos secundários do sintoma. Tanto em função do gozo, quanto, em menor medida, dos ganhos secundários não é tarefa simples para o paciente o abandono do quadro sintomático. A exigência de trabalho feita ao paciente clássico consiste em lidar com a resistência e então entrar em contato com o desejo inconsciente e os fenômenos de linguagem que marcam a história individual. Como afirma Freud:

O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas. Acha-se assim preparado o caminho, desde o início, para uma reconciliação com o material reprimido que se está expressando em seus sintomas, enquanto, ao mesmo tempo, acha-se lugar para certa tolerância quanto ao estado de enfermidade. (Freud, 1914/1996, p. 168).

Consideramos que a inserção da escuta psicanalítica em um hospital geral pode auxiliar o sujeito na elaboração de um novo espaço simbólico diante da condição patológica. Nesse contexto lida-se, fundamentalmente, com o sofrimento que provêm do corpo, porém, como afirma Freud (1930/1996), há três fontes de sofrimento humano, as quais provêm do mundo externo, do corpo e das relações humanas; esta, segundo ele, é a que traria mais desprazer. Podemos destacar o fato de que, como em todas as instituições sociais, o hospital é um local onde o relacionamento humano se faz presente como fator constituinte. Assim, mesmo em um contexto no qual a atenção é voltada principalmente para o corpo, o espaço da escuta pode ser demarcado, pois essas três fontes de desprazer são intrínsecas.

Podemos destacar, então, a importância atribuída ao psíquico dentro de um hospital que lida com doenças especificamente orgânicas, pois, se considerarmos a doença como um

marco na história do sujeito, a demanda para um atendimento psíquico pode estar relacionada com a necessidade de reconstrução dessa narrativa. Nesse sentido, faz-se necessário abordarmos como a psicanálise compreende a relação entre orgânico e psíquico. Devemos considerar que a doença orgânica pode operar para além do corpo biológico, na inclusão que esta exige, como fonte de experiência, na subjetividade, a ser inserida também na marca individual.

Diante disso, é interessante que o psicanalista considere a mudança de posicionamento subjetivo, o qual poderá vir a ocorrer acompanhado de sofrimento, com o surgimento de doenças orgânicas. Contudo, para que haja uma intervenção efetiva, que possibilite a implicação do sujeito que se encontra em condições de tratamento orgânico, é necessário, conforme aponta Breder (2010, p. 4), “[. . .] que se desperte o paciente, e que este seja convocado a se implicar com seu próprio quadro – clínico – na medida em lhe cabe participar, decidir e significar sua patologia e seu tempo de permanência no hospital geral.” Considerando a linguagem estruturante, a qual recria o corpo orgânico no registro simbólico, é possível afirmar que o sintoma é fundado pelas suas relações por meio do discurso, da cultura e do social, implicando a formação do desejo.

2.2 A prática *standard* em psicanálise

Considerando que o cenário dessa pesquisa é o hospital (um ambulatório) e que a ferramenta de estudo é a psicanálise, faz-se necessário diferenciar os conceitos de psicanálise pura (prática *standard*) e a psicanálise aplicada, trabalhando as funções da psicanálise e sua relação com a terapêutica. É possível imaginar que em ambiente de atendimento tão peculiar quanto um hospital o manejo clínico aconteça de forma distinta daquela prática *standard* delineada por Freud. Aqui, descreveremos o modo clássico de atendimento e suas particularidades, na intenção de traçar, em seguida, um paralelo antagônico ao que acontece na teoria aplicada ao hospital.

Remetendo aos questionamentos de Lacan sobre a situação do começo da análise, estudada por Freud em *O início do tratamento* (1913/2006), Antônio Quinet (2009), em *As 4 + 1 Condições da análise*, revê os fundamentos práticos e teóricos dos primeiros passos do processo: as entrevistas preliminares, o uso do divã, o tempo e o dinheiro, a que acrescenta o

ato analítico, isto é, a ação de transferência⁵. O livro contempla as muitas implicações de cada um desses componentes, desde detalhes em torno do tempo e espaço do consultório, até o próprio sentido ético da psicanálise.

Na introdução do seu texto, Quinet (2009) expõe a forma como o psicanalista autoriza o começo da análise e o que fundamenta essa experiência. Ele relembra que dar início a uma psicanálise, a partir da demanda de alguém, depende do psicanalista com seu ato de decisão. Ele acrescenta ainda que qualquer pequena modificação nesse registro é suposta como ameaçadora para a própria experiência psicanalítica. Quinet (2009) afirma:

Lacan introduz o conceito de ato psicanalítico, no lugar das normas que o contrato estabelece, retirando a psicanálise do âmbito das regras para situá-la na esfera da ética. É o analista com seu ato que dá existência ao inconsciente, promovendo a psicanálise no particular de cada caso. (p. 8).

O propósito do livro de Quinet (2009) é interrogar o conjunto de “normas” que se convencionou chamar de *setting* analítico a partir do texto de Freud *O início do tratamento* (1913), em que encontramos essas normas sob a designação de condições. De acordo com Quinet (2009), trata-se de condições e não de regras ou normas impostas por Freud, pois ele estabeleceu apenas uma única regra para a psicanálise: a associação livre, que é a resposta à pergunta sobre o início do tratamento. Freud postula a inclusão do saber nos ditos do analisante para construir a análise. Eis, portanto, a única regra da psicanálise. Ela não está do lado do analista, e sim do analisante. Trata-se de uma regra correlata à própria estrutura do campo psicanalítico aberto por Freud. É a associação livre que marca o início da psicanálise e também o início de cada psicanálise — é o ponto em que a análise deve começar.

Quinet (2009) esclarece também a exigência estabelecida por Lacan de um trabalho prévio à decisão de se aceitar um paciente em análise: as entrevistas preliminares, que têm suas funções diagnóstica, sintomal e transferencial. Elas correspondem ao que Freud denominou tratamento de ensaio. Além disso, ele questiona: “Se não são as condições elevadas artificialmente ao estatuto de regras, o que pode qualificar o psicanalista?” (p. 11). A resposta só pode ser uma: é a passagem do analisante ao analista no interior do próprio processo analítico — passe que é correlato ao final de análise. É essa condição que é introduzida como mais uma, neste trabalho, que se serve desse significante proposto por Lacan ao estruturar a composição e o funcionamento do cartel.

⁵ O termo transferência será trabalhado mais detalhadamente adiante, ocasião na qual faremos uma comparação desse conceito com a expressão “transferização”. Além disso, faremos uma diferenciação do termo transferência em Lacan e em Freud.

O ator explica que a expressão +1 é o elemento que pertence ao conjunto, tendo a função de constituí-lo e de fazê-lo funcionar. A passagem do analisante ao analista no final de análise faz parte, como o +1 do cartel, das condições da análise enumeradas no texto freudiano. Esta +1 condição é a condição *sine qua non* para o analista conduzir a análise de um sujeito do início ao fim. O objetivo da exposição de Quinet é o de apontar, a partir do ensino de Jacques Lacan, os fundamentos dessas quatro condições enumeradas por Freud. Esse trabalho é uma introdução às condições da análise. Trata-se de conferir na experiência analítica o quanto essas condições são determinadas pelos próprios fundamentos da psicanálise. É a condição “mais-uma” que dá uma estrutura borromeana às quatro condições da análise: “Esta + 1 condição [a passagem de analisante a analista] é a condição *sine qua non* para o analista conduzir a análise de um sujeito do início ao fim.” (Quinet, 2009, p. 14).

Retomando o cenário de análise desse estudo, podemos compreender que essa condição, a mais-uma, não será alcançada em um curto tempo de atendimentos feitos em um ambulatório hospitalar. Mas apenas o fato de ela estar presente na concepção da direção do tratamento da analista pode possibilitar não se desviar, direcionando a cura pela indevida suposição de que o correto final de análise conduziria o paciente à superação do *id* pelo *ego* na adaptação à sociedade. Presente no primeiro encontro, essa condição mais-uma sustenta a ética da escuta que possibilita a busca da diferença absoluta com base em uma confiança ali depositada (Lima, 2012). Desde o primeiro encontro, a direção a ser mantida tem o sentido de levar o paciente a se confrontar com o significante-mestre ao qual se encontra assujeitado. Para isso, o praticante deve, na medida do possível, fazer de conta, fazer semblante de objeto *a* para um outro sujeito. Essa é a condição do ato analítico (Quinet, 2009).

A respeito das “funções das entrevistas preliminares”, Quinet (2009) relembra Freud em seu texto *O início do tratamento* (1913), em que ele diz ter o hábito de praticar o que chama de tratamento de ensaio, que seria o tratamento psicanalítico de uma ou duas semanas antes do começo da análise propriamente dita. Freud anuncia que a primeira meta da análise seria a de ligar o paciente ao seu tratamento e à pessoa do analista. A expressão entrevistas preliminares corresponde em Lacan ao tratamento de ensaio em Freud. Essa expressão indica que existe um limiar, uma porta de entrada na análise. Trata-se de um tempo de trabalho prévio à análise propriamente dita, cuja entrada corresponde a atravessar o contexto preliminar para entrar no discurso analítico.

Quinet (2009) afirma que ao surgimento do desejo, sob a forma de questão, o analisante responde com amor; cabe ao analista fazer surgir nessa demanda a dimensão do

desejo, que é também conectado ao estabelecimento do sujeito suposto saber. A demanda dirigida ao analista em posição de sujeito suposto saber apresenta-se como demanda de transferência de saber. O estabelecimento da transferência no registro do saber, por meio de sua suposição, é correlato à delegação daquele que é alvo de um bem precioso que causa o desejo, suscitando, portanto, a própria transferência.

O capítulo que conclui o livro de Antônio Quinet é denominado *O ato psicanalítico e o fim de análise*. O autor inicia essa parte afirmando que se com Freud aprendemos que a própria análise do analista é a condição para seu exercício, com Lacan descobrimos que o próprio processo analítico pode conduzir o sujeito a um ponto em que de analisante ele vira analista. Aqui ele deixa supor que a ultrapassagem desse “momento de passe”, correspondente ao final da análise, é a condição do ato de tornar-se analista. Nesse capítulo, é proposta a hipótese de que o modo como o analisante sair da análise determinará seu modo de agir quando analista.

O autor reitera que o final da análise é contemporâneo da destituição do sujeito suposto saber. Se o sujeito, como vimos, é destituído de suas identificações e do objeto que o complementa na fantasia, ele também é desvinculado do saber. Essa vinculação faz emergir o desejo de saber. O analista como o sujeito a quem adveio, no final da análise, o desejo de saber, que é o nome mais apropriado, mais adequado para se designar o desejo do analista. Quinet (2009) sintetiza dizendo que o passe como dispositivo não é apenas uma possibilidade de verificação de final de análise e elaboração de um saber transmissível sobre os destinos do sujeito na análise, mas um dispositivo capaz de recolher um saber novo sobre um desejo inédito: o desejo do analista.

Preparar analistas parece desde já função de uma psicanálise pura. Entretanto, fazem-se necessárias algumas considerações: segundo a escola deixada a nós por Lacan, poderíamos dizer que a formação do analista se daria, prioritariamente, por nossa análise pessoal, por nos termos submetido à experiência analítica, ou em outras palavras, pela via de uma prática terapêutica? Para se operar uma prática terapêutica, é necessário que o referencial teórico e conceitual balize nossa direção? Dessa forma, que tipo de psicanálise realizamos em nossos consultórios? Estaria Lacan anunciando que a pura é a psicanálise em consultório e a aplicada é a psicanálise aplicada fora do consultório, em uma instituição hospitalar, por exemplo? De certo que não. Pierre Naveau aponta esse mal-entendido:

Não significa [. . .] que a prática em consultório é o lugar privilegiado da Psicanálise “pura” e a que a prática em instituição é consagrada à Psicanálise “impura”, ou seja, à Psicanálise aplicada à terapêutica. A prática em consultório é, com efeito, consagrada em grande parte à Psicanálise aplicada. (Naveau, 2003, p. 15).

Jacques-Alain Miller, no texto *Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia*, propõe discutir as contraindicações ao tratamento psicanalítico e, dessa maneira, aponta que o pressuposto usual e bem difundido é de que a psicanálise tem suas restrições e, até mesmo, recomendações em casos muito específicos, sendo para outros “[. . .] ineficaz e, até mesmo, nefasta” (Miller, 2001, p. 52), como nos casos de psicoses puras, nos tipos de caráter psicótico ou nas psicopatias severas. Miller aponta de forma precisa que esse equívoco acontece na medida em que se atém à concepção do tratamento psicanalítico em sua vertente chamada de psicanálise pura.

Lacan, no Ato de Fundação da Escola, em 1964, divide-a em duas seções⁶: psicanálise pura e aplicada. A seção de psicanálise pura direciona-se à “[. . .] Psicanálise didática” (Lacan, 2003a, p. 236), ao estudo e pesquisa dos conceitos psicanalíticos, “[. . .] não sendo a Psicanálise pura, em si mesma, uma técnica terapêutica.” (Lacan, 2003a). A seção de psicanálise aplicada relaciona-se diretamente com a clínica e a terapêutica, como detalharemos adiante. Podemos, com base na *Proposição de 9 de outubro de 1967*, trabalhar também com as nomenclaturas intensão e extensão. A psicanálise em extensão refere-se “[. . .] como presentificadora da Psicanálise no mundo” (Lacan, 2003b, p. 251), e a psicanálise em intensão que, segundo Lacan, “[. . .] não fazendo mais que preparar operadores para ela” (Lacan, 2003b), possibilitando que aqueles que se submetem ao processo estejam aptos, em seu final, a assumir a condução de uma psicanálise.

Cabe nesse momento, definir os princípios que regem a prática de atendimento chamada psicanálise em intensão. Baseia-se numa concepção de tratamento na qual se considera o inconsciente como estruturado como uma linguagem, o chamado inconsciente transferencial, tal como proposto por Lacan no *Seminário 11* (1964/1998). Essa concepção tem como objetivo final do trabalho o “passe”. Jacques-Alain Miller propõe uma reflexão sobre isso: “[seria a] psicanálise pura [. . .] a psicanálise na medida em que ela conduz ao passe do sujeito [. . .] na medida em que ela se conclui pelo passe” (Miller, 2001, p. 29), e a “[. . .] psicanálise aplicada, a psicanálise que concerne ao sintoma, a Psicanálise aplicada ao

⁶ Lacan a divide em três seções, sendo a terceira chamada de “Recenseamento do Campo Freudiano”; para nosso estudo, interessa apenas as duas primeiras divisões, visto sua relação com a prática clínica.

sintoma?” (Miller, 2001, p. 29).

A cisão das duas Psicanálises, a pura e a aplicada, repousa sobre a diferença do sintoma e do fantasma. Ela repousa sobre a noção de um mais além do sintoma, sobre a noção que para mais além do sintoma há o fantasma. O que é a cura do sintoma, melhora, alívio, bem estar, deixa ainda lugar para uma operação sobre o termo ulterior. (Miller, 2001, p. 29).

Essa noção de “mais além” coloca o sintoma com um passo aquém do fantasma; uma prática que conduz ao inconsciente e à terapêutica é, pois, o que se pode esperar de um psicanalista. O ato do analista define-se pela tentativa de fazer submergir o recalcado, de apostar no sujeito frente ao real do gozo, rumo a uma clínica do possível. Essa terapêutica possibilita pensar a psicanálise na instituição, no hospital, na escola, condições já previstas por Freud em 1918, e colocar a psicanálise ao uso da cidade, sempre a partir de sua condição ética. Operar a psicanálise no mundo é colocá-la a serviço da clínica. Em nome dessa terapêutica não é preciso “[. . .] abandonar seus princípios, deformando seus conceitos” (Cottet, 2003, p. 30), mas, sim, inventar, a cada dia, novas táticas, visto que a política e a estratégia já estão desde sempre colocadas.

A escolha da linha psicanalítica lacaniana pode ser considerada como uma direção clássica de tratamento. Por clássica entende-se o que Lacan chama de didática, e que se constitui como um processo cujo horizonte é atingir um final para a análise. Terminar uma análise, nesse sentido, coincide com a possibilidade de tornar-se psicanalista (quer em exercício, ou não), ou, para sermos mais precisos, de sustentar a posição de objeto “a” para alguém na condução de todo um processo analítico. Ou seja, no final de sua própria análise, ele deve ser capaz de receber o amor transferencial de seu paciente, tendo plena consciência de que é apenas o exercício de um papel que perderá a sua função ao final da análise de seu paciente.

Assim, desde a primeira sessão, um horizonte deve ser estabelecido, seja ele a destituição subjetiva e a travessia da fantasia (apenas como nortes), ou um efeito terapêutico rápido, como detalharemos a seguir. Pode-se perceber que a própria condução do tratamento (a partir mesmo de seu início) será inteiramente diferente, caso seja adotada a primeira ou a segunda opção. A primeira toma como orientação o que disse Lacan na *Proposição de 9 de outubro de 1967, sobre o psicanalista da Escola*: “A destituição subjetiva está gravada no bilhete de ingresso [de uma psicanálise]” (Lacan, 1968/2001, p. 257).

Compreendemos que em um hospital são quase nulas as possibilidades de se chegar ao final de uma análise. Em raras ocasiões, alguém consegue estabelecer uma relação

transferencial acompanhada por uma retificação subjetiva. Isso, entretanto, não é razão para se desconsiderar completamente um atendimento que leve em conta o final de análise como passagem de analisante a analista, tal como proposto por Lacan. O final de análise como norte do tratamento, colocado por Quinet (2009), foi, em certo sentido, sendo substituído por outras considerações.

2.3 Psicanálise aplicada à terapêutica hospitalar

A inserção da psicanálise no âmbito hospitalar é o feixe norteador do nosso trabalho. Quando nos perguntamos sobre a maneira como ali a sua prática é possível, remetemo-nos à questão da psicanálise aplicada. Tentaremos aqui esclarecer um pouco desse vasto conceito. A psicanálise aplicada não é um ato que simula a prática exercida em consultórios particulares, que estaria sendo reproduzida em outros cenários, nem uma prática psicanalítica prejudicada em sua pureza. Trata-se, assim, quando se considera sua aplicação, de uma forma de a psicanálise se situar entre outras práticas e discursos, sem que seus princípios sejam esquecidos. É importante acrescentar que, apesar da ênfase na terapêutica, a psicanálise aplicada também mantém rigor na formação do psicanalista.

Com a expansão do mal-estar contemporâneo, somos cada vez mais convocados ao trabalho terapêutico com o sofrimento mental em diferentes cenários. Podemos considerar um desafio sustentar a psicanálise em outros locais, expandindo suas fronteiras para além dos *settings* tradicionais. Tal prática possibilita à psicanálise manter seu fazer frente às necessidades decorrentes das exigências contemporâneas. Freud (1919/1976), em seu texto *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, já apontava para a tarefa importante de variar as condições da psicanálise às circunstâncias de tratamento das grandes massas, vislumbrando a necessidade de a técnica psicanalítica ser aplicada fora do *standard* do *setting*.

Um fato histórico que contribuiu para a difusão da psicanálise aplicada foi a Primeira Guerra Mundial. Médicos analistas contemporâneos à guerra, na intenção de aplicar seus conhecimentos a situações de tratamentos de urgência e trauma, começaram a discutir sobre a ampliação do dispositivo da psicanálise para situações diferentes daquelas típicas do consultório particular. Freud (1930) vislumbrava no futuro um acesso das massas ao tratamento psíquico, indicando que esses tratamentos seriam gratuitos e que os psicanalistas deveriam adaptar sua técnica às novas condições. Ele diz:

É muito provável que a aplicação em larga escala da nossa terapia nos force a fundir o ouro puro da análise livre com o cobre da sugestão direta [. . .]. No entanto qualquer que seja a forma que essa psicoterapia para o povo possa assumir [. . .] os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser aqueles tomados à psicanálise rigorosa e não tendenciosa. (Freud, 1930, p. 211).

Um importante exemplo da psicanálise aplicada de uma forma distinta da práxis *standard* aparece na introdução ao caso *Hans*, que foi escrito e publicado em 1909. Nele, Freud esclareceu que não se tratava de um caso de sua clínica, e que o tratamento da criança foi efetuado pelo pai, sob sua supervisão. Freud (1930) admitiu o fato de que as variadas formas de doença não podiam ser tratadas pela psicanálise com a mesma técnica: aí, sim, entraria um novo tipo de atividade. Outro exemplo notório da psicanálise aplicada seria o caso Katharina (Freud, 1893/1996), que foi atípico em termos de tratamento, pois se resumiu a apenas um encontro, o que constituía uma pressão temporal. Tratava-se de uma intervenção que supunha uma causa, ou seja, nomeava a possibilidade de um acontecimento e, ao mesmo tempo, implicava o sujeito na cena traumática.

Ram Mandil (2003) diz que as provocações feitas à psicanálise nessa nova época nos convocam a identificar as exigências que permitem a essa teoria continuar sendo um caminho ao real da existência e aumentar a nossa capacidade de recuperar a autoridade da palavra, “seu dom oracular”, num mundo que cultiva cada vez mais a univocidade dos sentidos, que celebra o prosaico em detrimento do poético, que busca a todo o momento destacar o útil e descartar o “inútil”. Para isso, os analistas precisam ser convocados a definir os princípios de sua prática nos diversos espaços da cidade (Mandil, 2003). Entre esses espaços está o hospital. Esclarecer o papel do psicanalista na instituição hospitalar é de grande relevância, tendo em vista seu saber fazer frente ao discurso que ali é construído. Torna-se necessário pensar como a psicanálise inserida nesse contexto pode tratar a individualidade e os modos de apresentação do sintoma. Assim, a questão passa a ser a definição dos princípios com os quais nelas operamos, bem como sua pertinência nesses novos meios de atuação.

Na *Proposição de 9 de outubro de 1967*, Lacan (1967/2001) discorre sobre a psicanálise em extensão, a psicanálise no mundo, isto é, a clínica psicanalítica convocada a auxiliar na resolução de outros problemas que não apareciam na clínica freudiana clássica da histeria ou da neurose. Com isso, a demanda ao psicanalista pode ser ampliada. Ele pode ser convocado a lugares nos quais nunca havia atuado, como hospitais, onde não cabe uma psicanálise que seria concluída em um período de tempo muito extenso. Na vertente da psicanálise em extensão aplicada à terapêutica nos hospitais, o que predomina como finalidade é conseguir não a destituição subjetiva com a passagem do analisante a analista,

mas o fechamento de um ciclo, uma amarração. Com a proposta da psicanálise em extensão, sugerimos o fato de se trocar a destituição subjetiva por uma elaboração, possibilitando certa circunscrição do gozo como marco do destino da análise, e isso seria suficiente para deslocar uma questão.

A diferença entre psicanálise aplicada e psicanálise pura também foi considerada por Lacan em seu *Ato de fundação* (Lacan, 1964/2003) da Escola Francesa de Psicanálise, em 21 de junho de 1964. Nele, o autor traçava essa distinção na própria definição da experiência de uma escola de psicanálise, situando as duas no interior de sua proposta de formação do analista. Ainda que as duas modalidades da psicanálise sejam mencionadas como constituindo duas seções distintas, é importante sublinhar que ambas são tributárias da formação do analista e da causa analítica. São 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, 1964, p. 235).

Como vimos anteriormente, a psicanálise pura é, portanto, a psicanálise à medida que ela conduz ao passe do sujeito. É a psicanálise que se conclui pelo passe. A psicanálise aplicada é a psicanálise que concerne ao sintoma, enquanto aplicada ao sintoma. Sendo assim, o sintoma torna-se condição fundamental para o seu exercício: “[. . .] é preciso que haja sintoma analítico e que haja sofrimento do sintoma, que este gozo do sintoma se apresente como desprazer.” (Miller, 1999, p. 55). Esse mesmo autor, em outro texto já citado aqui, denominado *Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia*, aponta que a psicanálise aplicada é um termo que vem responder a confusões recorrentes, tanto de ordem teórica, quanto prática. Ele afirma:

Há algo que se chama a cura (guérison) e que poderia, com efeito, ser o nome da saída nessa vertente. A cisão entre duas psicanálises, a pura e a aplicada, repousa na diferença entre sintoma e fantasia. Ela repousa na noção de um além do sintoma, na noção de que, para além do sintoma, há a fantasia. O que é cura do sintoma, melhora, alívio, bem-estar, deixa ainda lugar para uma operação sobre o termo ulterior. Dada a forma como nós definimos a fantasia, não chamamos essa operação de cura. Nós a chamamos correntemente – isso começou a correr porque nós pontuamos um termo empregado uma vez por Lacan, não mais – de travessia quando se trata da fantasia. (Miller, 2001, p. 27)

Enquanto esta oposição se mantiver – o sintoma como o que não vai bem, como o que faz mal, e a fantasia onde estamos bem, ou pelo menos, da qual se pode tirar um gozo –, estamos fundamentados para distinguir a psicanálise pura e a psicanálise terapêutica. Miller (2001) acentua a importância de que a psicanálise não deixe de ser psicanálise sob o pretexto de ser terapêutica, que ela seja levada a ultrapassar esse limite, essa diferença. Que ela

permaneça psicanálise, que ela seja reservada ao psicanalista, que ela seja a psicanálise como tal enquanto aplicada. Seriam essas premissas elementares. A cisão entre duas psicanálises, a pura e a aplicada, repousa na diferença entre sintoma e fantasia. Ela repousa na noção de que, para além do sintoma, há a fantasia.

Portanto, a psicanálise aplicada pode ser compreendida como uma *práxis* que leva em conta o sujeito, articulando as dimensões clínicas e políticas do sintoma. Diante desse raciocínio, podemos questionar: o que entraria no lugar do passe como norteador do processo? A sugestão é que seja possível pensar uma espécie de “cura rápida” com base em “[. . .] concepção mais pragmática que responda melhor à questão: o que fazer ou como fazer para desatar os nós de gozo” (Cottet, 2005, p. 24). Nesse caso, os objetivos do atendimento são diferentes e, com isso, as quatro condições clássicas não se apresentam do mesmo modo. Trata-se, sobretudo, de uma clínica do estreitamento, do afrouxamento e mesmo do corte dos nós borromeanos. Ainda citando Cottet, podemos afirmar que, em nome dessa terapêutica, não é preciso “[. . .] abandonar seus princípios, deformando seus conceitos.” (Cottet, 2003, p. 30), mas, sim, inventar, a cada dia, novas táticas, visto que a política e a estratégia já estão desde sempre colocadas.

Outra autora que trabalha essa questão é Marie-Hélène Brousse; para ela, a psicanálise aplicada “[. . .] é o nome dado à tentativa de inserção do nó político, epistemológico e ético da psicanálise como discurso, ou seja, como tratamento inédito do gozo no campo dos outros discursos” (Brousse, 2003, p. 38). Ela constitui-se, assim, segundo essa autora, em uma máquina de guerra contra a dissolução da psicanálise no campo das psicoterapias. Essa afirmação permite pensar a psicanálise aplicada não apenas como inovação técnica, mas como uma aposta decidida por parte dos psicanalistas na capacidade do discurso analítico em proporcionar um novo laço social, bem como uma colocação à prova dos princípios da psicanálise e da formação do psicanalista. A partir da teoria lacaniana dos quatro discursos, Brousse (2007) situa “três pontos de ancoragem” que balizam o campo operacional da psicanálise aplicada, permitindo delinear seus fundamentos e distingui-la de outras abordagens terapêuticas.

Em primeiro lugar, situa-se a referência ao sujeito barrado ($\$$), que constitui o destinatário a quem o analista se endereça. Esse sujeito não deve ser confundido com o eu unificado das psicoterapias, nem com o cidadão das abordagens socioassistenciais; a barra que incide sobre ele indica a sua divisão entre os efeitos significantes e o gozo, subjacente ao sintoma do qual se queixa. Trata-se de um sujeito que não é passível de nomeação por nenhuma categoria preconcebida.

O segundo referencial indicado por Brousse consiste na barra que, dessa vez, está atravessada no campo do Outro (\bar{A}). Se o primeiro referencial aponta para o ponto de vista do psicanalista, o segundo aponta para o lugar no qual o analista deve se situar para efetivar o seu ato. Esse ato só se torna possível a partir da destituição da onipotência do Outro regulador, seja como um ideal normativo, seja como uma garantia de um encontro. Dessa forma, o Outro é inconsistente, só comparecendo como uma ficção, um semblante encobridor do vazio que sustenta a demanda do sujeito.

O terceiro referencial mencionado é o saber (S_2) como saber textual e não referencial. Nesse sentido, pode-se afirmar que o saber textual, advindo do sujeito, interroga o saber referencial dos especialistas e gestores da saúde pública. Enquanto que o saber textual é construído de modo singular pelo sujeito na transferência, o saber referencial está previamente estabelecido e legitimado universalmente, distanciado do real que a psicanálise visa atingir pela sua ação clínica.

Podemos afirmar, portanto, que a psicanálise aplicada é a colocação em ato de uma “[. . .] eleição do sintoma diante da lógica das instituições ao serviço do mestre moderno” (Brousse, 2003, p. 38). Sem dúvida, isto constituiria uma apropriada resposta dos psicanalistas, confrontados com os impasses das novas demandas do mundo contemporâneo.

Temos, então, que a psicanálise, tanto na sua vertente de consultório, quanto na sua aplicação no campo institucional, encontra-se no nível da terapêutica e essa extensão é “[. . .] uma condição de sobrevivência” (Brousse, 2003, p. 30). Contudo, tomar a psicanálise em seu aspecto amplo pode ser uma tentativa de adaptação às expectativas atuais. A demanda que se apresenta aos analistas pauta-se nas chamadas novas patologias da modernidade (entre elas a anorexia, a bulimia, a toxicomania, o estresse, etc.), instigadas a confrontar com a eficácia científica. “O saber científico contribui para o desenvolvimento do gozo dos sujeitos, mas não para o tratamento.” (Brousse, 2003, p. 30). Desse modo, a psicanálise deve ser terapêutica, deve incidir sobre o sintoma.

Para finalizar esse conteúdo, podemos concluir que operar a psicanálise no mundo é colocá-la a serviço da clínica. E que, mesmo sabendo que o trabalho realizado em um ambulatório hospitalar não leva o paciente a concluir a sua análise naquele espaço, o final da análise encontra-se presente desde o início dos atendimentos. Em cada final de sessão, o final da análise já se encontra posto. Reconhecemos, contudo, que a conclusão de uma análise com a consequente passagem de analisante a analista não é possível no hospital, pois sabemos que, apesar de atemporal, o trabalho com o inconsciente demanda um longo período, não satisfeito no limite de cinco ou dez sessões de atendimento. Não acreditamos, porém, que tal fator

invalide a *práxis* da psicanálise nos hospitais, nem que o final da análise deixe de nortear o tratamento. Conforme aponta Laurent: “[. . .] há que formar analistas que possam dedicar-se a este objetivo, precisamente, não o de oferecer a cura analítica para todos, mas sim poder situar-se em um lugar de um uso possível para todos” (Laurent, 2000, p. 58).

2.4 Psicanálise e medicina

A medicina, regida pela ética da ciência, procura estabelecer a doença como algo que no funcionamento geral do indivíduo não está bom. Dessa forma, ela tem como ponto de partida para o tratamento o diagnóstico e, como objetivo final, abolir ou amenizar os sintomas da doença, possibilitando a avaliação estatística dos resultados, seguindo condutas terapêuticas padronizadas.

No entanto, a doença também pode ser considerada uma metáfora cujo significado está ausente para o sujeito consciente. Contrapondo-se ao universal da medicina, a ética da psicanálise diz respeito à singularidade da relação do indivíduo com seu desejo inconsciente, do caso a caso. O que fundamenta um tratamento psicanalítico não é uma normalização como na medicina, mas uma construção. Por isso, não há estatística possível nem tratamento padrão.

No caso da psicanálise, palavras não valem apenas por seu sentido manifesto, mas por aquilo que comunicam da singularidade de cada um. Singularidade silenciosa que, não só participa, mas interfere num tratamento. A doença porta algo que também diz respeito ao sujeito. Por isso, é necessário considerar a subjetividade presente, a história e a singularidade de cada um. A psicanálise propõe que a dor causada por uma doença não se reduz somente a uma pane ou falha no sistema orgânico. Ela surge de desejos e escolhas; satisfações e frustrações; esperanças e decepções.

A psicanálise visa à transformação subjetiva, onde a medicina vê restabelecimento. Logo, as particularidades da clínica médica podem se mostrar avessas ao saber psicanalítico. O psicanalista sabe que é o sujeito que indica o caminho a seguir, o médico talvez ignore isso. Ele pode não considerar o saber inconsciente que cada sujeito carrega dentro de si. Um saber que se insinua por meio de seus sintomas e angústias. Mais que fazer um diagnóstico e prescrever uma medicação, é preciso compreender a singularidade que é o sofrimento em cada um; e que o aparecimento de uma doença é único, assim como a relação que o sujeito estabelece com ela.

2.4.1 Discurso médico e discurso psicanalítico

O que se espera de um bom médico é que ele possa juntar os signos de uma doença e que estes o levem a um sentido unívoco preciso, o diagnóstico. Espera-se que um médico, a respeito das doenças que afligem os humanos, seja o mais objetivo possível e exato. A prática da medicina, assim colocada, não abre o espaço para a relação médico-paciente, o espaço é ocupado pela doença e pelo conhecimento. Aquela que ele deve derrotar apenas com os instrumentos objetivos. Sua relação é com a patologia, ou no máximo com o homem pós-doença, aquele que é portador do triunfo médico.

A medicina moderna fixou sua data de nascimento com o aparecimento da anatomia patológica. É a partir desse momento que os médicos passam a organizar um discurso sobre a manifestação da doença no corpo dos homens, um discurso capaz de incluir aquilo que durante séculos permaneceu abaixo do limiar do visível e do enunciável. A cientificidade imprescindível da medicina entra em acordo com o ideal de um saber total sobre o objeto. Esse discurso se apropria do discurso do sujeito, transformando os significantes de sua fala em signos, em sinais médicos. Como propõe Clavreul (1983) “[. . .] o Ser, o homem doente, não interessa à medicina, daí o médico não se dirigir ao doente, mas ao futuro homem são” (p. 13).

Em nome do princípio de que o saber está no médico e a ignorância no doente, ele se acha justificado para decidir, na condição de mestre absoluto, não podendo ninguém duvidar de que ele sabe melhor que qualquer outro qual é o bem de seu doente. Por intermédio da utilização de um vocabulário ao qual o doente não tem acesso, o discurso médico opera reduzindo o sentido dos diferentes ditos do sujeito àquilo que é passível de ser inscrito no discurso médico.

A medicina exerce sua função, ao lutar contra as moléstias do corpo, no entanto, na fronteira entre a vida e a morte, inevitavelmente se encontrará aí com as angústias e temores dos homens. Clavreul (1983) afirma que a medicina, fundamentada num saber sobre o corpo orgânico, vê-se assim confrontada com um corpo que extrapola esse registro. Se o discurso médico tenta separar o sujeito que sofre de sua doença, o discurso psicanalítico nos mostra que isto pode causar algum prejuízo ao processo de cura analítica.

A formulação lacaniana dos *Quatro discursos* faz-se particularmente interessante para construir reflexões acerca dessa questão. Ao situar os discursos, Lacan (1969-1970/1992) reconhece a pluralidade e busca explicitar lugares sociais. Os discursos propostos por ele são discurso do mestre, discurso do analista, discurso universitário e discurso da histórica. Ele

especifica o fundamento desses discursos, descrevendo que os sujeitos são determinados pelo deslocamento do significante (entendido como o que representa o sujeito para outro significante) em seus atos e em seu destino. E é sobre a posição que os sujeitos tomam em relação a esse saber que esses discursos são articulados.

Esses discursos têm seus termos constitutivos – significante mestre (S_1), saber (S_2), sujeito barrado ($\$$), “a” (objeto a – causa do desejo) – colocados em lugares que não permitem inversão de ordem, justamente expressos em matemas que transmitem a posição evidenciada em cada discurso. Bruce Fink (1998), em sua obra *O sujeito lacaniano*, faz um esclarecimento sobre a posição ou o lugar que cada sujeito ocupa no discurso, no capítulo denominado *Os quatro discursos*. Esse autor demonstra as diversas posições que cada um dos quatro discursos podem ser designadas da seguinte forma:

$$\frac{\text{agente} \rightarrow \text{outro}}{\text{verdade produto/perda}}$$

Seja qual for o matema que Lacan coloca em uma dessas quatro posições, o sujeito assume o papel atribuído a essa posição.

Figura 2 – Formulação lacaniana dos *Quatro discursos*

| | |
|--|--|
| Discurso do Mestre | Discurso Universitário |
| $\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$ | $\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$ |
| Discurso da Histórica | Discurso Analista |
| $\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$ | $\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$ |

Figura 1: Os quatro discursos.

Fonte: Fink (1998, p. 161).

No discurso do mestre, há a ideia de que quem fala sabe sobre o que fala. Há o recalçamento da falta, é o discurso da possibilidade do saber. Constituindo o signo em significante, ele o ordena com outros significantes e permite que emerja a significação. Para esse discurso, o objeto “a” vem ocupar o lugar do objeto desconhecido. Ele é, portanto o discurso que produz o saber. Nesse discurso, a posição predominante é preenchida por S_1 . Nessa linha de raciocínio, o autor esclarece os lugares que cada sujeito ocupa, afirmando que:

O mestre (representado por S_1) dirige-se (essa direção é representada por setas) ao escravo (S_2), que está situado na posição do trabalhador (no canto direito superior, também denominado por Lacan como posição do outro). O escravo, ao trabalhar duro para o mestre, aprende algo: ele vem encarnar o saber, representado pelo S_2 . [. . .] O objeto (a) que aparece que aparece no canto direito inferior representa o excedente produzido: a mais valia, derivado da atividade do trabalhador e que proporciona prazer ao mestre, o mais gozar. [. . .] O mestre, por sua vez, é um ser da linguagem que sucumbiu à castração simbólica: a divisão entre o consciente e o inconsciente (\$) acarretada pelo significante é velada no discurso do mestre e aparece na posição de verdade. (Fink, 1998, p. 161).

O discurso universitário prega que há um conhecimento erudito ao qual o aluno deve se sujeitar; há um saber sobre o objeto, em como este deve ser. Sendo, dessa forma, o discurso que detém o saber. O saber que é da ordem de um grande Outro, o que provoca a alienação do sujeito. Nesse discurso “[. . .] o saber substitui o significante mestre não senso na posição predominantemente dominadora. O saber sistemático é a autoridade máxima.” (Fink, 1998, p. 162). Nesse sentido, podemos dizer que a verdade oculta atrás do discurso da universidade é, afinal de contas, o significante mestre. Esse autor afirma ainda que o saber nesse discurso interroga a mais-valia e a racionaliza ou a justifica. O produto ou perda significa o sujeito dividido ou alienado.

Buscar um mestre que possa dominar o saber é o intuito da histórica, que, por sua vez, recalca a falta e provoca a fala no corpo. Contudo, o efeito desse discurso é provocar o saber, pois ele desafia a autoridade, a teoria estabelecida, propondo insistentemente a dúvida sobre o saber do Outro. O que faz a histórica em seu discurso nada mais é do que significar ela mesma em sua subjetividade por meio dos sintomas. Esses sintomas que ela produz aos montes têm estatuto particular, como significantes em relação à cadeia significante à medida que eles a solicitam.

No discurso universitário, esclarece que o sujeito dividido ocupa a posição dominante e se dirige a S_1 colocando-o em questão. Diz “[. . .] a histórica vai ao mestre e demanda que ele mostre sua substância, prove sua índole através da produção de alguma coisa séria em termos de saber”. (Fink, 1998, p. 163). No canto direito inferior, encontra-se o saber (S_2), essa posição é aquela em que se situa o gozo, o que propõe que a histórica obtenha prazer do saber. A histórica instiga o mestre até o ponto em que ela passa a considerar que falta saber ao mestre. Acrescenta que “[. . .] no discurso da histórica, o objeto *a* aparece na posição de verdade. Isso significa que a verdade do discurso da histórica, sua força motriz oculta é o real”. (Fink, 1998, p. 165).

O discurso do analista provoca a queda do saber suposto, para que o sujeito possa produzir outros saberes ou mesmo relativize os que já possui. Provoca o desvelamento do

recalcado, visando à produção do inconsciente por meio da associação-livre, ou seja, o “falar”. Conforme afirma Fink (1998):

[. . .] o objeto a (no discurso do analista), como causa de desejo é o agente que ocupa a posição predominante ou dominadora. O analista desempenha a função de pura condição desejante, e interroga o sujeito na sua divisão, precisamente naqueles pontos onde a clivagem entre o consciente e o inconsciente aparece. [. . .] Dessa forma o analista leva o paciente a trabalhar, a associar, e o produto dessa associação árdua é um novo significante mestre que ainda não se relacionou com qualquer outro significante. (pp.165-166).

Dessa maneira, quando um significante mestre aparece na situação analítica, ele apresenta-se como um beco sem saída, uma palavra ou uma frase que coloca um fim à associação, gerando uma interrupção no discurso do paciente. Nesse mesmo texto, é possível destacar que “[. . .] a tarefa da análise é levar tais significantes mestres a se relacionarem com outros significantes, isto é, dialetizar os significantes mestre que ela produz.” (Fink, 1998, p. 166). Ou ainda:

O analista, apontando para o fato de que o analisando não é o mestre de seu próprio discurso, instala-o como dividido entre o sujeito falante consciente e algum outro (sujeito) falante através do mesmo porta-voz, como agente de um discurso onde os S_1 produzidos durante a análise são interrogados e forçados a revelar seus vínculos com o S_2 . (Fink, 1998, p. 167).

O S_2 aparece, portanto, no discurso analítico, no lugar da verdade (posição esquerda inferior). Ele representa o saber, o saber inconsciente, que ainda precisa ser subjetivado. Sendo que a força motriz do processo é o objeto “a”, o analista opera com a pura capacidade desejante. Contudo, enquanto o analista adota o discurso analítico, o analisando é inevitavelmente histericizado no decorrer da análise. O analisando é incitado de volta para o discurso da histórica, pelo simples fato de que o analista coloca o sujeito, todo o tempo, como sendo dividido.

A partir dessas formulações sobre os quatro discursos, Clavreul (1983) afirma que é interessante assinalar que a posição pessoal do médico procede essencialmente do discurso do mestre, no estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, na pesquisa e na sua posição de conquista em relação ao desconhecido da doença. Sua posição faz-se também do discurso universitário, quando, a partir do saber constituído da medicina, oferece a terapêutica como benefício que restitui ao doente. No entanto, o médico não deixa de estar situado na posição histórica, a partir do momento em que ele não pode desdenhar de ter de se significar como médico, por meio de uma titulação. Chamado a representar o homem que encarna o saber

diante dos outros, ele assegura a produção de significantes novos que serão inscritos no discurso médico.

Contudo, é possível perceber que o médico não é um observador isento da doença ou do indivíduo doente. Sua ação ocorre dentro de um campo transferencial em que os mecanismos defensivos e identificatórios se fazem presentes, podendo facilitar ou dificultar sua tarefa. Sabemos também que, quando um paciente procura um médico, leva consigo, além dos aspectos conscientes do “estar doente”, as representações sobre sua enfermidade e as fantasias acerca do adoecimento e da cura. Instala-se, num primeiro momento, um movimento regressivo de dependência e de idealização, em relação ao médico. Cada doente tem sempre uma doença singular e a relação que se estabelece com quem o trata tem tonalidades muito específicas.

A partir das diversas etapas pelas quais se efetua o ato médico, ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é “[. . .] um discurso totalitário, que exclui a diferença, único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar”. (Clavreul, 1983, p. 18). O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo. A posição do psicanalista não se une à do médico e à do doente, que é de recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como aberração.

O psicanalista é solicitado pela medicina, na sua especificidade, a fazer uma escuta que coloque um pouco de ordem no esfumado “fator psíquico”, o qual, como se sabe, não é de modo algum negligenciável nas doenças repertoriadas pela medicina. Esse convite pode se constituir um problema se se tratar apenas de colocar alguns fragmentos do saber psicanalítico a serviço da Ordem Médica. Pode-se pensar que a psicanálise não tem nada melhor a fazer senão deslizar-se no discurso dominante, esperando dobrá-lo ou pretendendo subvertê-lo. Desse modo, a medicina torna-se, então, o suporte ou o alvo da psicanálise.

O discurso médico prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia, como daquele que o escuta. O médico intervém e fala como representante da instituição médica, instrumento do discurso médico. Ele anula-se como sujeito perante a exigência de objetividade científica. Daí a pretensa objetividade do cientista que, na verdade, tem sua base na abolição da subjetividade.

É nesse ponto que se estabelece uma distinção radical entre psicanálise e medicina, pois “[. . .] é o princípio mesmo de uma função superegógica de uma ordem operante a qual devemos nos curvar e nos adaptar, que a psicanálise põe em questão” (Clavreul, 1983, p. 14). Evidenciando que é a exclusão das posições subjetivas do médico e do doente o que funda a

relação médico-doente, é que Lacan dirá que não existe relação médico-doente. Clavreul (1983) demonstra que, longe de ser uma especialidade da medicina, a psicanálise é, antes, o avesso da medicina.

O que está em jogo aí é a passagem de um discurso a outro, do discurso do mestre para o discurso do psicanalista. Ou seja, a passagem da posição de compreensão para a posição de interpretação (de semblante do objeto causa do desejo). Passagem, enfim, da postura do sujeito que sabe, própria do médico, para a do sujeito suposto saber, lugar do psicanalista. Não se trata de vencer os médicos, mas de interpretá-los. A clínica psicanalítica começa aí, nas manifestações transferenciais, que é o lugar em que se detém a clínica médica.

Como afirma Clavreul (1983), a psicanálise restitui ao sujeito seu lugar, o qual a ciência encobre, ao constituir um discurso em que o sujeito não se manifesta, em que a verdade enunciada por ele deve ser independente daquele que a enuncia. Para a psicanálise, não se trata de pretender preencher com seu saber as ignorâncias da medicina, pois não são ignorâncias, mas desconhecimentos, isto é, elas são sistemáticas e estruturantes para a construção do discurso médico. São, portanto, obstáculos epistemológicos que marcam os limites do saber e do poder médico, como marcam os limites do discurso psicanalítico.

Clavreul (1983) sustenta que a “[. . .] teoria psicanalítica não é corpo doutrinal que seria conveniente ensinar, ela é o conjunto de referências que permitem ao analista ouvir seu paciente.” (p. 181). Do que este sofre é de não poder dizer o que tem a dizer, é de não representar suas pulsões, a não ser sob a forma desconhecível de seus sintomas. A interpretação do psicanalista não é, pois, a enunciação dessa justa doutrina, mas a pontuação dos cruzamentos significantes em que se detém e se desvia a enunciação do desejo do paciente. O lugar em que aparece o sintoma não é e não pode ser independente de seu encontro com o discurso do Outro. Isto é tão mais verdadeiro quando nos dirigimos ao psicanalista do que quando falamos ao médico, uma vez que o Outro contém o “tesouro de significantes”, isto é, o discurso dominante.

O paciente chega portador de um discurso que não é de forma alguma dele, mas aquele ambíguo, do médico, que só a contragosto se renuncia diante dessa confissão de uma derrota da ciência, da qual é o porta-voz. Percebe-se, então, que não é fácil passar do discurso médico ao discurso analítico nem para o paciente, nem, sobretudo, para o médico, quaisquer que sejam a sua boa vontade e sua abertura.

O psicanalista, na maioria das vezes, está situado na alternativa de ter de aceitar uma situação difícil, em que o consultante é o intermediário de uma partida que é jogada, entre o médico e a análise, ou de ter que instaurar bases novas para o empreendimento analítico, como risco de contradizer seu correspondente [. . .] e de aliená-lo de si. (Clavreul, 1983, p. 190)

O discurso médico é desumanizante no que estuda a doença e a separa do homem, o qual figura aí apenas como terreno. Clavreul (1983) aponta que isto não significa que a psicanálise possa pretender constituir essa antropologia que a medicina não pôde construir. A psicanálise, por sua vez, não conhece do homem senão sua “falta a ser”, pela palavra na qual ele testemunha isto. O discurso psicanalítico fornece matéria para constituir um saber sobre o inconsciente.

O estatuto daquele a quem fala o paciente do médico e do psicanalista é o mesmo, o do grande Outro. Outro como lugar em que se encontram os significantes, em que se pode inscrever seu sofrimento, o qual ele, o paciente, não pode saber por si mesmo o que é. A aventura médica visa responder essa demanda com fins de suprimi-la. Com o analista, é a sustentação da demanda que é, ao contrário, o motor da cura.

Nota-se, contudo, que não há diálogo entre médico e doente, visto que este está voltado a se calar, para deixar a palavra apenas aos sintomas. O diálogo é também inexistente entre médico e psicanalista, cujos discursos se cruzam às vezes em torno dos mesmos sintomas, mas não se articulam.

2.5 O paciente neurológico

Sábado, início da tarde. Cristina não consegue acompanhar a alegria das pessoas naquele almoço em família. Sentia tanta dor de cabeça que podia escutar as próprias batidas do coração. A tentativa de repouso não trazia resultados. Cristina sente sua visão escurecer e tenta pedir ajuda a mãe. Não consegue. Ela cai, a boca está torta, o rosto bonito perde a sua forma. Os familiares pensam tratar-se de mais uma brincadeira daquela moça divertida, mas não era. Nesse momento, ela não faz mais contato, os olhos estão exageradamente abertos, ela não consegue mais falar, não interage. Em seu rosto, uma expressão de dor contrai todos os seus músculos. No hospital, o atendimento é pronto. Cristina é levada ao centro cirúrgico, trata-se de um AVC. A mãe espera por notícias no corredor. Cristina sobrevive, mas agora ela não verbaliza, não se movimenta, não tem mais a autonomia de antes. Os olhos alertas de Cristina acompanham atentamente o examinador. Nesse instante, inicia-se o longo caminho para a reabilitação física e psíquica.

Pesquisar a experiência subjetiva do adoecimento neurológico, as variações teóricas derivadas do seu manejo e os diferentes diálogos entre psicanálise e a medicina são apontados como os principais interesses desta dissertação. De uma forma geral, o tratamento que a ciência propõe a esse modo de acometimento diz respeito à readaptação frente às perdas cerebrais, cognitivas e motoras sofridas pelo sujeito em função do acontecido, muitas vezes negligenciando abordagens de cunho psíquico e priorizando a reabilitação das funções mentais. A ideia de que uma abordagem terapêutica da experiência subjetiva da lesão cerebral pode produzir efeitos benéficos é sustentada neste estudo pelas investigações teórico-clínicas no campo da psicanálise.

Os protagonistas desta dissertação são pacientes com lesões cerebrais ocasionadas por traumas (impactos físicos) ou motivos clínicos. De acordo com a enciclopédia virtual *Wikipédia*, a lesão cerebral é a destruição ou degeneração das células do cérebro. Também denominado comprometimento neurológico, ele pode ocorrer devido a uma vasta gama de condições, doenças ou traumas. Essa fonte de pesquisa aponta que as causas mais comuns de lesão cerebral são os Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Outras causas possíveis de patologias neurológicas incluem tipos de hemorragias encefálicas, danos provindos de tumores, hipóxia prolongada (falta de oxigênio), infecções, demências e outras moléstias neurológicas.

Não é a intenção deste estudo se estender sobre as particularidades de cada acometimento citado, nem detalhar empiricamente as origens e estruturas das lesões. O propósito aqui é que os comprometimentos neurológicos escolhidos e exemplificados nas vinhetas clínicas façam a ponte necessária ao objetivo da pesquisa, que é explorar as experiências psíquicas vivenciadas por meio das lesões e o modo de acolhimento psicanalítico desses pacientes. As lesões, nesse caso, são somente a origem orgânica do sintoma representado no corpo e na mente. Por essas razões não abordaremos aqui todos os tipos de patologias encefálicas, escolhemos nos ater apenas aos pacientes vítimas de TCE e AVC (incluindo outros tipos de hemorragias cerebrais).

O AVC é definido pela Organização Mundial de Saúde como “[. . .] um sinal clínico de rápido desenvolvimento de perturbação focal da função cerebral, de suposta origem vascular e com mais de 24 horas de duração” (Wade, Durward & Baer, 2000, p. 83). O AVC é popularmente conhecido como “derrame” e pode ser de dois tipos: isquêmico ou hemorrágico. O primeiro, que corresponde por 80% dos acidentes vasculares cerebrais, caracteriza-se pela “[. . .] obstrução de uma das artérias cerebrais importantes ou de seus ramos perfurantes menores que vão para as partes mais profundas do cérebro” (Wade et al., 2000, p. 85).

Os efeitos causados dependem da área cerebral que deixou de receber irrigação sanguínea, tendo como manifestações iniciais uma queixa de dor de cabeça, sem perda de consciência e desenvolvimento rápido de sintomas de hemiparesia. Hemiparesia e hemiplegia são sintomas mais característicos do AVC, bem como as dificuldades de falar coordenadamente. A hemiparesia é a dificuldade de movimentar uma das metades do corpo, enquanto a hemiplegia é “[. . .] a paralisia dos músculos de um lado do corpo contralateral ao lado do cérebro em que ocorreu o AVC” (Wade et. al., 2000, p. 83).

O segundo tipo de AVC, o hemorrágico, ocorre pelo rompimento de paredes arteriais em regiões mais profundas do cérebro, formando-se um hematoma que pode comprometer as estruturas cerebrais e trazer risco de morte em função de a pressão intracraniana elevar-se rapidamente. Os sintomas iniciais são marcantes, com cabeça, vômitos e, em metade dos casos, perda de consciência. Ainda que o prognóstico inicial seja grave, caso o paciente se recupere e o hematoma seja reabsorvido, as sequelas remanescentes são menores do que se comparadas àquelas deixadas pelo acidente isquêmico, pois nesta um maior número de neurônios é destruído (Wade et al., 2000).

Segundo Figueiredo, Caetano, Filho e Morais (2009), o TCE é causado por uma agressão ou por uma aceleração ou desaceleração de alta intensidade do cérebro dentro do crânio. Esse processo causa comprometimento estrutural e funcional do crânio, meninges, encéfalo ou de seus vasos. O TCE tem como causa acidentes em geral (automobilísticos, ciclísticos, motociclísticos, atropelamentos), quedas, agressões, lesões por arma de fogo, arma branca, catástrofes, esportes entre outros tipos de impactos mecânicos ou não.

Trata-se de um trauma que não apresenta origem degenerativa ou congênita, e pode causar diminuição ou alteração de consciência, resultando em alterações que afetam diretamente o funcionamento físico, cognitivo (memória, aprendizado e atenção), comportamental ou emocional. (Figueiredo et al., 2009, p. 4).

De acordo com os autores citados acima, o indivíduo vítima de TCE muitas vezes apresenta alteração de consciência e, dependendo da extensão e gravidade da lesão, pode evoluir para o coma, podendo permanecer nesse estado por horas, dias ou semanas. Essas pessoas, após saírem do coma, normalmente se apresentam confusas.

Pessoas que sofreram TCE podem ter alterações motoras, posturais, sensitivas, de linguagem, comunicação, visão, audição, transtornos de personalidade, intelecto, crises convulsivas, incontinência urinária ou fecal, complicações devido à permanência prolongada no leito, entre outras. (Figueiredo et al., 2009, p. 7).

Todos os dias no Ambulatório de Neurologia do Hospital João XXIII são internados vários pacientes vítimas de lesões cerebrais (de origem vascular ou traumática). As dificuldades cognitivas (do funcionamento mental) após uma lesão cerebral podem ser muito evidentes. O paciente pode ficar incapacitado para a maior parte de suas atividades, pois não é eficiente ao raciocinar, lembrar, decidir e cuidar de sua própria vida. Em outras situações, as dificuldades cognitivas são mais sutis, e demora até que as pessoas próximas notem que a pessoa está diferente na forma de pensar, na capacidade de memorizar, expressar-se ou de resolver problemas de sua vida cotidiana. A extensão e o efeito da lesão cerebral são frequentemente avaliados pelo emprego de exame neurológico, tomografia e testes de avaliação neuropsicológica.

O cenário onde recortamos as vinhetas clínicas apresentadas neste estudo é o Ambulatório de Neurologia acima citado. Nesse local, encontram-se diversos pacientes (35 leitos); lá, é possível observar e conviver com indivíduos acometidos pelas lesões citadas. A pesquisadora deste estudo faz parte do corpo clínico da equipe, atuando como psicóloga. Nos cinco anos de exercício nesse campo, foi possível observar, com o grupo multidisciplinar, que pessoas com patologias cerebrais dos tipos denominados podem apresentar variações psicopatológicas e comportamentais, tais como, oscilação da consciência; transtornos de memória, de linguagem, de orientação espaço-temporal, de percepção de si; modulação do afeto; alterações de humor; prejuízos na autonomia; e transtornos variados de comportamento, (impulsividade, regulação sexual, agressividade, apatia, etc.).

Os pacientes escolhidos para essa investigação teórico-clínica são aqueles que, diante do acontecimento inesperado, que é o acometimento neurológico, percebem-se frente a um estranhamento subjetivo. O reconhecimento de si mesmo está abalado. O material clínico e os personagens selecionados servem para ilustrar a intenção principal deste estudo, pesquisar como acontece o acolhimento psicanalítico, em uma condição tão específica como a dos lesionados cerebrais.

3 O PERCURSO

3.1 O acolhimento no cenário hospitalar

Neste capítulo, temos a intenção de identificar alguns dos principais procedimentos da prática de atendimento clínico dentro do referencial psicanalítico, bem como as técnicas referentes ao acolhimento, ao manejo da interpretação, da intervenção, da construção clínica, da transferência, etc. Nesse sentido, iniciaremos elucidando o conceito de acolhimento.

Como ponto inicial de análise do termo, cabe destacar que o “acolhimento”, tal como é proposto atualmente e hegemonicamente no campo da Saúde Pública, refere-se a uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa *HumanizaSUS*, lançado em 2004, incorpora diversos avanços conceituais referentes às práticas assistenciais e à definição de papéis dos profissionais e usuários do SUS. Mais que uma proposta sobre procedimentos que visam proporcionar bem-estar ao usuário, o programa incorpora o princípio, em caráter ideal, da transversalidade de práticas e saberes em saúde, explicitando o caráter imperativo da interlocução entre as diversas áreas do conhecimento.

O Dicionário da Língua Portuguesa assim define a palavra acolhimento: “s.m. Ação ou efeito de acolher; acolhida. Modo de receber ou maneira de ser recebido; consideração. Boa acolhida; hospitalidade. Lugar em que há segurança; abrigo.” (Dicionário..., 2017, *online*). Outra aproximação ao significado de acolhimento pode ser retirada da sua definição tal como o é originariamente proposta pelo Ministério da Saúde:

É o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do Sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de coprodução da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na *recepção e atendimento aos cidadãos*, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatórios, em hospitais ou demais unidades e serviços de saúde (Brasil, 2008a, *online*, grifo nosso).

É possível compreender que a definição proposta pelo próprio Ministério da Saúde, dentro de uma perspectiva global, seria considerar o acolhimento como uma estratégia de atendimento no serviço público de saúde sobre a relação idealizada entre profissionais e usuários. De acordo com a cartilha do programa *HumanizaSUS*, temos mais uma definição:

Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutive e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (Brasil, 2008b, *online*).

Dessa forma proposta, podemos perceber o acolhimento como uma postura, um conjunto de atitudes que permeia o relacionamento cotidiano dos profissionais com os usuários. Assim, podemos considerar a expressão no sentido de dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, agasalhar, receber, atender, um “estar-com”, em suma, uma atitude de aproximação. Importante ressaltar que o acolhimento como função clínica deve ser praticado não só na porta de entrada de um serviço ou na triagem, mas, principalmente, ao longo de todo o tratamento e de todo processo de produção de saúde.

Portela (2014) aponta que o acolhimento como função é antes de tudo uma atitude ou postura permanente ante o outro, que deve ser exercida na mesma medida da demanda do cliente, sujeito ou pessoa, ou mesmo família e equipe. Portanto, não se trata só da construção de um vínculo ou relação, mas implica uma estratégia ou forma de condução. A função de acolhimento seria, de acordo com esse autor, uma técnica relacional, um manejo que permita a construção de uma relação de confiança, ao mesmo tempo em que regule o nível de angústia.

Acreditamos no acolhimento como uma prática relevante para a singularização dos relacionamentos e para a compreensão das particularidades do usuário, que serão relacionadas na intenção de melhor se traçar um projeto terapêutico. A objetivação no momento da acolhida visa o futuro a ser elaborado com esse indivíduo que buscou ajuda. O acolhimento não seria necessariamente uma atividade em si, mas um componente que atravessa todo procedimento assistencial; não acaba, ou não deveria acabar, no ato em si. Nesse propósito, destacamos que a atitude iniciada na recepção de uma instituição pode indicar toda uma forma de o usuário se colocar diante da possibilidade de tratamento.

A proposta do acolhimento feito por um profissional da psicologia, de orientação psicanalítica, em um hospital visa a oferta do trabalho psíquico àqueles que estão em situação de adoecimento. O acolhimento em um ambulatório hospitalar, que é o contexto dessa pesquisa, tem a ver com emergência, situação crítica, urgência subjetiva e temporal. Logo, o método proposto contempla atenção a uma situação aguda em que um determinado paciente se encontra. Esse procedimento tem como proposta dedicar-se à pessoa internada, a fim de que ela possa ser escutada em seu apelo específico.

Esse primeiro contato não se situa como substituto de um tratamento psicanalítico, e nem como um processo de triagem. Aparece como uma modalidade de atendimento que, sendo realizado nos encontros iniciais, visa a ultrapassar a mera compilação de informações e anamnese. Por meio de um equacionamento inédito da queixa, bem como de um reconhecimento por parte do indivíduo de seu sofrimento, esse encontro permite que a angústia inicial possa ser percebida como algo passível de ser investigado, configurando um sintoma.

A demanda, como sistematiza Quinet (2009), não deve ser aceita tal como ela chega. Deve, pois, ser questionada e endereçada àquele analista específico, para que se transforme em um sintoma analítico. O sintoma passa do estatuto de resposta para o estatuto de questão, o que Quinet denomina função sintomal. Sabe-se que em apenas um único encontro há possibilidade de haver alguma mudança no sujeito, a ponto deste suportar o que antes trazia sofrimento. Como atesta Miller (1997), o simples fato de falar ao analista faz o sujeito retroceder diante do sofrimento, tomando distância deste e, por consequência, produzindo um alívio imediato.

Por se tratar de um trabalho que visa uma introdução à retificação subjetiva, o acolhimento pode ser visto como uma espécie de psicanálise aplicada à terapêutica, conforme trabalhamos anteriormente. Isso porque os pequenos apontamentos e intervenções tendem a se configurar em um ciclo, ao contrário da psicanálise pura, que tem por fim a travessia da fantasia, permitindo a passagem de analisado a analista. Em ambas, trabalha-se problematizando o signo e não fornecendo um sentido para o analisante.

Freud (1914), em seus artigos técnicos, já fazia ideia de que o primeiro contato de um tratamento analítico se tornava relevante, conduzindo ao alívio do sofrimento, bem como ao caráter de mudança. Defendendo esse pensamento de Freud, a proposta do acolhimento surge a fim de que haja uma localização em relação à queixa do sujeito, a aparição de um sintoma. Prosseguindo nessa linha de raciocínio, remetemo-nos a um dispositivo constituinte do movimento analítico inicial, no qual é possível conjugar a questão do acolhimento com as *Entrevistas preliminares* de Lacan (1958/1998) e com o *Tratamento de ensaio*, como Freud conceitualiza em seu texto *O início do tratamento* (1913).

Freud (1912/2006), em seus atendimentos, tinha o hábito de aceitar os pacientes de modo provisório, por um período de duas semanas somente. Considerava que, se o tratamento fosse interrompido, o paciente não teria a impressão aflitiva de uma cura que falhou. Relata que apenas se empreendia em uma sondagem a fim de conhecer se o paciente era adequado para psicanálise. Essas entrevistas iniciais servem para investigar os motivos que trazem o

paciente àquela consulta, constitui a mola mestra que vai direcionar o analista a montar suas hipóteses iniciais. O que acontece nesses primeiros encontros de certa maneira determina o curso da análise, ou mesmo se ela vai acontecer ou não.

Freud (1912) anuncia que o objetivo primeiro do processo psicanalítico é ligar seu paciente ao tratamento e ao terapeuta, isso se dá por meio das entrevistas preliminares. Nas entrevistas preliminares, o analista ou o psicoterapeuta que trabalha orientado pela psicanálise oferece sua escuta à queixa do paciente. Dependendo de como é feita essa escuta, o paciente vai endereçá-la ao terapeuta, ou seja, vai formular a ele um pedido de ajuda para seu sofrimento. Bueno (2002) afirma que na clínica da psicanálise as entrevistas preliminares são um recurso a partir do qual o entrevistado, na posição daquele que procura ajuda, direciona sua fala ao entrevistador na função de psicanalista, a partir do entendimento de que, nessa relação de linguagem, algo pode surgir. De acordo com esse autor, nas entrevistas preliminares “[. . .] a queixa inicial do sujeito quase sempre demanda uma cura” (Bueno, 2002, p. 22).

A possibilidade dessa cura está justamente na abordagem analítica de uma queixa que é a abertura a novas significações, para além do que o analisante diz. Isso é o que vai possibilitar ao paciente no final do processo se livrar do seu sintoma ou dar um novo sentido a ele. O paciente, ao pedir o auxílio de alguém, ao formular uma demanda ao terapeuta, supõe que este saiba algo do seu sofrimento, podendo tratá-lo. Isto não é o suficiente para que a análise ou mesmo a psicoterapia ocorra, mas é seu ponto de partida. Às vezes, a queixa não é formulada diretamente pelo paciente, mas por aquele que o traz, muitas vezes aquele que sofre ou se incomoda com o sintoma do outro.

Os primeiros contatos têm como objetivos acolher o cliente, com suas queixas, demandas e sofrimento, e colher informações objetivas, subjetivas e situacionais que subsidiem a tomada de decisão sobre a melhor forma de acompanhar cada cliente. As entrevistas preliminares constituem um primeiro tempo de uma análise, demandando um manejo específico do analista. Nelas, temos o indivíduo numa posição na qual se abre ao questionamento do próprio desejo. Aqui, o objetivo é abrir um espaço de fala sobre a queixa inicial, para que, a partir desta, o sujeito possa se localizar diante dela e, assim, produzir inversões dialéticas que a conduza a uma questão na qual possa se abrir à pergunta sobre o saber do Outro.

A partir disso, o acolhimento feito em um hospital pode ser compreendido como uma forma de aproximação entre os usuários e a equipe de saúde, visando uma relação mais humanizada e solidária com a realidade hospitalar do sujeito enfermo (Prochnow, Santos,

Pradebon & Schimith, 2009). Para Prochnow et al. (2009), o acolhimento no hospital é fundamental, já que a própria hospitalização torna o indivíduo enfermo e seus familiares vulneráveis, nos níveis físicos e emocionais. A prática de acolhimento contribui para que tanto os familiares, quanto a pessoa doente se sintam apoiados no ambiente hospitalar. É comum, logo após a internação do sujeito, que medo, angústia do desconhecido e a sensação de perda de identidade, trazida pelo afastamento de casa, manifestem-se. No entanto, se há uma equipe que ampare e disponibilize toda a assistência necessária, essa situação é amenizada (Dias & Nuernberg, 2010).

Aos poucos, essa prática do acolhimento vem se integrando às formas de cuidado prestadas ao paciente e à família deste, o que colabora para que singularidades sejam compreendidas. Uma assistência integral contribui para dividirmos saberes e responsabilidades, estabelecendo que práticas de atenção à saúde sejam criativas e singulares (Dias & Nuernberg, 2010). Entendemos que o acolhimento vira prática de atuação para os profissionais quando estes reconhecem sua eficácia. Por exemplo, é muito significativo que haja acolhimento quando o indivíduo chega ao hospital, que seja reconhecido pelo nome e não por sua enfermidade. Também é preciso estar atento aos aspectos subjetivos dos usuários que chegam ali, pois isso contribui com o tratamento e é fundamental para entender a história do usuário, se tem relação com a doença, e saber o que se pode potencializar visando à qualidade de vida dele (Trindade & Teixeira, 2002).

O viés psicanalítico pode amparar esse acolhimento permitindo um espaço de escuta aos personagens envolvidos naquela situação, no intuito de possibilitar que expressem seus sentimentos diante do adoecimento. Esse acolhimento também contribui para amenizar o sofrimento, aliviar as angústias e fazer com que os pacientes reconheçam o seu papel perante seus familiares e a equipe de saúde. Percebemos, então, a questão ímpar atribuída ao acolhimento, que é olhar para a subjetividade do paciente. No momento em que isso é incluído no tratamento, estabelece-se uma relação de respeito e confiança. Sendo assim, consideramos que a prática de acolhimento no campo hospitalar favorece a construção de elos entre profissionais, pacientes e seus familiares.

Portanto, o acolhimento, como ferramenta para o praticante de psicanálise, vai muito além de atender o sujeito em um momento delicado, como na internação hospitalar. Acolher é ter cuidado e atenção com a dimensão humana. Observamos que as demandas do paciente são, muitas vezes, permeadas de dor, medo, angústia, entre outras fantasias que a internação suscita no indivíduo. A partir da técnica do acolher, começamos a compreendê-lo no universo do hospital, sem desconhecer sua singularidade. São esses sentimentos que, invariavelmente,

ajudarão a determinar não só a adesão aos tratamentos dentro de novas rotinas, como o grau de autonomia e autocuidado que o sujeito adoecido poderá manter a partir disso. Assim, a atuação do analista desenvolve-se em olhar o indivíduo no todo, ou seja, considerar sua história de vida antes do hospital e fazer com ele sintá-se amparado no tratamento. A finalidade é fazer com que o sujeito se sintá singular diante da nudez que o hospital provoca.

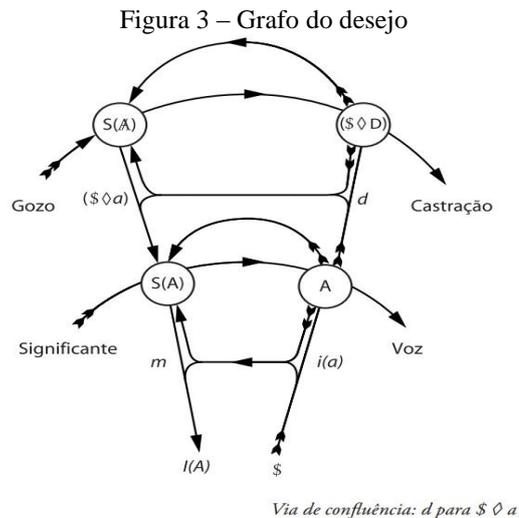
Cabe aqui fazermos uma diferenciação de como é a posição do analista diante do acolhimento em psicanálise e psicoterapia. No texto *Psicanálise pura, psicanálise aplicada e psicoterapia*, Miller (2001) também confronta as diferenças de manejo entre psicanálise e psicoterapia.

Segundo Miller (2001), uma questão que se coloca sobre os termos psicanálise e a psicoterapia seria: “A confusão que importa verdadeiramente é aquela que mistura, em nome da terapêutica, o que é Psicanálise e o que não é.” (p. 10). Pensar a psicanálise aplicada à terapêutica implica prudência. Tratar pela via analítica não significa deixar de ser psicanálise em toda sua conceituação que delimita seu campo de saber. Esse autor orienta que devemos: “[. . .] exigir muito da Psicanálise aplicada à terapêutica, ou seja, exigir que ela não ceda diante de ser Psicanálise – sob o pretexto de terapêutica, se deixar levar a ultrapassar esse limite, essa diferença” (Miller, 2001, p. 11).

Quanto à psicoterapia, Lacan presenteia-nos com sua resposta em *Televisão*, em que, para ele, a psicoterapia encontra-se no campo do sentido, do bom senso, em que a fala escamoteia o inconsciente, o gozo, a fantasia. Situa-se na dimensão da compreensão, do enunciado, e não da enunciação. Não toca as pulsões e se fixa no jogo das relações imaginárias, não apontando a falta do grande Outro. (Lacan, 1993, p. 21).

A Psicanálise não visa a identificação, tende, sim, a desidentificação, que conduz o sujeito a se haver com sua divisão. “A orientação da Psicanálise é, por consequência, uma orientação não em direção ao sentido e em direção ao ideal ou norma que visa à sugestão, mas em direção ao gozo e à consideração do sintoma naquilo que satisfaz alguma coisa.” (Naveau, 2003, p. 15).

O caminho da psicanálise é para o gozo e o real, enquanto que a psicoterapia se direciona para o sentido e o imaginário. Miller busca, no texto *A subversão do sujeito e a dialética do desejo*, dos *Escritos*, de Jacques Lacan, essa diferenciação pela via do grafo do desejo: “Ela consiste em repartir Psicanálise e Psicoterapia sobre esses dois andares, colocando o papel crucial daquilo que, em A, abre a via ao andar superior, e onde nós podemos considerar que o operador é o desejo do analista, enquanto que ele não estaria em função da parte inferior.” (Miller, 2001, p. 15).



Fonte: Lacan (1998, p. 831).

No primeiro andar, temos o eixo da cadeia significativa, de s a s' , recortado pelo eixo do discurso, que vai do a $I(A)$, do sujeito barrado ao Ideal-do-Eu. Este corta o eixo significativo em dois pontos: o código, A , e a mensagem, $s(A)$. O código é aqui marcado como A , grande Outro, na medida em que representa o campo da linguagem. É o que Lacan chamou de ponto de estofo, ou ponto de basta, que corta a cadeia significativa, que metaforiza. “O segundo encontro, que fecha o circuito [. . .] como suporte criador do sentido, é a mensagem. Na mensagem vem à luz, o sentido” (Lacan, 1999, p. 20).

É o significativo do grande Outro que fala ao sujeito. Esse circuito diz respeito ao ser falante, ao ser da linguagem. Por meio das operações metonímicas, $s-s'$, e metafóricas, $A-s(A)$, o discurso faz sentido, é da ordem do senso. Na parte inferior dessa equação, encontra-se o curto-circuito eu-ideal, $i(a)$, e m , (Eu), operando a linha das identificações imaginárias. “A palavra terá o primeiro andar, a pulsão terá o segundo.” (Lacan, 1999, p. 20). O andar superior, que se inaugura a partir do grande Outro, é sustentado pelo desejo do analista, quando o sujeito se vê diante de sua fantasia (a). Esse encontro remete o sujeito à dimensão da falta no grande Outro, $S(A)$, abrindo o eixo que vai da dimensão do gozo à pulsão, (D), fazendo surgir o dilema da castração.

O psicanalista recusa assumir o lugar do grande Outro completo, como faz a psicoterapia:

Se escamoteia, então, na Psicoterapia, o que colocaria em causa o Outro todo poderoso. Se preservaria na Psicoterapia a consistência do Outro, enquanto que o que seria o próprio da posição analítica que abre a porta à Psicanálise propriamente dita, seria já, admitindo a questão do gozo, inconsistir o Outro. (Miller, 2001, p. 17).

Percebemos a insistente tentativa da ciência moderna em reduzir a psicanálise ao andar inferior do grafo do desejo pela via da exigência de uma verdade. A terapêutica da psicanálise deve-se ao fato de o analista recusar o lugar de terapeuta, esse lugar deve ser apenas suposto, um lugar de semblante, pois esse ato inaugura uma terapêutica.

Uma psicoterapia que se contenta em trabalhar no nível das identificações (nível inferior do grafo) e a Psicanálise, cuja meta é o atravessamento do plano das identificações (passagem ao nível superior do grafo). Portanto a Psicanálise, mesmo que ela inclua em si um poder terapêutico, é fundamentalmente o contrário de uma Psicoterapia... é preciso que o psicanalista se desprenda da posição de psicoterapeuta para ser psicanalista. Isto é necessário, no entanto, desde o início do tratamento. (Miller, 2001, p. 18).

Nesse sentido, a maneira como o psicanalista acolhe o indivíduo torna-se um importante método de condução do atendimento. À medida que a pessoa adoecida se sente protagonista, por meio do acolhimento inicial, percebe que sua existência está além da doença e é valorizada, conseguindo, assim, perceber e reconstruir o sentido do seu adoecer. Acolhê-la e escutá-la, ocupando o lugar de um saber suposto, é favorecer uma postura ativa da pessoa diante do seu estado de saúde, de forma que, por meio da fala dela, poderá expressar dúvidas, temores, fantasias, minimizando o desconhecimento e o medo que sente diante da doença, erguendo-se numa postura mais autônoma.

Promover ao outro o bem-estar, principalmente no ambiente hospitalar, é um dos princípios básicos do cuidado. Acreditamos que o hospital pode se tornar um ambiente acolhedor para quem necessita de seus serviços, além de realizar uma prática que considere a complexidade do indivíduo. Foi inspirado nesses princípios que percebemos que o acolhimento pode ser uma ferramenta da psicanálise, e esse dispositivo merece ênfase. Em outras palavras, é papel também do analista conduzir experiências que facilitem o processo de hospitalização. À medida que se escuta o indivíduo adoecido para além da sua doença, invariavelmente se dá a ele acolhimento. O doente vê-se amparado na sua fragilidade, ao mesmo tempo em que se sente valorizado na sua existência quando o analista, como membro da equipe de saúde, oferece um espaço no qual o paciente possa se sentir ativo e, em alguma medida, ser o próprio agente de sua recuperação.

3.2 Condução da clínica em Freud

Nesta parte da dissertação, convidamos para uma reflexão sobre a proposta terapêutica do trabalho psicanalítico. Acompanharemos neste item, os passos freudianos a esse respeito. Erros, acertos, dúvidas, impasses e superações com os quais ele próprio se deparou na construção de seu método singular de tratamento. Um método que, desde o início, aprendeu a conviver e a ultrapassar obstáculos, e que, sobretudo, nos destituiu de toda e qualquer ilusão em uma cura ideal. Faz-se necessária, no entanto, uma observação acerca das dificuldades relacionadas à busca da noção de cura nesse contexto.

Refazer o caminho inicial da condução clínica em Freud pareceu-nos uma forma de repensar o tratamento. Reportando-nos ao início do desenvolvimento da psicanálise, notamos que ela produziu um corte no saber preestabelecido e dominante. De forma geral, as manifestações no corpo eram antes entendidas como algo exclusivamente orgânico. Freud trouxe-nos a possibilidade de articular corpo e psique por meio de um aparelho de representações e sentidos. Ele percebeu que a realidade do psiquismo abrange também, mas não só, a consciência e contém um não consciente que produz diversos efeitos. Com isso, o sintoma passa, nesse momento, a revestir-se de sentido, contendo em si algo da história do sujeito que o manifesta.

Entendemos que no início de seus estudos, um acontecimento traumático era visto por Freud como investido de uma causa direta (Freud 1897/1996). Fazia parte do tratamento clínico a busca de um fato real que produziu o trauma, pela via da recordação. Freud utilizava-se para isso da hipnose e da sugestão: trata-se do método catártico. Freud supunha haver umnexo causal entre a cena traumática real e o sintoma histérico que poderia ser descoberta a partir da hipnose. Com a sugestão, o hipnotizador fazia o sujeito aceitar aquilo que havia sido retirado de sua consciência e reforçaria a vontade em oposição à contra vontade que retornava nos sintomas. Aqui, a preocupação central estava nos afetos, na sua ab-reação, bem como nas lembranças e na sexualidade rejeitada envolvida no trauma.

No entanto, hipnotizar não era mais necessário, Freud percebeu que era possível trazer as lembranças à mente do paciente sem hipnotizá-lo. Além disso, a hipnose não trabalha com a resistência, causa do fracasso de alguns tratamentos. À associação livre uniu-se o trabalho com a resistência do ego do paciente, que o coloca, por sua moral, contra a aceitação do conteúdo sexual inconciliável. Esse conteúdo foi recalçado e causou o sintoma.

Observamos que, em um primeiro momento da teoria freudiana, o indivíduo sabe que pensou algo e inibiu tal pensamento. Posteriormente, o sujeito nem mesmo chega a pensar,

pois o processo defensivo do ego é colocado em movimento antes mesmo que o conteúdo incompatível chegue à consciência. Em ambas as situações, a direção da cura é um processo de convencimento, de reconciliação entre o ego inibidor e defendido e o conteúdo sexual, por meio da rememoração e da aceitação da resistência. É o ego que decidirá a favor ou contra a circulação de tal conteúdo entre outros da consciência, zelando para a autoconservação do indivíduo. Ele é capaz, inclusive, de lutar contra sua própria resistência, por meio da sugestão e do trabalho analítico.

Nesse contexto, o percurso do tratamento seria uma tentativa de desobstrução necessária para a cura, desobstrução entre um conteúdo inconsciente e um conteúdo consciente. Ou seja, se um conteúdo foi reprimido pela sua natureza sexual e sua passagem para a consciência foi obstruída, curar é, por meio da reconciliação com o ego, desobstruir o caminho desse conteúdo de volta à consciência.

Portanto, a partir da ab-reação, termo introduzido por Sigmund Freud e Josef Breuer em 1893, os afetos estavam bloqueados no sintoma, mas o ego deveria ser capaz de liberá-los. O termo ab-reação é por eles descrito como uma espécie de descarga emocional que permite ao paciente libertar-se de antigo choque que não pudera chegar a uma reação satisfatória. Ou seja, sugere que um evento mal resolvido seja solucionado satisfatoriamente por meio da catarse. Catarse, segundo o dicionário de psicanálise, é o método terapêutico que permite a evocação e a revivência de acontecimentos traumáticos que foram reprimidos, permitindo a descarga dos afetos ligados a estes.

Entretanto a clínica entendida dessa maneira começa a apontar dificuldades, e Freud constatou que a mera recordação não garantia que a mudança trazida pelo tratamento permaneceria. Freud soube, então, dar existência ao inconsciente e ao conflito entre o ego e os conteúdos sexuais infantis e partiu para uma investigação de cada um dos sintomas, decifrando seus sinais e atribuindo sentidos por meio da interpretação. O material psíquico é concebido como organizado em camadas e, pelo caminho da investigação, Freud encontrava a origem dos sintomas. A metáfora do procedimento arqueológico em busca das cidades sepultadas espelha perfeitamente o trabalho freudiano de análise minuciosa em direção ao trauma:

Esse processo consistia em remover o material psíquico patogênico camada por camada e gostávamos de compará-lo à técnica de escavar uma cidade soterrada. Eu começava por fazer com que a paciente me contasse o que sabia e anotava cuidadosamente os pontos em que alguma seqüência de pensamentos permanecia obscura ou em que algum elo da cadeia causal parecia estar faltando. E depois penetrava em camadas mais profundas de suas lembranças nesses pontos, realizando uma investigação sob hipnose ou utilizando alguma técnica semelhante. Todo o trabalho baseava-se, naturalmente, na expectativa de que seria possível identificar um conjunto perfeitamente adequado de determinantes para os fatos em questão. (Freud, 1895/1990, p. 165).

A metáfora acima dá ênfase aos significados, aos sentidos e à resistência. A análise promove o encontro das situações esquecidas, pela via interpretativa, e sua circulação entre os conteúdos psíquicos. Com o deslocamento do foco da análise para as representações, observamos uma intelectualização do processo analítico, concedendo primazia à razão, à consciência e ao controle dos afetos. O eixo central do tratamento aqui coincide com o conhecimento das causas dos sintomas. Conhecer iguala-se a transformar-se subjetivamente e conhecer a origem dos sintomas é eliminá-los. Visto desse modo, a primeira tópica freudiana aponta que curar é trazer o inconsciente para a consciência.

O ego nesse período tem o papel de controlar e alterar as manifestações inconscientes, possibilitando que o indivíduo tenha maior acesso ao seu universo de representações e afetos. As medidas defensivas do ego seriam suspensas à medida que o indivíduo, por meio da elaboração, pudesse aceitar os novos conteúdos. Essa elaboração é basicamente intelectualista, acontecendo a partir da atividade do pensamento, como uma reeducação do ego.

Nesse ponto de sua obra, Freud já reconhece alguns limites da análise, o subjulgamento do inconsciente não pode ser completo e a oposição ego-conteúdos sexuais infantis é eterna. Bem, ainda que indiretamente, o ego aqui já apresenta alguns sinais de que não é completamente aliado ao tratamento. Seu caráter defensivo interpõe-se continuamente aos conteúdos que podem gerar sintomas.

O manejo clínico em *Homem dos ratos* (1909) é ligado à interpretação, ao deciframento. Freud busca incessantemente interpretar o discurso do paciente e seus sintomas obsessivos, atribuir sentidos e torná-los compreensíveis e evidentes (retificação subjetiva). A análise é um trabalho intelectual, de pesquisa, discussão, explicação, elaboração de hipóteses. O espaço da transferência é colocado, mas não é valorizado decisivamente. Isso só acontecerá à medida que a questão da cura for ligada ao reencaminhamento dos investimentos libidinais.

Com a tese sobre o narcisismo (Freud, 1914/1977), são somados novos elementos, especialmente os identificatórios. Assim, as relações com as figuras parentais na infância

terão influência decisiva para o encaminhamento da libido. Verificamos que Freud valoriza a sublimação como encaminhamento libidinal, bem como o trabalho e o amor. Também são reconhecidas as pulsões sexuais que habitam o ego, destronando-o de um lugar não sexual, exclusivamente racional e autônomo e abrindo caminho para as mudanças teóricas que advirão. Entretanto, embora na teoria tenha havido um descentramento mais radical do ego e o reconhecimento de sua sexualidade e pulsionalidade, os textos técnicos (Freud, 1911-1915/2006) e as descrições clínicas nem sempre refletem essa visão, mantendo o caráter egoico da elaboração. Freud mantém a posição de que é a partir do ego que os reencaminhamentos libidinais serão realizados, é ele que sintetizará as pulsões e as controlará. Portanto, onde a libido se repete na transferência, o ego deve, por meio da análise da transferência, poder transformar tais repetições.

No entanto, Freud reconhece a influência dos conteúdos inconscientes do analista no tratamento, a imprevisibilidade do resultado da análise, a impossibilidade de cura das neuroses narcísicas. Os limites ficam evidentes na análise do *Homem dos lobos* (1914/2010). Caso clínico que trabalharemos com detalhes posteriormente neste estudo, no qual Freud, apesar de trabalhar com interpretações e construir uma história sequencial, com causas e nexos, explicando sentimentos e sintomas, acabará por perceber a insuficiência da técnica psicanalítica. Ainda assim, Freud considerou o paciente curado (talvez precipitadamente), mas, no entanto, análises posteriores mostraram que não foi isso exatamente o que aconteceu. O problema do narcisismo e da impossibilidade de controle completo das pulsões cresce e mostra-se incontornável. Com isso, haverá um grande descompasso entre a complexidade da noção de ego e as pretensões da noção de cura.

As modificações vão surgindo principalmente em função dos fracassos terapêuticos, a compulsão à repetição manifesta-se a partir de um id sem representações, habitado por pulsões e intensidades (Freud, 1920/1996). Freud reconhece a dualidade das pulsões de vida e de morte, as fusões e defusões. O ego está no centro do conflito, sofrendo com a angústia, o masoquismo, o superego, as pulsões, a realidade, a culpa... Encontramos na reação terapêutica negativa a presença do superego e do id que se impõem com suas forças punitivas e destruidoras contra a própria pessoa. No masoquismo, Freud também encontrou um fundamento para tal reação, representando, em diferentes medidas, a força da pulsão de morte.

Nesse quadro, as expectativas do tratamento em direção à cura são menos pretensivas e seu projeto é reduzido à sobrevivência frente às diferentes modalidades de sofrimento. O ego deve achar uma maneira de encaminhar as pulsões e nesse quadro são várias as opções

apresentadas por Freud. Por vezes, sugere-se a razão e a inteligência como encaminhamento pulsional privilegiado.

São muitas as complexidades no texto freudiano na última fase da obra: por vezes o ego ainda é mantido como povoado pelas pulsões de vida, assumindo as tarefas de ligar e unir as pulsões vindas do id e controlando-as. Também o coloca como representante do princípio de realidade que, ao ser fortificado pela análise, proporciona ao sujeito uma redução progressiva do que não é real em seu mundo. Assim, as realidades inconscientes parecem ser desconsideradas e a cura assume um caráter adaptativo.

Nesse sentido, o ego deve ser fortalecido, ficar independente do superego, aumentar seu campo de percepção e alargar sua organização, podendo apropriar-se de porções do id. As inibições, por acontecerem no ego, são curadas eficazmente a partir desse ponto de vista. Os sintomas e a angústia, no entanto, não encontram tanta eficácia no tratamento psicanalítico. São reconhecidos como condições perenes do ser humano e, por estarem mais relacionados à força das pulsões, não são eliminados completamente. O ego conflituoso, atravessado por demandas pulsionais, pela angústia, pelo outro, pelo masoquismo e pela agressividade, não mais se sustenta como veículo da cura.

A condução clínica nessa perspectiva perde seus contornos, o homem deverá perceber por si mesmo qual sua salvação, o encaminhamento das pulsões torna-se uma questão individual e que depende das possibilidades constitucionais do sujeito. Dessa forma, em *A psicogênese de um caso de homossexualidade em uma mulher* (1920), Freud deixa claro seu ponto de vista a respeito do aspecto econômico da cura. Não conhecemos, no início de um tratamento, a força das pulsões e, portanto, nunca sabemos quais fatores determinantes serão mais fortes ou mais fracos. O que é certo é que o mais forte vencerá. Além disso, a singularidade e complexidade dos caminhos das pulsões são patentes, por isso nem sempre um determinado trauma causará determinada consequência psíquica. Os fatores de natureza interna é que a determinarão.

A construção, nesse sentido, torna-se a ferramenta principal da análise, permitindo ao sujeito, por meio da reinvenção criativa e transferencial de sua história, alterar seu presente e transformar-se existencialmente. O sujeito não é fechado em si mesmo. Não basta promovermos uma introspecção interiorizante. O sujeito, descentralizado da consciência e do ego, é originalmente assimétrico e em possibilidade de construção, pois a força pulsional demanda constantemente satisfações, e essas sempre estão aquém das exigências pulsionais.

Nesse contexto, a análise implica a possibilidade da constituição de destinos para as forças pulsionais e a para inscrição destas no universo da simbolização tanto pelo analista,

como pelo analisando. Esse entendimento é o que parece estar presente nas *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise*, quando Freud fala sobre o propósito terapêutico da psicanálise, afirmando: “Onde estava o isso, o ego deve advir (*Wo es war soll, ich werden*). É uma obra de cultura – não diferente da drenagem do Zuider Zee.” (Freud, 1933/1976, p. 102). Freud não sugere uma transformação, uma transmutação, de uma substância (o id) em outra (o ego). Mas, antes, denuncia a condição de significante do sintoma lá onde se era falado (*Wo es war*). Revelando a verdade até então desconhecida ao Eu, este assume a sua herança tornando-se sujeito, no sentido gramatical do termo (*soll ich werden*).

A respeito da secagem do Zuider Zee, na Holanda, essa citação constitui uma conquista da humanidade, nesse sentido cultural, já que uma parte do mar foi separada do resto, drenada, e, dessa forma, pôde ser utilizada como terra aproveitável para a agricultura, processo muito elaborado e de duração muito longa. O que se pode tomar desse processo é a questão da transformação presente. O que era uma força passou a ser uma criação. Nesse sentido, pode-se falar de uma sublimação. A metáfora de Freud sobre o Zuider Zee fala de uma conquista cultural que indica uma ampliação dos limites e a criação de algo novo.

De acordo com esse entendimento do texto, o propósito da análise seria justamente a criação desses novos destinos ao pulsional, que possibilitam transformar o irrefreável das pulsões em criações, o que sem dúvida nos remete à sublimação. Assim, a problemática que se estabelece para a experiência analítica é como construir caminhos alternativos para que as forças pulsionais possam ter satisfação no universo psíquico e no campo da alteridade.

Vimos como são vários os métodos de tratamento em Freud e como somente uma afirmação freudiana pode ser entendida a partir de noções diversas. Esperamos com isso apontar não só para a possibilidade interpretativa que a obra freudiana nos oferece, mas, principalmente, para o risco que corremos ao julgá-la como um todo unitário, coeso e uniforme. Quanto à cura freudiana, não podemos fazer afirmações precisas, já que a obra apresenta noções diferentes, em períodos distintos e, inclusive, nuances em um mesmo período. É interessante apontar ainda que, ao final de sua obra, Freud deixou-nos, quanto ao percurso terapêutico, algumas possibilidades, e mostrou-nos caminhos divergentes e insuficientes.

Dessa forma, observando a dinâmica evolutiva da teoria freudiana, percebemos que o manejo do tratamento tende a ser fruto da complexidade subjetiva das circunstâncias. Com esse ponto de vista, esperamos incentivar o debate referente à possibilidade de atuação da psicanálise diante das atuais demandas clínicas. Compreender o percurso científico desde os primórdios da psicanálise auxilia-nos na compreensão das formas de abordagens, compilando

dados, restaurando argumentações e elaborando novas teorias para que sobrevivamos na arena do debate científico.

3.3 A direção do tratamento em Lacan

Propomos agora compreender de que forma Lacan considerou a direção do tratamento em psicanálise, privilegiando o que foi escrito em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958). De início, Lacan confronta os teóricos que, em nome da psicanálise, ofertam a “reeducação emocional do paciente” e discute que a incapacidade dos analistas em sustentar de forma original uma práxis limita-se, muitas vezes, à simples prática de um poder, lembrando que o psicanalista dirige o tratamento, não o sujeito.

A direção do tratamento na teoria lacaniana baseia-se no fato de o analista fazer com que o sujeito aplique a regra analítica, cuja presença é o princípio da situação analítica. Desse modo, é o analista que conduz a direção do tratamento, ainda que o analisante necessite esquecer que se trata apenas de palavras, o que o analista não deveria esquecer. Portanto, o ato analítico, ainda que só possível a partir da ordem simbólica, tem efeitos no real.

De acordo com Lacan (1958, p. 593), o analista faz parte do processo, devendo pagar com palavras, se a transformação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação. Assim, deve pagar com sua pessoa, que é emprestada a ser suporte aos fenômenos na transferência, e pagar ainda com o que há de essencial em seu juízo íntimo para intervir numa ação que vai ao cerne do ser. Portanto, a menção ao ser é uma menção ao objeto “a”, considerando que o analista opera como objeto “a”, pelo fato de colocar-se como seu semblante.

Seguindo esse raciocínio, Lacan (1958, p. 594) postula que, sobre o manejo da transferência, é necessário ressaltar que a figura do analista é incluída na transferência, de modo que a liberdade do analista quanto ao momento, à escolha e ao número de intervenções se vê marcada justamente pelo desdobramento que sofre a transferência. Então, o sujeito presentifica, na transferência, com o analista, os modos de relação com as pessoas que lhes foram significativas.

Dessa forma, a interpretação do analista é recebida pelo analisante como proveniente do significante qualquer que a transferência lhe imputa ser. Lacan (1958) enfatiza que é como proveniente do Outro da transferência que a fala do analista é ouvida e, desse modo, o momento de o sujeito sair da transferência é adiado infinitamente. “É pois, pelo que o sujeito imputa ao analista se (ser que está alhures) que é possível uma interpretação voltar ao lugar de

onde pode ter peso na distribuição das respostas” (p. 597). Assim, a interpretação é ouvida pelo sujeito como vinda do Outro, e o sujeito receberia, assim, sua própria mensagem de forma invertida.

Lacan insiste em sugerir questões e recomendar caminhos acerca da direção do tratamento para os analistas iniciantes e questiona o lugar diminuído que a interpretação ocupava na prática psicanalítica na época em que escreveu *A direção da cura e os princípios do seu poder* (1958). Outros teóricos da psicanálise, contemporâneos dessa época, destacavam como interpretações as intervenções verbais, que não eram interpretações, como explicações, gratificações, respostas à demanda, etc.

O caminho exclusivo que conceberia o lugar em que a interpretação pudesse produzir algo novo seria os analistas se exercitarem nos modos de efeito do significante no advento do significado. A interpretação em Lacan (1958) ampara-se no fato de que o inconsciente tem a estrutura de uma linguagem, nela um material inconsciente funciona segundo determinadas leis, que são as leis descobertas pelo estudo das línguas que foram ou são efetivamente faladas. O fundamental, no que diz respeito à interpretação, não é a convicção que ela acarreta, visto que melhor se reconhecerá seu valor no material que vier a surgir depois dela. Por meio da reação do analisante, *a posteriori*, pode-se verificar o efeito que teve, ou não, a interpretação do analista.

A “superstição psicologizante” é uma crítica que Lacan (1958) faz aos analistas que insistem em invocar a interpretação pelo assentimento do sujeito, desconsiderando as formulações de Freud sobre a *Verneinung*⁷ como maneira de confirmação indireta. Desse modo, a resistência é gerada na prática e “[. . .] não há outra resistência à análise senão a do próprio analista (p. 601). Portanto, a resistência refere-se à resistência do analista em operar como objeto “a”, como aquele que, em função de agente (“a”), vai intervir (→) no campo do sujeito (\$) para que ele produza os significantes mestres (S¹).

A respeito do manejo de Freud no caso do *Homem dos lobos* (1914), texto que trabalharemos com detalhes adiante, Lacan (1958) aponta que Freud inicia o sujeito “[. . .] numa primeira localização de sua posição no real” (p. 602), e isso acarreta uma precipitação dos sintomas do sujeito. Freud possibilita a retificação subjetiva e o sujeito é levado a assumir sua responsabilidade acerca de sua condição. Quanto ao caso Dora, Lacan (1958) comenta

⁷ Segundo Pontallis (1982), o termo em alemão *Verneinung* foi traduzido por negação ou denegação e se refere ao processo pelo qual o sujeito, ao formular seu desejo ou pensamento até então recalcados, continua a defender-se deles, negando que lhes pertença.

que Freud (1905) a “obriga” a reconhecer que ela servia de suporte à relação do pai e da amante dele. Lacan aponta:

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

A intenção lacaniana é sinalizar aos analistas os perigos dos desvios da técnica psicanalítica, quando o verdadeiro lugar onde se produzem seus efeitos é desconhecido. A “falta-a-ser” é concebida por Lacan (1958, p. 619) como a política da experiência analítica. Seria na relação com a “falta-a-ser” que o analista teria de assumir “seu nível operatório” e o que ofereceria as chances para tal realização seria a análise didática. Assim, o fim da análise possibilitaria ao analista experimentar-se como objeto e, para dirigir o tratamento do sujeito, ele precisaria operar como objeto “a”, fazendo-se de semblante do objeto causa do desejo, ou seja, suportando o lugar do vazio.

Para tal, Lacan (1958) formulou a expressão “desejo do psicanalista”: “Cabe formular uma ética que integre as conquistas freudianas sobre o desejo: para colocar em seu vértice a questão do desejo do analista” (p. 621). Lacan (1964) aponta que o desejo do analista é o desejo de obter a diferença absoluta, isto é, quando, a partir da intervenção do analista, o sujeito é confrontado com o significante primordial.

Desatacando a posição do analista na direção do tratamento, Lacan (1958) menciona que o analista é alguém a quem se fala livremente, apesar de o discurso do analisante não ser tão livre assim. O analista escuta o sujeito, o que não o obriga a compreendê-lo, e o frustra calando-se, pois o sujeito demanda algo ao analista. Demanda resposta, mas, se houvesse a resposta, esta seria constituída apenas por palavras. A demanda do sujeito, na verdade, é intransitiva e não requer nenhum objeto. A esse respeito Lacan afirma:

É claro que sua demanda se manifesta no campo de uma demanda implícita, aquela pela qual ele está ali: de ser curado, de ser revelado a si mesmo, de ser levado a conhecer a psicanálise, de ser habilitado como analista. Mas essa demanda, ele sabe, pode esperar. Sua demanda atual nada tem a ver com isso, nem sequer é dele, pois, afinal, fui eu que lhe fiz a oferta de falar. (Somente o sujeito é transitivo aqui). (Lacan, 1958, p. 623).

Devido a esse fato, o analista frustra as demandas do analisante para expor os significantes aos quais o sujeito está atrelado. A esse respeito, Lacan (1958) diz que a rememoração é possível porque o sujeito fica curado e não o inverso, ou seja, o sujeito,

curado, recorda em ato, na transferência, suas lembranças e o modo como se relacionou com as pessoas significativas de sua vida. Portanto, enquanto o sujeito, ao término da análise, não se desassujeitar dos significados atrelados aos significantes-mestre e ceder o gozo articulado aos seus sintomas, continuará a repetir o modo de relação anterior.

Seguindo esse raciocínio, Lacan supõe que a regressão temporal que se processa na análise, isto é, o tempo de rememoração, aponta para os significantes da demanda e só se referem à pulsão correspondente por meio desses significantes. Assim, se o analista respondesse à demanda, a transferência seria conduzida à sugestão.

Nesse mesmo texto sobre a direção do tratamento, Lacan (1958) indica que o sujeito sustenta seu desejo como evanescente por meio da fantasia fundamental, e esse desejo é evanescente justamente porque seu objeto é subtraído pela satisfação da sua demanda. A fantasia ($\$a$) é a posição do neurótico em relação ao seu desejo. Dessa forma, a fantasia demarca, com sua consistência, a resposta do sujeito à demanda, ou seja, o que Lacan chamou de “a significação da sua necessidade”. Essa significação viria do Outro, já que, além de ensinar a demandar, dele depende que a demanda do sujeito seja atendida.

Portanto, sobre a direção da análise, Lacan constata que a fala está no princípio dos poderes especiais no tratamento, o analista deixa o sujeito livre para se experimentar num discurso o mais livre possível, entretanto, tal liberdade seria difícil de ser tolerada. Concluimos então, que o analista não deve satisfazer a nenhuma demanda do sujeito, e o fato de não se colocar como obstáculo à manifestação do desejo incentiva o sujeito a se reconhecer desejante, ainda que exista uma incompatibilidade do desejo com a fala, isto é, o desejo, em sua causa (“a”), pode ser inferido apenas nos intervalos do discurso, entre um significante e outro.

Para finalizar esse raciocínio é importante citar novamente Antônio Quinet. No livro *As 4+1 condições da análise* (2009), trabalhado no capítulo 2 desta dissertação, ele enfoca as condições da análise estabelecidas por Freud, a saber: o tratamento de ensaio, o uso do divã, a questão do tempo e a questão do pagamento. A essas quatro condições, Quinet acrescenta mais uma: a passagem do analisante a analista, o que Lacan nomeia de ato psicanalítico. Quinet sustenta que essa última “[. . .] condição é a condição sine qua non para o analista conduzir a análise de um sujeito do início ao fim” (Quinet, 2009, p. 14).

Quinet (2009) enuncia que o tratamento de ensaio postulado por Freud corresponde às entrevistas preliminares de Lacan. Existiria uma descontinuidade entre um tempo de trabalho prévio e a análise propriamente dita. A passagem das entrevistas à análise pode ser considerada um corte, um ato que demonstra ao analisante que o analista o aceitou em análise.

Lacan rompeu com a padronização, ou seja, com tempo padronizado da sessão analítica proposto pela IPA, para que o analista se responsabilizasse pelo manejo do tempo. Lacan manteve a utilização do divã e das entrevistas preliminares, as quais Freud havia chamado de “período de teste”. Já a passagem do analisante ao divã, marcaria a entrada em análise.

A questão do tempo é então, para Lacan, de fundamental importância na direção do tratamento. Como vimos, para Lacan, não há como manejar a transferência sem manejar o tempo nos tratamentos psicanalíticos. Lacan introduziu o manejo do tempo no tratamento, na utilização das sessões chamadas de curtas, de modo a “ressituar” a experiência psicanalítica na função da fala e no campo da linguagem. Sobre o tema do manejo do tempo, trataremos mais adiante nesta dissertação.

3.4 Interpretação e suas possibilidades

Pode-se dizer que a interpretação é o que está entre o início e o fim da análise. Freud já havia nos ensinado: a transferência, que está na entrada, é a condição da análise. Lacan verifica que o momento de passe, aquele no qual o analisante passa a analista – correlato ao ato analítico –, corresponde ao final da análise. Entre esses dois tempos está um momento singular, o interpretar do analista. Colette Soler (1995), no seu texto *Interpretação: as respostas do analista*, afirma que: “[. . .] quando o sujeito espera uma interpretação, espera que lhe digam o que ele é, o que ele quer, o que quer em seu inconsciente, e não o que o Outro quer dele” (p. 22). Qual seria, então, a especificidade da interpretação, quais seriam as suas ressonâncias na técnica psicanalítica? No contexto dessa pesquisa, podemos pensar que a interpretação pode ser uma ferramenta de atendimento no hospital?

Alice, proveniente de Manhuaçu (MG), 29 anos, é casada e tem um filho. Vítima de queda de moto no dia 2 de junho de 2016. Foi socorrida pela ambulância da cidade, entubada, admitida do HJXXIII no mesmo dia. Diagnóstico de Trauma Crânio-Encefálico (TCE) grave na região frontal da cabeça, sem fraturas ou outras comorbidades. Sua família trabalha com lavoura de café, a paciente ajudava nessa função e tinha outro emprego na cidade. Ela tinha o costume de ir para roça de moto e, no dia do acidente, não se sabe ao certo como foi a queda, mas pelas circunstâncias supõe-se que a moto colidiu com o barranco.

No primeiro contato, ela está bastante confusa. Tem alterações de memória e de orientação. Humor irritado, hostil, agitada, contida no leito. Delírio, supõe presença de uma pessoa que não está. Incontinência afetiva, comportamento queixoso, choroso, pueril. Pensamento desarticulado, desorganizado, sem nexos associativos. Discurso descarrilado, sem

conexão. Não sabe dizer a razão da internação, não reconhece que está no hospital, não sabe dizer se está recebendo visitas. Questiono-me se os comportamentos se referiam a uma paciente psiquiátrica associada à seqüela de TCE. Diz que tem dois filhos, mas a informação é imprecisa. Solicito presença de familiares para mais informações.

Avalio a paciente. Está alerta, receptiva, mais atenta do que no primeiro atendimento. Está consciente, mas mantém quadro importante de confusão. Tem prejuízo de memória e orientação, não se localiza autopsiquicamente, nem alopsiquicamente, falta precisão. Distraí-se facilmente. Seu discurso é confuso, mistura os assuntos, não persevera no conteúdo. Oscilação de humor. O que mais chama atenção é que ela está hipersexualizada. O irmão está como acompanhante, busco informações.

Realizo atendimento ao irmão da paciente. Ele informa que a paciente não tem diagnóstico psiquiátrico. Nunca fez uso de substâncias ilícitas. Descreve que, antes da internação, ela trabalhava como vendedora na cidade, ajudava a família com a plantação, fazia normalmente as atividades domésticas, cuidava do filho de 7 anos, tem uma boa relação familiar e era missionária na igreja. A paciente levava uma vida ponderada, sem alterações de humor, nem de comportamento. O irmão a descreve como uma mãe exemplar, que tem uma ligação forte com o filho. Foi uma gravidez muito desejada, mas a gestação foi de risco, e ela precisou fazer uma cesariana de urgência, pois eles quase faleceram no parto. Foi uma vivência muito marcante para ela.

Acontecem algumas intercorrências importantes durante a internação de Alice no hospital. Por duas vezes, ela foi encontrada em enfermaria distinta da sua, sobre o leito de pacientes do sexo masculino. Em outra ocasião, ela foi encontrada no subsolo com outro paciente confuso, que deambulava. Suspeitaram que houve a possibilidade de contato sexual entre eles, por esse motivo feito teste de sorologia e gravidez – negativos. Após os episódios, a paciente precisou ter acompanhamento familiar 24 horas. Seu marido revezava com seu irmão. A situação foi colocada para a família.

Alice estava tão ocupada em se colocar em uma posição sexualizada que, quando era lhe questionado sobre sua vida, família e filho, ela parecia não escutar, desviava o assunto. Em uma ocasião, a equipe de enfermagem tentava contê-la para não tirar a roupa no corredor da enfermaria. Ela começou a abaixar a calça, naquele instante pude ver uma cicatriz, a cicatriz da cesariana dela. Fiz uma intervenção: “Alice, você está descendo as calças para nós podermos ver a sua cicatriz?” Ela responde com um ato de surpresa, recompondo-se e

dizendo: “Onde está o Marquinhos? [filho], cadê a minha família? Preciso ir embora cuidar deles!”⁸.

Acolho a paciente, que parece ter restabelecido parte do seu contexto de vida antes do acidente. Ela pede para ligar para sua casa, conversa com o filho, com o marido, pergunta da casa e do trabalho, acalma-se. A questão sexual não mais é exposta. No dia seguinte, ela tem alta hospitalar. Encaminho a paciente para acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Manhuaçu para ser acompanhada pelo serviço de psicologia, psiquiatria e neurologia.

Faremos daqui por diante um pequeno apanhado teórico a respeito do conceito de interpretação em Lacan. Os apontamentos de Lacan sustentam o fato de que não é qualquer intervenção do analista que pode ser considerada uma interpretação. Uma intervenção só pode ser considerada como interpretação quando produz efeitos. É então só depois que se sabe se a intervenção do analista foi ou não uma interpretação. Isso quer dizer que uma interpretação é um ato que produz como efeito um levantamento do recalque, algo do inconsciente torna-se consciente. O efeito que se espera do levantamento do recalque é produzir sentidos, quando uma intervenção do analista leva o paciente a pensar algo que ele não podia pensar antes, isso foi uma interpretação. Ao longo de seu ensino, Lacan designa vários modos de interpretação: pontuação, alusão, semidizer, equívoco e corte.

Em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1953/1998, p. 315), Lacan, a respeito da interpretação, observa que “[. . .] a ausência de pontuação é uma fonte de ambiguidade; a pontuação colocada fixa o sentido”. Isso quer dizer que, ao pontuar um texto, colocando uma vírgula, uma exclamação, uma interrogação, o analista marca um sentido determinado, ele interpreta. Quando, por exemplo, o analista pergunta: “Como assim?” ou exclama: “É mesmo!”, ou seja, quando o analista intervém, e a sua intervenção produz um sentido, essa intervenção pode ser considerada uma interpretação. Mas é preciso que essa pontuação seja feita no lugar certo, não em qualquer lugar.

Em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (1958), Lacan refere-se a outro modo de interpretação: a alusiva. A alusão é um enunciado que deixa a entender sem formular, que designa algo sem nomeá-lo. Também em *Escritos*, Lacan interroga: “A que silêncio deve obrigar-se o analista para evidenciar acima desse pântano (a literatura analítica), o dedo erguido do São João, de Leonardo, para que a interpretação reencontre o horizonte desabitado do ser em que se deve desdobrar sua virtude alusiva?” (Lacan, 1958, p. 648).

⁸ Citação oral da paciente à autora.

Esse modo de interpretação faz menção, refere-se a alguma coisa. Lacan ilustra a virtude alusiva da interpretação com base em “[. . .] o dedo erguido de São João, de Leonardo”. Houve muita polêmica sobre o significado do dedo do santo apontando para cima. O que da Vinci estaria aludindo ao retratar São João dessa forma? O quadro “São João Batista”, de Leonardo da Vinci, é talvez o mais controvertido.

Nesse texto de 1958, Lacan diferencia três níveis de ação analítica: a estratégia, a tática e a política. Vale lembrar que a estratégia e a tática são mecanismos militares. A estratégia trata do planejamento das tropas visando alcançar posições e potenciais bélicos favoráveis a futuras ações táticas sobre determinados objetivos. A tática trata da disposição e manobra das forças durante o combate e na iminência deles. No processo analítico, Lacan observa que a transferência é uma estratégia que está do lado do analisante. O analista deve saber em que lugar o analisante o coloca antes de poder operar a sua tática, que é a interpretação. O que estabelece a estratégia e a tática na análise é a política da “falta-a-ser”. A questão política na direção do tratamento é, portanto, a que tem como base a falta no Outro, ou seja, a inclusão da castração no Outro.

Em *O Seminário 9: a identificação* (1961-1962, lição de 06/06/62), Lacan enuncia a seguinte proposição: “[. . .] a interpretação deve incidir sobre a causa do desejo” (p. 371), chamando a atenção para o fato de que incidir sobre a causa de desejo não significa responder com um saber sobre o objeto, nomeando-o. Pois, ao nomear o objeto, o analista apontaria o objeto a partir do saber, fazendo consolidar a fantasia. Ao apontar para o fato de que “[. . .] interpretação incide sobre a causa do desejo” (p. 376), Lacan procura mostrar que a interpretação deve se ater ao objeto causa de desejo, na medida em que, certamente, a interpretação se refere ao objeto não para falar dele, mas para esvaziá-lo de evidência. Lacan sugere que a interpretação não deve reassegurar as identificações, mas deve, ao contrário, fazer surgir uma questão: “[. . .] o que ele quer me dizer com isso?” (p. 380). Ao manejar dessa forma a sua tática, que é a interpretação, o analista obtém o efeito inverso ao de dar uma resposta. Opera no nível da falha do saber suposto.

Em *O Seminário, livro II: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964, p. 237), Lacan alerta: “[. . .] a interpretação não é aberta a todos os sentidos [. . .] O essencial é que o sujeito veja, para além dessa significação, a qual significante – não-senso, irreduzível, traumático – ele está como sujeito, assujeitado”. A esse respeito, Colette Soler (1995) completa:

A interpretação significativa, tal como ele (Lacan) evidenciava no Seminário 11, visa formular, por aproximação, um mais, a significação que se percebe além do que esse sujeito tenta dizer. E assim, faz com que reapareça o significado recalcado. Este é portanto o interesse da interpretação, um interesse de decifração. Fazer reaparecer os significantes que estavam no inconsciente merece cuidado, pois uma mensagem decifrada permanece um enigma. (p. 25).

Há outro modo de interpretação, o semidizer. Em *O Seminário 17, O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992, p. 34), Lacan propõe que “[. . .] a estrutura da interpretação é um saber como verdade”, localizando, de forma implícita, o matema da interpretação na fração do lado esquerdo do discurso do analista “a”/S2, único discurso em que o saber (S2) está no lugar da verdade. Nesse mesmo seminário, Lacan situa a interpretação entre o enigma e a citação. O enigma, diz Lacan, é a enunciação de saber latente, presentifica o ato de enunciação, é um dizer sem dito, sem proposição. A citação consiste em sublinhar algo que foi enunciado no discurso do analisante. É um procedimento que corresponde ao de colocar aspas, “[. . .] trata-se do sólido apoio que encontram no nome do autor” (Lacan, 1969/1970, p. 34). Por um lado, temos o enigma, verdade com o saber latente. Por outro, a citação, um saber com a verdade latente. Em ambos os casos, há um semidizer. “Na medida em que participam do semidizer, eis o que dá o meio sob o qual a interpretação intervém.” (Lacan, 1969/1970, p. 35). Ou ainda, quando “[. . .] um enunciado é colhido na trama do discurso do analisante” (Lacan, 1969/1970, p. 35), esse enunciado, por ser recortado, torna-se enigma. Assim, faz-se surgir algo que vai além do dito.

Em seu texto intitulado *O aturdido* (1973/1998, p. 493), ao referir-se à interpretação, Lacan diz: “[. . .] todos os lances são permitidos”, reafirmando, assim, o que postula quinze anos antes em *A direção do tratamento e os princípios de seu poder* (Lacan, 1958, p. 594), quando considera a intervenção uma ferramenta da interpretação: “[. . .] o analista é sempre livre quanto ao momento, ao número e também à escolha de suas intervenções”. Porém, alerta Lacan, essa liberdade encontra-se apenas no nível tático. Como essa liberdade está no nível da tática, isso implica que ela seja dominada pela política da análise, que domina tanto a estratégia, quanto a tática.

Ainda no texto *O aturdido* (1973, p. 474), Lacan retoma a proposição: “[. . .] a interpretação incide sobre a causa do desejo”, e acrescenta: “[. . .] causa que ela revela, e isso pela demanda, que envelopa com seu modal o conjunto dos ditos”. Para esclarecer esse enunciado de Lacan, faz-se necessário “[. . .] interrogarmos a relação do dizer com o dito” (Lacan, 1973, p. 474). Lacan esclarece que “[. . .] o dito não vai sem o dizer” (Lacan, 1973, p. 451), ou seja, não há dito sem dizer. O dizer está sempre implicado no dito, mas “[. . .] o dizer fica esquecido por trás do dito” (Lacan, 1973, p. 449). Sendo assim, o analista deve fazer uma

distinção entre o dito (o enunciado) e o dizer (a enunciação) do analisante. É fundamental que o analista questione a posição tomada por quem fala quanto aos seus próprios ditos e, com base nos ditos, localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação, lugar em que está o enunciante perante o enunciado.

Lacan propõe que no discurso analítico há dois dizeres: o dizer do analisante e o dizer do analista. O dizer do analisante “[. . .] se especifica pela demanda, cujo estatuto lógico é da ordem modal” (Lacan, 1973, p. 474). O seu estatuto modal tem a ver com o sujeito que se interroga a respeito do que gostaria de ter, de ser, de saber. Colette Soler (1995, p. 37) chama a atenção para o fato de que a passagem do discurso modal do analisante para a asserção se dá no sujeito que pode afirmar algo, não se tratando mais do subjuntivo nem do condicional: “[. . .] a passagem do modal para a asserção é a passagem de um ‘eu gostaria’ para um ‘eu quero’, é o fim do enigma e, ao mesmo tempo, é o fim do trabalho de elaboração”.

Sobre o dizer do analista, Lacan (1973) afirma: “O dizer do analista é a interpretação, que por sua vez não é modal, mas apofântica.”⁹ (p. 474). Ele define o dizer como “[. . .] a *existencia* ao dito, a este dito de que nem tudo se pode dizer” (Lacan, 1973, p. 473). Para Lacan, não há dito da interpretação, justamente porque os ditos representam sempre um sujeito; e os enunciados do analista como intérprete, ou seja, o que é dito numa interpretação, não se refere ao analista no lugar de sujeito, mas no lugar de objeto “a”, causa de desejo.

O aturdito (1973) propõe outro modo de interpretação: a interpretação como equívoco. Ele chegou a dizer que a interpretação fosse exclusivamente um equívoco. Propõe ainda esse modo de interpretação como paradigma das interpretações, mantendo essa tese até o final de seu ensino. Lacan (1973) aponta que: “Essa função estando colocada, então lemos ali o seguinte: Nada funciona, portanto, senão pelo equívoco significante” (p. 459). A interpretação como equívoco utiliza-se da pluralidade dos sentidos, da polissemia, deixa a via aberta para vários sentidos. Lacan considera que a interpretação deve operar por meio do equívoco, na medida em que ele é um instrumento que não sugere, não impõe a maneira de ver do analista, deixando, assim, aberta a escolha do sentido que o analisante queira lhe dar.

Para Lacan, o equívoco é apofântico da interpretação, pois ele faz passar à asserção. Lacan menciona três tipos de equívoco: o da homofonia, o da gramática e o da lógica. O equívoco por homofonia depende da ortografia da língua, o equívoco aqui é a ambiguidade homofônica. Lacan ilustrou esse modo de interpretação: *deux* (dois) *d’eux* (deles), *paraitre* (parecer) e *par etre* (para ser), *sembler* (ser semelhante) e *s’y embler* (se emblemar). A

⁹ Na lógica aristotélica, relativo aos enunciados verbais possíveis de serem falsos ou verdadeiros.

interpretação equívoca por homofonia faz aparecer um elemento latente na cadeia intencional do sujeito, de modo que ele se dá conta de que há muito mais no enunciado do que ele pode perceber. Ela faz aparecer a divisão do sujeito, ou seja, a parte não dita, não percebida.

O equívoco gramatical trata-se da intervenção interpretativa mínima: “eu não o faço dizê-lo”. Esse é um equívoco entre “você o disse” e “eu não assumo isso”. Esse tipo de interpretação tem como alvo o ato de dizer. Convoca a causa do dito, o real, do qual o sujeito como significação é efeito. O equívoco na lógica pode ser formulado do recenseamento das pulsões parciais: oral, anal, escópica e invocante. Esse modo de interpretação não revela o objeto, mas a consistência lógica do objeto que é o impossível de dizer. O apofântico da interpretação é correlativo do não todo, sempre faz aparecer a consistência lógica e corporal do objeto. Os equívocos da homofonia, da gramática e da lógica “[. . .] fazem aparecer no nível da língua, da linguagem e da lógica o impossível de saber o que está sendo dito, o impossível de dizer tudo” (Soler, 1995, p. 34).

O corte, outro modo de interpretação, é oposto à pontuação. Ele é o não sentido, o *non-sense*. Quando o analista pontua, no meio da frase ou de uma atuação, ele possibilita um corte na cadeia significante. Ele faz surgir o intervalo entre os significantes, apontando para o não sentido e para a falta no Outro. Com isso ele, geralmente, provoca um efeito de perplexidade. Retomando a vinheta de Alice, podemos sugerir que houve um corte no sintoma, ele foi decifrado. Fizemos aparecer a significação de seu comportamento, desfez-se a metáfora, a questão apareceu diante dela. O que quer esse sujeito? Uma vez a mensagem decifrada, o enigma do sujeito aparece mais vivo do que nunca. Percebemos aí a necessidade de uma interpretação que vai além do que se diz, além de uma verdade como significação de uma cadeia articulada.

Podemos refletir aqui, se existiria nos modos de interpretação mencionados, algum traço comum. A esse respeito, Colette Soler (1995) propõe que o traço semelhante nesses modos de interpretação é um “dizer nada”. Soler esclarece que “[. . .] o silêncio do analista não designa o ato de que ele se cale, é um silêncio falante, silêncio ao nível do dizer [. . .] Tal silêncio obriga o analisante a desenvolver sua própria cadeia e, ao mesmo tempo, designar o horizonte do que não é dito” (p. 31). Segundo ela, o “dizer nada” faz intrusão no discurso do analisando e nele provoca efeitos, por isso o analisando o percebe. Dessa maneira, podemos aludir que, quando o analista diz algo, o seu dizer é esquecido na medida que é silencioso. O analista intervém em ato. Ou seja, o silêncio do analista não designa aí um ato de que ele se cale, seria um silêncio por assim dizer falante, silêncio ao nível do dizer.

Retomando a vinheta de Alice, a intervenção que a analista faz, a respeito de sua cicatriz, é um apontamento que pode ser considerado como uma interpretação. Isso porque se trata de uma intervenção que produz efeitos. Podemos, então, compreender que a interpretação é um ato que desvela o material recalcado, que traz para a consciência, algo que não estava acessível. Alice associa a cicatriz de cesariana dela à lembrança do filho, e à vida que tinha antes do acidente. O efeito dessa lembrança produz um sentido, um sentido de conteúdo interpretativo.

3.5 Construções em psicanálise

Propomos neste tópico, uma reflexão a respeito do conceito das “construções em análise”, tema trabalhado por Freud (1937/1975) em um texto de mesmo nome e retomado por Lacan (1954) no início do seu *Seminário 1: os escritos técnicos de Freud*. Pretendemos debater sobre a construção proposta por Freud feita a partir do material da pré-história do paciente. Tais construções existem, constituem-se a partir da relação com o analista, por meio do processo e do vínculo proporcionado por este, e permitem novas elaborações, novas composições psíquicas que podem ocupar o que antes poderia estar encoberto.

Em 1937, no texto *Construções em análise*, Freud (1937) questiona a forma como a psicanálise vinha sendo praticada, e destaca o fato de que faltava ao analista interrogar seu próprio saber. No modo como conduziam a direção do tratamento, sublinha Freud, os analistas pareciam estar “[. . .] sempre com a razão contra o pobre e desamparado infeliz que estamos analisando, não importando como ele reaja ao que lhe apresentamos” (p. 291). Nessa ocasião, Freud chama a atenção para as práticas equivocadas da clínica psicanalítica.

A questão dirigida aos analistas “[. . .] o que fazemos quando fazemos análise?” foi retomada por Lacan (1954, p. 19) no início do seu *Seminário 1*, no qual são trabalhados os escritos técnicos de Freud, que vão de 1904 a 1919. *Construções em análise* é, como grande parte dos textos freudianos, um texto técnico. Segundo Lacan (1954), “em certo sentido”, Freud nunca cessou de “falar da técnica” (p. 17). A respeito desse texto de Freud, Lacan (1954) diz que se trata de uma tentativa de “[. . .] elaborar a noção da relação entre o analista e o analisado para tentar reencontrar uma base que corresponda ao concreto da experiência” (p. 20). A visada de Freud, assinala Lacan, é tratar “[. . .] do modo de ação e de intervenção na transferência”, o que não é pouco (Lacan, 1954, p. 16).

Lacan (1954) aponta que é a reconstituição completa da história do sujeito, o elemento essencial e constitutivo do progresso analítico. Ele assinala que “[. . .] o progresso de Freud,

sua descoberta, está na maneira de tomar um caso na sua singularidade” (p. 21). Acrescenta ainda que a experiência analítica representa a singularidade levada ao seu extremo, pelo fato de que começava a construir e a verificar a própria análise. De acordo com Lacan, a análise é uma experiência do particular, ele diz:

A experiência verdadeiramente original desse particular assume, pois, um valor ainda mais singular. Se não sublinharmos a diferença que há entre essa *primeira vez*, e tudo que veio a seguir, nós que nos interessamos, não tanto por essa verdade quanto pela constituição das vias de acesso a essa verdade, não poderemos nunca apreender o sentido que é preciso dar a certas frases, certos textos que emergem na obra de Freud, e que tomam em seguida, em outros contextos, um sentido bem diferente, ainda que se pudesse considerá-los como calcados um sobre o outro. (Lacan, 1954, p. 31, grifo nosso).

Podemos perguntar-nos: por que Freud se debruça sobre o tema das construções em análise se ele sempre pareceu ter dado mais importância à interpretação? Freud (1937) sugere que, se nas descrições da técnica analítica se fala tão pouco sobre “construções”, isso se deve ao fato de que, em troca, se fala nas “interpretações” e em seus efeitos. Ele afirma:

Acho que “construção” é de longe a descrição mais apropriada. “Interpretação” aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma “construção”, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele havia esquecido. (p. 169).

Desse modo, podemos dizer, a construção é efeito de interpretação. Freud indica que, para fazer uma construção, os efeitos de interpretação devem ter ocorrido *a priori*. Sabemos que não há como sinalizar nada ao paciente sem antes ter escutado os elementos simbólicos trazidos por ele. É a partir desses elementos linguísticos da interpretação que o analista poderá pontuar o texto que lhe é apresentado. Dito de outro modo, construção é o ato de pontuar a história que está sendo lembrada, e não se deduzi-la a partir de um saber superior. O processo de construção dá-se de maneira que:

[. . .] o analista completa um fragmento da construção e o comunica ao sujeito da análise, de maneira a que possa agir sobre ele; constrói então um outro fragmento a partir do novo material que sobre ele se derrama, lida com este da mesma maneira e prossegue, desse modo alternado, até o fim. (Freud, 1937, p. 169).

Na clínica psicanalítica, não se trata de conhecer exatamente o que se sucedeu em um determinado evento da vida do sujeito, mas escutar sobre o ser do sujeito que se realiza no tempo, isso que é verbalizado na sua singularidade por meio da recordação e do relato de suas

lembranças. “A realidade do acontecimento é uma coisa, mas não é tudo. Há algo mais: a historicidade do acontecimento”, diz Lacan, em 1952, em seu *Seminário sobre o Homem dos lobos*. Segundo Lacan (1954), que retoma essa questão no *Seminário I*: “[. . .] a história não é o passado. A história é o passado na medida em que é historiado no presente – historiado no presente porque foi vivido no passado” (p. 21). Ou seja, o essencial em uma análise é a reconstrução; trata-se mais de reescrever a história do que rememorá-la.

Freud (1937) compara o trabalho de reconstrução em análise com o trabalho do arqueólogo (texto citado no início desse capítulo), em que diz que ambos os trabalhos são idênticos, mas a psicanálise estaria em maior vantagem, “[. . .] já que aquilo com que está tratando não é algo destruído, mas algo que ainda está vivo” (p. 293). A comparação dá-se no sentido de que o analista “[. . .] extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise” (Freud, 1937, p. 293). Paradoxalmente, o que é vantagem para a psicanálise em seu trabalho de reconstrução da história do sujeito é justamente o que Freud (1937) aponta como também sendo a maior dificuldade, pois: “[. . .] os objetos psíquicos são incomparavelmente mais complicados do que os objetos materiais do escavador, e possuímos um conhecimento insuficiente do que podemos esperar encontrar, uma vez que sua estrutura mais refinada contém tanta coisa que ainda é misteriosa” (p. 294).

A esse respeito, gostaríamos de apresentar mais detalhadamente um exemplo de construção clínica em psicanálise. Esse caso clínico foi citado algumas vezes durante nossa pesquisa teórica. Trazemos aqui algumas particularidades sobre o relato de *Homem dos lobos*, de Freud (1914).

Com o desenvolvimento da psicanálise, Freud começou a atender mais pacientes que vinham procurá-lo em função de distúrbios emocionais, do que por sintomas físicos. Um desses pacientes foi o nobre russo Sergei Pankejeff, conhecido como o homem dos lobos, um dos casos freudianos mais famosos; ele procurou Freud em 1910 e sua análise durou mais de quatro anos. Ainda que sua doença inicial fosse gonorreia, ele acabou ficando deprimido, sendo diagnosticado como portador de distúrbio maníaco-depressivo.

Em seu relato de caso, Freud enfatizou muito um sonho que o paciente recordava ter tido aos quatro anos de idade. Ele, no sonho, lembrava-se de que estava dormindo em sua cama quando a janela se abria de repente e ele via, horrorizado, aproximadamente sete lobos brancos sentados em uma árvore do jardim. Os lobos eram muito brancos e tinham caudas grandes como as de raposas; estavam calmos e olhavam para Sergei atentamente. Aterrorizado pelo medo de ser comido, acordou gritando.

De acordo com a análise de Freud, realizada ao longo de alguns anos, o sonho era a versão mascarada de uma cena primitiva traumática. Os seis ou sete lobos representavam os pais do paciente (a diferença numérica teria sido produzida pelo inconsciente para mascarar o verdadeiro sentido do sonho). A tranquilidade dos lobos é uma referência invertida aos movimentos violentos do ato sexual. A brancura dos animais remete à brancura dos pais sem roupas.

Os lobos olhando para a criança representam outra inversão, cujo verdadeiro sentido é a criança observando os pais. O tamanho de sua cauda significa, da mesma forma invertida, uma cauda que foi cortada – a ideia que, por sua vez, está associada ao medo de castração. Essas e outras estratégias de construção em análise permitem a Freud afirmar que o sonho era, realmente, uma lembrança mascarada da ocasião em que, aos dezoito meses de idade, o jovem Sergei acordou de seu sono em uma tarde de verão no mesmo quarto em que seus pais haviam se recolhido, *seminus* para uma sesta. O garoto então testemunhou, por três vezes consecutivas, o pai dele tendo relações sexuais com a mãe, que estava de quatro.

Ao expor tal interpretação do sonho, Freud esperava ter descoberto o incidente primitivo traumático que originara a doença. No entanto, constatou que o paciente não estava fazendo progressos. Em uma tentativa de quebrar essa “resistência”, determinou uma data para o fim do tratamento. Foi depois disso, segundo o relato do caso, que, após quatro anos de análise, emergiu alguma lembrança de que, em idade muito precoce, o paciente deve ter tido uma babá à qual era muito ligado. Quando Sergei tinha dois anos, ele a vira limpando o chão. Ele então urinou e ela o ameaçou com a castração. No entender de Freud, quando Sergei observou a moça esfregando o chão, de joelhos, com as nádegas para cima, ele se viu mais uma vez diante da postura que sua mãe assumira na cena da copulação.

Para ele, a babá transformara-se em sua mãe, e isso provocou uma excitação sexual. Sua micção no chão foi uma tentativa de sedução, e a garota reagiu a isso com uma ameaça de castração. Freud relata que a data limite que ele havia estipulado para seu paciente funcionou e, em um intervalo bastante curto, a análise produziu todo o material necessário para remover as inibições do paciente e seus sintomas. Parece, então, pelo relato do caso, que não muito tempo depois da reconstrução dessa cena quase-*edípica*, seu paciente curou-se.

Sobre essa questão das construções clínicas, retomamos Lacan. No *Seminário 1*, ele acentua que Freud insiste sobre a reconstrução da história do sujeito e coloca em jogo “[. . .] qual o valor do que é reconstruído?” (Lacan, 1954, p. 22). Freud (1937) sublinha que o importante não é aquilo que o sujeito revive, rememora, “[. . .] o que conta é o que ele disse reconstrói” (p. 294). Freud diz que o trabalho de reconstrução em análise é apenas um

trabalho preliminar, e que são dois, esses trabalhos, “[. . .] executados lado a lado, o do analisante e o do analista, cada um com sua tarefa específica” (p. 295).

Outra questão importante a ser considerada é a transferência¹⁰ estabelecida entre analista e analisante. A esse respeito, podemos nos remeter à noção de transferência nas construções em análise. Freud diz textualmente em *Construções em análise*: “[. . .] a relação de transferência, que se estabelece com o analista, é especificamente calculada para favorecer o retorno dessas conexões emocionais. É dessa obra-prima – se assim podemos descrevê-la – que temos de reunir aquilo de que estamos à procura” (Freud, 1937, p. 292). Dessa forma, entendemos que sem transferência não há possibilidade de interpretação, pois o analista não ocupa ainda o lugar de suposto saber para o sujeito. Portanto, ainda não acontece uma psicanálise propriamente dita.

A partir dos preceitos de Freud e Lacan, podemos afirmar que o analista coloca uma análise em movimento quando oferece um pedaço de sua construção, feita a partir dos elementos trazidos pelo sujeito e verifica, *a posteriori*, se de fato sua construção funcionou, colhendo os efeitos provocados por ela. Lendo Freud com Lacan, só sabemos da interpretação a partir de seu efeito, pois ela é da ordem de um saber sobre a verdade do sintoma. Freud afirma que, situando o analista no lugar da falta, os analistas não pretendem:

[. . .] que uma construção individual seja algo mais do que uma conjectura que aguarda exame, confirmação ou rejeição. Não reivindicamos autoridade para ela, não exigimos uma concordância direta do paciente, não discutimos com ele, caso a princípio a negue. Em suma, conduzimo-nos segundo modelo de conhecida figura de uma das farsas de Nestroy – o criado que tem nos lábios uma só resposta para qualquer questão ou objeção: ‘Tudo se tornará claro no decorrer dos futuros desenvolvimentos’. (Freud, 1937, p. 295).

Sobre os efeitos da construção em análise, Freud (1937) imprime uma verdadeira discussão sobre a distinção entre a verdade histórica e a verdade material, brindando-nos com reflexões sobre a alucinação e o delírio, ficando claro, inclusive, estes não serem exclusivos da estrutura psicótica. A recordação por parte do analisante, após uma interpretação bem-sucedida, apresenta uma “anormal nitidez” (p. 301) de rostos de pessoas, assim como detalhes da decoração dos ambientes, aos quais a construção estava referida e que, obviamente, o analista não tem acesso, podendo ocorrer tanto em sonhos imediatamente após uma construção, “[. . .] quanto em estados de vigília semelhantes a fantasias” (Freud, 1937, p. 301), o que poderia ser descrito como alucinações.

¹⁰ O termo transferência será trabalhado no próximo item. Ocasão na qual faremos uma comparação desse conceito com a expressão “transferização”.

A transposição de material do passado esquecido para o presente, ou para uma expectativa de futuro, é, na verdade, ocorrência habitual nos neuróticos, não menos do que nos psicóticos. Freud (1937) vai equivaler os delírios às construções em análise, dizendo que “[. . .] tal como nossa construção, [. . .] o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada” (p. 303).

Podemos finalizar assinalando que em uma análise o que está em jogo são as recordações e a reescrita da história do sujeito, sempre singular. Desse modo, quando Freud (1937) se refere “[. . .] às nossas construções” (p.169), alguns analistas compreenderam ao pé da letra, no sentido de que seria o analista quem faz a construção da história do analisante. Entendemos, porém, que, ao se referir “às nossas construções” é a direção do tratamento que ele parece querer enfatizar como aquilo que um analista deve promover para que uma análise possa ser realizada em sua real singularidade.

3.6 Transferência ou transferização no ambulatório?

Sergio tem 49 anos, é casado, tem dois filhos, trabalha como vigia noturno e mora em Barbacena (MG). Vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC), seguido de perda da consciência, queda da própria altura e conseqüente Trauma Crânio-Encefálico (TCE), pois bateu a cabeça no meio fio da calçada. O ocorrido foi no dia 20 de agosto de 2016. Ele foi encontrado desacordado, socorrido pela ambulância da cidade e levado Hospital João XXIII (BH-MG) no mesmo dia. O paciente foi submetido a uma cirurgia neurológica, ficou alguns dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, após melhora clínica, foi para o ambulatório de neurologia. Na primeira tentativa de atendimento, observo que o paciente está sem condições de interagir, encontra-se sonolento, com suporte respiratório e sonda oral para alimentação. Realizo atendimento à esposa, que está abalada e emotiva. Ela descreve o marido com muita admiração, eles têm 15 anos de casados e uma relação, segundo ela, de amor, cumplicidade e harmonia. O marido é caracterizado por ela como tranquilo, gentil, carinhoso, trabalhador e um bom companheiro na divisão das atividades domésticas. A esposa é confeitadeira, vai cedo para a padaria e só retorna no final da tarde. Por esse motivo, foi Sergio quem ficou encarregado da criação dos filhos no período diurno desde que eles eram bebês, hoje as crianças têm dez e onze anos. Ela enfatiza que o vínculo entre os filhos e o pai é extremamente forte. Solicito a presença das crianças para avaliação. Já na primeira entrevista observo a importância da figura paterna, eles falam da saudade e o descrevem como uma pessoa calma, compreensiva e têm por ele muita afeição; falam do pai com admiração,

respeito e ternura. Relatam que faziam o dever de casa juntos todas as manhãs e depois os três brincavam de bola, jogavam baralho, liam livros e brincavam de dominó.

Veremos, no desenrolar dessa vinheta, um exemplo de situação transferencial entre paciente e analista. O conceito de transferência é amplamente trabalhado no meio psicanalítico, e é imprescindível sua compreensão para a condução dos atendimentos, bem como para a prática clínica, pois é sob essa ótica que o analista, invariavelmente, trabalha. A sua condução é essencial para o manejo do tratamento. Por isso, faremos daqui por diante uma retomada deste conceito, iniciando esse caminho por Freud, passando por Lacan e ainda tentando compreender sua aplicação em um cenário específico do hospital. É interessante esclarecer o que a psicanálise propõe em relação à transferência para se indagar de que forma o vínculo transferencial pode ser tomado no contexto de um ambulatório que está dentro de uma instituição hospitalar. Nesse sentido, é fundamental levar em conta se a transferência no hospital está direcionada ao analista, a outro profissional, a um serviço ou mesmo à instituição.

De acordo com o funcionamento do Hospital, cada paciente internado no ambulatório de neurologia e seus familiares são acompanhados pelo psicólogo/analista daquele setor. A ideia do vínculo transferencial é uma questão considerada fundamental para o trabalho do analista. Acolher o paciente e familiares, na ocasião da internação, de forma adequada, pode contribuir para o início da construção do vínculo transferencial. Um momento tão crítico como o do adoecimento pode ser propício ao estabelecimento da transferência. Contudo, isso não é uma garantia. A existência da transferência ou de alguns de seus elementos auxilia no trabalho do analista de acolher, de escutar, de intervir e de oferecer sua presença. Seguimos, então, com a nossa ilustração.

Passados três dias de internação, observo que o paciente está respirando com ar ambiente e com dieta liberada. Realizo o primeiro atendimento, ele está alerta, mas ainda levemente confuso. Percebo alguma agitação e o fato de que está pouco cooperativo e apático. Está orientado, localiza-se em tempo e espaço. Não tem alterações de memória, informa dados coerentes. Sem delírio ou alucinação. Pensamento e linguagem sem prejuízo em curso, forma ou conteúdo. O que chama atenção é o humor irritado, agressivo, impaciente, queixoso. Esse comportamento permaneceu nos atendimentos seguintes. Diante da demanda dos filhos de o visitarem, foi permitida a presença das crianças na enfermaria após minha avaliação. O encontro com foi marcado por muita hostilidade por parte do pai, que gritava para retirarem as crianças, referindo-se a eles com adjetivos pejorativos, com ofensas e antipatia. As crianças ficaram perplexas, elas não reconheceram o pai naquela forma de agir. Realizei atendimentos

frequentes às crianças até a alta do paciente. Dias depois, tentamos outra visita a pedido das crianças, mas a reação foi a mesma. Ele ficou internado 22 dias.

Freud apresenta sua teoria sobre a transferência em diversos textos de sua obra. Aborda o assunto nos comentários sobre “o caso Dora” (Freud, 1905). Nesse texto, citado anteriormente nesta pesquisa teórica, a transferência é explicada como formações de pensamentos que são reedições, reproduções de fantasias que se tornam conscientes durante o processo de análise, mas com a característica de substituir a pessoa anterior pela pessoa do médico. Segundo ele, deve ser combatida como qualquer outro aspecto da doença, mas esse seria o mais difícil de alcançar; quando bem usada, pode ser a maior aliada do processo de análise, pois, se bem identificada e traduzida ao paciente, pode trazer à tona importante material mnêmico inconsciente, que auxilia na eliminação dos sintomas.

No texto *A dinâmica da transferência* (1912), Freud vai abordar mais detalhadamente o conceito e trabalhar suas especificidades. Aqui, ele aponta que a transferência é necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico, daí a dificuldade de localizar esse conceito nas entrevistas preliminares. Ela produz-se devido ao funcionamento do próprio inconsciente. Cada indivíduo, diz Freud, desenvolve um método de conduzir-se na vida erótica, produz um “clichê estereotípico” que é constantemente repetido no decorrer da vida. Quando a necessidade de ser amado não é satisfeita pela realidade, diz Freud (1912), o sujeito está fadado a se aproximar de cada nova pessoa que encontra com ideias libidinais antecipadas, de acordo com o clichê estereotípico produzido anteriormente. Assim, Freud considera perfeitamente normal que a catexia libidinal de alguém parcialmente insatisfeito se dirija também ao analista, no caso, o psicanalista durante o processo de análise, que é incluído numa das séries psíquicas que o paciente já formou.

Freud enfatiza o papel da transferência como resistência ao tratamento analítico, a sua arma mais forte, sendo que a intensidade e a persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência. Diz ainda que, para pensar em transferência como resistência, é preciso distinguir entre transferência positiva e negativa e tratá-las separadamente. A transferência positiva pode ser dividida em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, e os últimos remontam sempre a fontes eróticas. Freud diz que todas as relações emocionais positivas são vinculadas à sexualidade, pois, em última instância, o inconsciente conhece apenas objetos sexuais, e as pessoas que admiramos em nossa vida se mantêm como tal para esse inconsciente. Ao tornar essa transferência consciente, desligamos apenas a pessoa do analista dos “[. . .] componentes do ato emocional; o outro componente admissível

à consciência e irrepreensível, persiste, constituindo o veículo de sucesso na psicanálise” (Freud, 1912, p. 117).

Em *Recordar, repetir e elaborar* (1914), Freud traz novos apontamentos sobre a questão da transferência no tratamento da neurose, principalmente no que diz respeito ao manejo das resistências que aparecem invariavelmente no contexto analítico. Nesse artigo, diz Freud, a própria transferência, é ela mesma uma repetição, uma transferência de todo o passado esquecido não somente para a figura do analista, mas para toda a situação de vida atual. Sobre o papel da resistência, Freud refere que quanto maior ela for, mais a atuação vai substituir a recordação, e tal resistência é influenciada pelo tipo de transferência que se estabelece. Se a transferência é positiva e branda, a recordação é possível, porém, com o progredir da análise, a transferência torna-se hostil ou excessivamente intensa, o recordar abre caminho à atuação para que o inconsciente se defenda do progresso do tratamento; dessa forma, o paciente passa a repetir todos os sintomas. A transferência serviria, então, para impedir o paciente de executar as repetições e trazer material para o trabalho terapêutico, e o manejo dela seria o principal instrumento para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar.

Em seu texto *A transferência de Freud a Lacan* (1979/1987), Jacques-Alain Miller retoma o conceito desde como foi trabalhado por Freud até sua transformação em Lacan. Miller aponta que a transferência é o *modus operandi* da psicanálise, e que é um dos poucos conceitos que é consenso entre os psicanalistas. Lacan retoma o texto de Freud, porém introduz termos inéditos, que permitem, segundo o autor, enquadrar melhor os fenômenos que se produzem na experiência analítica.

Miller identifica três formas de transferência, apontadas no texto de Freud: a transferência com função de repetição, como função de resistência e a transferência identificada com a sugestão. Lacan demarca o ponto em comum desses distintos aspectos da transferência, que é o “sujeito suposto saber”. Miller (1979) identifica que a primeira forma de transferência apresentada por Freud é a transferência de sentido, do deslocamento do desejo inconsciente para outros objetos, despojados de significação, que, separadas de sua significação primeira, permitem que o significado permaneça recalcado; em outras palavras, essa primeira transferência é o funcionamento básico do inconsciente, por meio dos chistes, lapsos e sonhos. Miller coloca que, para entender essa questão, é preciso considerar que o analista não é exterior ao inconsciente do paciente, mas parte dele. Há um lugar na economia psíquica que o analista vai ocupar, e esse é o descobrimento da transferência. O engate na

transferência dá-se muito mais com um significante do que com uma pessoa, ou seja, o analista é, ele mesmo, uma formação do inconsciente.

Para Freud (1912), a transferência é, e esse é seu segundo aspecto, um obstáculo no processo de análise, como uma nova patologia que aparece no lugar da antiga. Porém, ela é, em si mesma, um testemunho do inconsciente; permite ver na própria sessão o funcionamento de um mecanismo submerso, é a atualização de uma realidade obscura. Como obstáculo para a análise, ela vem a interromper as associações em vez de facilitá-las. É um tempo de fechamento do inconsciente, e não de abertura, o que mostra a ambiguidade da transferência, pois a análise ocorre graças à transferência, mas, ainda, apesar dela. Pensando a transferência como repetição, é possível dizer que ela é o momento em que o analista é captado na cadeia de estereótipos que o paciente carrega por toda a vida, e que se alternam. Assinala que o inconsciente foi atingido e imediatamente se manifesta por meio de uma infração à regra fundamental ou de um silêncio do paciente que evita o pensamento acerca do terapeuta.

O motor do tratamento é o combate entre a libido do paciente e a disposição do analista. Freud introduz nesse ponto a noção de transferência negativa e positiva, e, dentro dessa última, distingue a transferência erótica, que não convém apoiar, e a transferência amável, terna, que permite operar no paciente. Esta, então, é a terceira forma de transferência, a transferência de sugestão. Por sugestão, entende-se uma forma de influir sobre uma pessoa mediante os fenômenos de transferência possíveis em seu caso. A respeito da neurose de transferência, Miller (1979) aponta que, nesse sentido, os sintomas adquirem nova significação, pois são direcionados ao Outro, e assim é preciso determinar em que lugar se situa o psicanalista na cura, pois, se o analista se situa no lugar onde se dirige o sintoma, se é o receptor essencial do sintoma, o lugar que deve à transferência lhe permite operar sobre ele.

Para Lacan, a transferência se articula em torno do “sujeito suposto saber”, termo cunhado por ele e inexistente nos escritos de Freud. Esse termo aparece no *Seminário 11* (Lacan, 1964), e se entende de uma maneira geral como aquilo que o analisante supõe que o analista sabe a seu respeito. É um princípio que toca na lógica da psicanálise, uma lógica que depende desse princípio posto no início pelo analista, que é o convite ao paciente para dizer tudo em desordem, sem reter nada. O “sujeito suposto saber”, diz Miller (1979), é uma consequência direta desse procedimento. A posição assumida pelo psicanalista em convidar o paciente a dizer tudo, dá ao paciente a garantia de que não se fala à toa. O psicanalista está lá para garantir ao paciente esse exercício de dizer alguma coisa, mesmo que não se saiba o quê.

Lacan descreve a transferência, assim como Freud, como um fenômeno espontâneo e próprio da psicanálise. No texto *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*

(1958/1998), discorre sobre o papel do analista nessa direção, bem como sobre a transferência e seu manejo. Diz que o analista dirige o tratamento, sim, mas que isso não significa dirigir o paciente, mas apenas garantir que se aplique a regra fundamental analítica e estar presente. Como a fala do analista é proveniente do Outro da transferência, é só pelo que o sujeito imputa ao analista ser que uma interpretação pode ter valor e peso no inconsciente. A transferência, aponta Lacan (1958), não pode ser a garantia de que o paciente se mantenha em tratamento, pois nela está “[. . .] o princípio do seu poder [. . .] e esse poder só lhe dava a solução do problema na condição de não se servir dele, pois era então que assumia todo o seu desenvolvimento de transferência” (p. 603).

A escuta do analista, para Lacan, deve ir para além do discurso. O ouvir do analista não o força a compreender e, por não compreender, não é necessário responder. Ao frustrar o falante é que o analista opera, pois, se ele está frustrado, é porque espera, demanda algo de quem o escuta, e essa demanda é justamente de uma resposta. O problema é que qualquer resposta seria apenas palavras, e isso não responde ao que o paciente pede, pois sua demanda não implica nenhum objeto. Assim, é por essa via, a da demanda analítica, que não implica responder ao que o paciente pede, mas pelo contrário; é que a regressão analítica pode se produzir e o tratamento pode ser efetivo. O analista é quem sustenta a demanda do paciente, não para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes relacionados a essa frustração. A demanda é a necessidade unida ao desejo e, assim, para que o desejo possa aparecer, é preciso frustrá-la; para tal, o analista dá ao paciente apenas sua presença, sua escuta e a possibilidade de o paciente falar.

À medida que a análise se desenvolve, o analista lida com todas as articulações da demanda do sujeito, mas só deve responder a partir da posição da transferência. Ou seja, é necessário sair da postura de sugestão, de reeducação emocional, tão criticada por Lacan, pois isso reduz o sujeito a repassar a demanda dele. O analista que quer o bem do sujeito, diz ele, só repete aquilo em que ele foi formado. Responder à demanda, em análise, não instala a transferência, mas passa a ser sugestão. Há uma relação entre as duas, pois a primeira também é a segunda, mas a transferência propriamente dita só se exerce a partir de uma demanda de amor, e esta não é demanda de nenhuma necessidade. Lacan aponta para a importância de não se reduzir a demanda às necessidades, pois essas se modificam, alternam-se, emprestando os significantes do sujeito, e assim se faz mau uso da transferência. A transferência em si já é a análise da sugestão, na medida em que coloca o sujeito numa posição que ele deriva unicamente de seu desejo.

No *Seminário 11* (1964), Lacan aponta que o desejo do analista é o pivô de toda a experiência analítica. A transferência só se instala onde há “sujeito suposto saber”, e isso se dá desde o momento em que o paciente decide qual analista irá procurar; a confiança ao analista se dá pois ele é suposto saber também sobre o desejo inconsciente daquele sujeito. Por isso, o pivô da relação analítica dá-se no desejo do analista. Se o desejo do homem é o desejo do Outro, ou seja:

Se é só no nível do desejo do Outro que o homem pode reconhecer seu desejo, e enquanto desejo do Outro, não está aí algo que lhe deve parecer fazer obstáculo a seu desmaio, que é um ponto em que seu desejo jamais pode reconhecer-se? [. . .] A experiência analítica nos mostra que é de ver funcionar toda uma cadeia no nível do desejo do Outro que o desejo do sujeito se constitui. (Lacan, 1964, p. 229).

A interpretação do analista não faz mais do que recobrir o fato de que o inconsciente, em suas formações, já procedeu por interpretação. O Outro já está lá, em toda abertura do inconsciente. A transferência é o meio pelo qual se interrompe a comunicação do inconsciente, pelo qual o inconsciente torna a se fechar. Assim, o analista deve esperar a transferência para começar a interpretar. O inconsciente é o discurso do Outro, e ele está do lado de fora do fechamento do inconsciente, e é nele que se deve interpretar. Lacan (1964) diz que a contradição da função da transferência está justamente nisto, ser, ao mesmo tempo, o ponto de impacto do porte interpretativo e um nó, um momento de fechamento do inconsciente.

Lacan (1964) aponta que a transferência é a atualização da realidade do inconsciente, e que essa realidade é a realidade sexual. A libido é a presença efetiva do desejo, desejo esse formado da ligação entre a pulsão do inconsciente e da realidade sexual, que se explicita por meio da demanda. Sendo a demanda formada de significantes, há sempre um resto, algo que não pode ser representado, sempre insatisfeito, impossível, que se chama desejo, sustentado pelo que Lacan denomina de objeto “a”, causa de desejo.

De uma forma mais específica, Lacan mostra que a constituição da transferência se dá com um significante e não com uma pessoa. É, portanto, um jogo de significantes. Desse modo, a compreensão do algoritmo lacaniano da transferência pode permitir a questão sobre o modo como a relação transferencial pode ser tomada no contexto de uma instituição hospitalar. Lacan (1967), em ressonância com o texto freudiano *Sobre o início do tratamento* (Freud, 1913), propõe uma formalização da transferência. Lacan (1967, p. 253) elabora um matema para a transferência analítica, formalizando a função do sujeito suposto saber:

Figura 4 – Matema da transferência

$$\frac{S}{s(S^1, S^2, \dots S^n)} \longrightarrow S^q$$

Fonte: Lacan (1967, p. 253).

De maneira geral, a primeira linha desse matema pode ser entendida da seguinte maneira, conforme explica Borges (2008): o “S” é o significante da transferência, ou seja, de um significante que se dirige a um significante qualquer – “Sq” –, que pode ser dirigido a um analista e, talvez, se possa dizer dentro da instituição hospitalar, à própria instituição, a um de seus serviços específicos ou a um outro profissional que ali trabalha. Abaixo da barra temos o efeito dessa relação significativa, na qual o “s”, como significado, pode representar o sujeito que está correlacionado com aos saberes inconscientes: S1, S2,Sn. É importante marcar que, para Lacan, essa relação transferencial está no começo do tratamento psicanalítico, e ela se dá em função do psicanalisante. O “sujeito suposto saber” é que vai ocupar o eixo sobre o qual se articula tudo o que acontece na transferência.

Nesse momento, gostaríamos de nos referir ao cenário específico em que se dá o conjunto das reflexões dessa pesquisa, e que se seguem a respeito da transferência. Tratamos aqui de um ambulatório inserido num complexo hospitalar. No ambulatório, observa-se a transferência do paciente, inicialmente, em relação ao hospital. Outra particularidade deve-se ao fato de os pacientes que se apresentam nesse contexto sofrerem psiquicamente em função de determinada condição patológica orgânica específica, o que também determina as características do ambulatório no qual serão tratados.

Sendo assim, ao buscarem (ou serem levados) uma instituição hospitalar, esses pacientes deparam-se com as possibilidades e particularidades desse contexto que sua condição lhes reserva. Portanto, podemos considerar que o que caracteriza a singularidade da transferência no contexto do hospital é justamente o fato de ela não estar endereçada, a princípio, ao analista, mas à instituição, assim como à equipe, num primeiro momento, e daí sim, talvez, possa ser endereçada ao analista.

Por um lado, ocorre, muitas vezes, o fato de o ambulatório funcionar como uma espécie de ponto de partida para o indivíduo buscar uma análise, e isso depende, essencialmente, da instalação da transferência com o analista da equipe e seus desdobramentos. Por outro lado, isso também nos remete a uma questão, tão importante quanto, que diz respeito à impossibilidade de instalar intencionalmente a transferência, visto

que ela não ocorre propriamente ou necessariamente por estar num âmbito institucional, mas diz respeito à estrutura psíquica do paciente.

Essa ideia nos remete à chamada escuta analítica e, nesse caso, especificamente, utilizada no contexto hospitalar. Importante ressaltar que o paciente, nesse local, demanda uma escuta que não esteja marcada pela doença que o levou a buscar o ambulatório, mas uma escuta que propicie algo revelador em sua demanda por meio do discurso, e isso somente poderá ocorrer se considerarmos que o paciente, ou melhor, o sujeito, está para além do rótulo de sua patologia. Mas é preciso destacar também quais as representações que essa condição de doente lhe traz, assim como os efeitos subjetivos dessa ou daquela patologia. Portanto, a escuta analítica, como dispositivo que privilegia o desejo inconsciente, assim como o mal-estar daí decorrente, somente será possível a partir da escuta do discurso do sujeito e seus desdobramentos.

Dentro dessa lógica, observa-se que a demanda endereçada ao psicanalista no hospital localiza-se como um “mais-de-poder” da medicina, aquele que opera num campo em que o médico não alcança. Esse algo da subjetividade que resta revela que há algo que o discurso médico não contempla e, portanto, a ele não responde. E é esse o lugar que o psicanalista é convocado a ocupar.

O que é possível perceber é que não se tem uma prática analítica específica para os pacientes nesse contexto, quer dizer, não se trata de um atendimento psicanalítico “adaptado” a essa ou àquela patologia, isso porque é simplesmente inútil qualquer intenção nesse sentido, posto que a prática analítica prioriza o sujeito do inconsciente. Não obstante, é preciso considerar a importância da história de como se deu a patologia que o levou ao hospital, lugar que guarda intrinsecamente a ideia da doença, da urgência e da morte, temas recorrentes no discurso, e isso, certamente, traz uma relevância para a questão da transferência. Mas há, diante do analista e para além de qualquer sintoma orgânico, um sujeito cuja palavra urge em ser acolhida.

Sendo assim, a transferência, muitas vezes, é a possibilidade de esses indivíduos reconhecerem-se como tais, nas inúmeras tentativas que a vida lhes impõe de salvaguardar o que há de valioso naquela que foi sua relação primordial e, assim, poder atualizar, nessas condições, questões que ficaram até então perdidas. Há, dessa forma, a possibilidade de o paciente nos surpreender com algo da ordem do imprevisível, mas que a partir da transferência pode lançá-lo num novo projeto, o que, de certa forma, pode ser considerado um efeito terapêutico.

Podemos, então, afirmar que a instituição não é um obstáculo para a transferência, mas apenas mais um lugar onde ela pode se instalar, até porque a transferência aparece em segundo plano na análise. É como a tela de fundo que não se mistura à cena. Então, há um certo tempo para que a transferência seja percebida e valorizada, sem querer com isso cultuar a transferência, mas simplesmente reconhecer, por meio de seus sutis efeitos, sua verdadeira importância.

Damos, então, seguimento ao exemplo que caracteriza o contexto transferencial que acabamos de explorar.

Após aquele primeiro encontro com os filhos, realizei atendimentos diários ao paciente. Com o passar dos encontros, ele foi ficando mais receptivo ao meu atendimento, mas não queria receber visita dos filhos e, sempre que tinha notícias dos meninos, se referia a eles com ofensas e ataques verbais. Os atendimentos posteriores seguiram com uma empatia progressiva por parte do paciente para comigo. Ele me contou sua história de vida, seus anseios, suas angústias, as dificuldades da internação e, todos os dias, reclamava do fato de ficar ocioso no hospital. Tentamos televisão e rádio, mas ele não se adaptou. Um determinado dia, o convidei para jogarmos dominó no leito, ele disse que tinha o costume de jogar e aceitou prontamente. Foi a primeira vez que eu vi contentamento em seu olhar. No dia seguinte, ele pediu para jogarmos baralho, e assim foi feito. Alguns encontros posteriores, o paciente perguntou se ele poderia ler para mim o livro *As viagens de Gulliver*, de Jonathan Swift; “sim”, respondi. E assim seguimos, alternando baralho, dominó e trechos do livro. Todas as manhãs. Eu percebia um tom paternal quando se referia a mim. Alguns dias antes da alta do paciente houve uma visita infantil no leito ao lado. Observei que o paciente acompanhou atentamente cada movimento daquela criança na enfermaria. Na manhã seguinte, eu me aproximei como de costume e perguntei qual trecho do livro de Gulliver leríamos. O paciente respondeu com um sorriso, dizendo que estava com vontade de ler para os filhos e pediu para chamá-los. Uma nova visita aconteceu e, nessa ocasião, o encontro familiar transcorreu sem intercorrências, o pai foi mais acolhedor e pude perceber que o vínculo afetivo entre eles estava começando a se refazer. O paciente teve alta hospitalar três dias depois, com encaminhamento para o CAPS do município de Barbacena, após contato com o psicólogo de referência da instituição.

É possível notar que, a respeito do que acontece no hospital, é importante levar em conta que não se trata de constituir uma relação de analista/analizando entre o profissional e o paciente. Muito menos esse é o vínculo que se busca com os pacientes e seus familiares. Contudo, é possível perceber que alguma coisa no sentido da relação transferencial aparece

nas relações constituídas entre paciente – equipe – família. Para a analista, será fundamental pontuar aí os significantes que constituem essa relação. Dessa maneira, sugerimos considerar somente a composição superior do algoritmo da transferência uma vez que dessa relação pode não se ter como produto, o aparecimento do sujeito do inconsciente. A parte de cima desse matema ilustra a relação de um significante (do paciente) a um outro significante qualquer (a analista, por exemplo).

Borges (2008) destaca que o lugar do analista é a de se oferecer fazendo semblante para escutar e intervir nas diversas situações que o paciente expõe. A sua disponibilidade de escuta, o seu modo de resposta às demandas é que vão demarcar a práxis psicanalítica, possibilitando um giro discursivo e criando condições de “escutabilidade”. Dessa forma, o psicanalista, tendo se destituído como sujeito no final de sua análise, pode se permitir, como objeto “a”, “fazer semblante”, ocupando o lugar de agente nos vários discursos dos quais considere necessário a cada situação na qual é convocado a intervir.

Assim, quando alguém se dirige ao analista, pode fazê-lo ocupando o lugar de agente do discurso da histérica, do mestre ou do universitário, conforme explicado anteriormente. O que marca a diferença é que o analista responde de algum desses lugares que lhe são atribuídos de forma específica. Quando isso ocorre, embora a expectativa da pessoa seja de que o analista ocupe o lugar de outro do discurso, ele não corresponderá a essa expectativa, pois sabe que sua função é a de se oferecer fazendo semblante. O analista pode até, eventualmente, responder como um S1 ou um S2, porém sempre sabendo “ser o a”. E isto tem como efeito possibilitar um giro no discurso. Lacan (1969-1970/1992) marca que o discurso do analista aparecerá exatamente nesse giro discursivo.

Considerando esses pontos, retornamos a Sergio, apostando que a possibilidade de ser atendido diariamente pela analista favoreceria a construção de um vínculo transferencial, não necessariamente uma transferência analítica, visto que esta se refere à entrada em análise. A questão aqui colocada diz respeito ao fato de que nem o médico, nem nenhuma outra pessoa da equipe ocupava, para Sergio, um lugar diferenciado do qual se sentisse autorizado a se revelar. Somente com a analista, ele se permitiu. Lacan afirma que “[. . .] de cada vez que essa função pode ser, para o sujeito, encarnada em quem quer que seja, analista ou não, resulta da definição que venho lhes dar que a transferência já está então fundada” (Lacan, 1964/1998, p. 220).

A situação clínica que esse caso apresenta mostra a intervenção/participação da analista, mas com uma única direção: possibilitar a construção do vínculo transferencial, abrindo espaço para um desvelamento, por meio de um trabalho de escuta. É preciso

considerar que a psicanálise no hospital dá a oportunidade para a construção do vínculo transferencial, ou, melhor dizendo, de uma certa modalidade de transferência, na grande maioria dos casos. Se a transferência (ou transferização, conforme conceituação a diante) também pode ser verificada em um ambulatório hospitalar, é pelo efeito do trabalho dos analistas que ali estão.

A presença da analista na equipe, entre os pacientes e familiares, favorece que, em algumas situações, algo da transmissão da psicanálise ocorra. É por meio da presença da analista que a demanda pode ser construída. É preciso que essa presença seja de tal modo que incida sobre algumas certezas, abrindo espaço para o campo da subjetividade e da particularidade. Desse modo, é possível sustentar a presença de um saber outro, diferente do saber oferecido pelo campo médico. Pode-se dizer que a transferência no contexto da instituição hospitalar seja, a princípio, um significante que aponta para a existência de um saber outro sobre o sofrimento do ser. O analista deve saber sustentar e manejar essa transferência para favorecer um trabalho que toma a psicanálise como base.

Porém, se o termo transferência analítica não é correto para definir as situações em que o analista opera no hospital, uma vez que se refere ao momento de entrada em análise, de qual transferência se pode falar nesse contexto?

Jean-Richard Freymann (2008) sugere que existam níveis de transferência. Um primeiro nível seria o que ele nomeia de transferização (*transférization*) e que ele denomina como uma operação dinâmica que provoca efeitos, e que consiste na tentativa de tornar presente a transferência, não importando se se trata da transferência analítica, hipnótica ou mesmo delirante. Sobre esse primeiro nível, ele diz que:

[. . .] a “transferização” [. . .] é um primeiro nível em um certo número de situações difíceis. Isto é verdadeiro nas psicoses, é verdadeiro nas doenças. O fato de ser bem-sucedido em tornar presente um pouco de transferência já é curar as pessoas. Em todo caso, é cuidar sob o ângulo da cura (Freymann, 2008, p. 7).

De acordo com Freymann, esse nível da transferização é algo bastante preciso no sentido de mobilizar a dimensão de um outro lugar. As intervenções do analista em situações específicas no contexto hospitalar podem ser pensadas com o efeito de mobilizar um outro lugar para o paciente, permitindo que algo de sua particularidade possa ser resgatado. Dessa maneira, Freymann afirma que, quando o analista é bem-sucedido em “induzir um pouco de transferência”, isso tem como efeito um trabalho que já é analítico, mesmo que tomado no lado da psicoterapia:

Este nível da transferização já é analítico, mas está do lado da psicoterapia, na medida em que ela se refere à análise. (Não disse psicoterapia analítica, pois não compreendo o que isso quer dizer). Isto já é psicoterápico por ser bem-sucedido em transferizar. Em seguida, as pessoas podem continuar a viver. (Freyman, 2008, p. 7).

Outro nível apontado por esse autor refere-se à análise da transferência, colocando-a no campo da experiência analítica clássica. Esse é o nível no qual transcorrem as análises e é caracterizado pela mobilização da análise na qual as pessoas são conduzidas a continuarem a pesquisar. Entretanto, vale ressaltar que esse nível requer um tempo longo de trabalho. Essas considerações nos ajudam a pensar a questão da atuação do psicanalista em um contexto no qual o que se visa não é prioritariamente a construção da transferência analítica. Podemos pensar que, no hospital, se o analista é bem-sucedido no estabelecimento de um pouco de transferência, ele pode criar as condições para que ali um trabalho em psicanálise seja possível.

Remetemo-nos novamente a Sergio. Observamos que a demanda formulada por ele coloca em jogo alguns significantes como “o papel paterno” e acreditamos que, se a transferência se funde com um significante e não com a pessoa da analista, este poderia ser um sinal do estabelecimento de uma relação de transferização. Assim, quando a analista que o acompanha lhe retorna a possibilidade de desvelar, Sergio mostra-se. Oferecer a possibilidade de atuação é abrir um espaço para a implicação nas particularidades dessa escolha mesma. Lacan afirma que o analista é aquele que “[. . .] sustenta a demanda, não [. . .] para frustrar o sujeito, mas para que reapareçam os significantes em que sua frustração está retida” (Lacan, 1958/1998, p. 624). O efeito dessa escolha foi que, em situações pontuais em que alguma questão emergia, a analista era convocada a esse lugar.

4 A INTENÇÃO

4.1 O tempo lógico no atendimento hospitalar

As novas modalidades terapêuticas, analíticas ou não, que têm aparecido nos últimos anos nos convocam a repensar a temática do temporal. Que lugar tem o processo psicanalítico em um tempo que questiona a temporalidade? Como se dá o tempo em nossos tempos? As épocas mudam, privilegiando determinados valores, modelos e ideais. Estes apareceram na clínica de muitas formas, por exemplo, resoluções rápidas, sem esforço, com um custo mínimo, com pouco compromisso em relação ao próprio padecer, ou ao alheio. É a cultura do imediatismo, do instantâneo, da impossibilidade de espera, do consumo de objetos que prometem a ilusão de alcançar algum ideal. O tempo do imediatismo é um tempo que estaria alterado, reduzido ao instantâneo.

Zygmunt Bauman (2001) ilustra a ideia do tempo a partir das olimpíadas antigas, em que a meta era vencer a competição, e não quebrar um recorde. Não se contava o tempo de uma prova, enquanto hoje o tempo faz parte da competição e da sua história. As distâncias começam a perder importância, enquanto o tempo ocupa o seu lugar: “[. . .] a modernidade nasceu sob as estrelas da aceleração e da conquista de terras” (Bauman, 2001, p. 131). Partindo desse conceito ele faz uma distinção entre modernidade pesada, que foi a da administração do tempo, e a modernidade leve, que consiste na eficácia do tempo como meio de alcançar valor.

Segundo Bauman (2001), vivemos, então, na era da instantaneidade, em que tudo se torna volátil e inconstante. Assim também o longo prazo deixou de ter importância, sendo substituído por aquilo que é imediato. Os próprios objetos não precisam ser duráveis, eles adquirem a característica da transitoriedade. Para Bauman (2001), o advento da instantaneidade leva os homens “[. . .] a um território não-mapeado e inexplorado, onde a maioria dos hábitos aprendidos para lidar com os afazeres da vida perdeu sua utilidade e sentido.” (p. 149).

Outro efeito sensível sobre esse discurso da temporalidade é o fenômeno subjetivo que François Hartog (2003) nomeia como “presentismo”. Essa ideia é retomada por Jesús Santiago no texto *Presentismo e novos modos de relato: efeitos sobre o sujeito suposto saber*. Jesús Santiago (2007-2008), atento aos estilos de vida atuais, verifica o crescimento de uma categoria maciça e invasiva do presente. Isso significa que a experiência que as distintas épocas históricas mantêm com o tempo não é única e nem homogênea. Para a psicanálise, se

cada sociedade mantém uma relação particular com o passado, o presente e o futuro, isso tem consequências para a “função da palavra”. Portanto, de acordo com Santiago (2007-2008), o fenômeno do “presentismo” impõe, à prática do analista, novas modalidades da narrativa, que, certamente, repercutem sobre a própria concepção da transferência. Nas palavras de Jesús Santiago (2007-2008):

O ato analítico na contemporaneidade exige uma mudança de paradigma clínico, sobretudo, no âmbito da transferência, pois seu exercício passa a ser correlativo da dimensão do real que falha incessantemente... Deparo-me, com frequência, com material clínico que me faz interrogar a aplicabilidade da psicanálise aos mais diversos estilos de vida contemporâneos. (p. 1).

Esse autor revela o triunfo das normas centradas sobre a vida no presente, de modo que a civilização atual assiste ao surgimento de uma temporalidade marcada pelo primado do “aqui e agora”. Santiago (2007-2008) pergunta-se se o presentismo, com suas operações narrativas próprias, acarretaria consequências desfavoráveis para a instalação do laço transferencial, já que o tradicionalismo clínico foi substituído pela cultura do “mais rápido” e do “sempre mais” (mais flexibilidade, desempenho e inovação).

Após examinar algumas referências sobre o tempo, é interessante determinar a importância desse conceito na direção do tratamento que interessa à psicanálise. Consta-se que, além de se relacionar ao sujeito, o tempo sofre influência direta do contexto, principalmente naquilo que esse contexto traz de contingencial ao indivíduo, seja nos âmbitos pulsional ou social. É uma das contingências inevitáveis que o tempo nos impõe diz respeito a seu caráter de transitoriedade, de passagem, de escoamento. Portanto, o acontecimento tem o poder de marcar e demarcar um tempo.

A esse respeito, é possível promover uma articulação da psicanálise com a noção de tempo, tão peculiar à área. Faremos isso e, posteriormente, vamos propor uma vinculação entre psicanálise e urgência, delimitando mais detalhadamente o conceito de urgência subjetiva. Em se tratando de tempo, é preciso considerar os limites e as possibilidades da clínica psicanalítica no atendimento de sujeitos cujo sofrimento urge. Referimo-nos aqui aos pacientes hospitalizados. Quando a angústia extravasa os contornos do suportável, a urgência convoca intervenções em distintos lugares, na tentativa de construir uma articulação possível para o sujeito e suas identificações. Urgência em um tempo cujo aparato simbólico vacila, atravessado por uma experiência temporal singular em sua eternização, contornada por rupturas e deslizamentos. Frente a essa questão, a clínica contemporânea tem nos convocado à produção de intervalos nos quais possamos dialogar com outros saberes, possibilitando

construções coletivas acerca de questões cruciais que circulam entre os sintomas e a subjetividade de cada um.

Cabe nesse momento, apontarmos como funcionava a questão da temporalidade para Freud (1915/1996). Esse autor indica como uma das características do sistema inconsciente a ausência da temporalidade. Para ele, os conteúdos do inconsciente não se organizam no tempo. Dizer que o inconsciente é atemporal pode nos trazer, no primeiro momento, a ideia de que o inconsciente freudiano estaria livre das dimensões de um tempo. Porém, num segundo momento, verificamos em Freud que esse atemporal que ele nos anuncia em várias partes de sua obra está ligado ao mesmo tempo a uma infinidade de tempo, a todos os tempos, a um tempo singular, a um tempo do sujeito.

O inconsciente para Freud (1915) apresenta-se como uma memória que insiste em se repetir. Ele é atemporal, desconhecido cronologicamente, aparece-nos de forma descontínua. O tempo do inconsciente é o tempo lógico, subjetivo, é outro tempo, não há tempo futuro ou passado. Portanto, interessa-nos pensar que para Freud a referência ao tempo está intimamente ligada ao sistema consciente, e assinala como característica do sistema inconsciente, ausência da temporalidade. Parece que Freud nos adverte que, do tempo progressivo do sistema consciente, o inconsciente se encontra fora. No texto *O inconsciente*, Freud afirma:

Os processos do sistema inconsciente são intemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não tem absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se mais uma vez, ao trabalho do sistema consciente (Freud, 1915, p. 192).

Onde Freud descobre a atemporalidade do inconsciente, Lacan produz a atemporalidade na direção da cura, por meio do tempo lógico. Para Lacan, não é o passado que atropela o presente, é o Real que assola o sujeito e que o faz produzir, a partir da inscrição do significante do Outro. Lacan (1945), em *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*, propõe uma lógica temporal que permite distinguir a dialética na experiência subjetiva do tempo. Temporalidade essa, constituída por uma tríade, sobre a qual explicaremos os detalhes, no decorrer desse texto. Para Lacan (1945), a modulação do tempo nos processos lógicos inclui o sujeito nesses três momentos:

1º) o “instante de ver” (de olhar e errar): destaca-se aqui a percepção como dado que nega a realidade, que vê aquilo que convém ao eu;

2º) o “tempo para compreender” (também chamado de tempo de meditação ou de verificação): caracteriza-se pela marca da pressa e pelo encontro com o Outro;

3º) o “momento de concluir”: caracterizado por um ato (corte) que cria o tempo num antes e num depois, que marca um tempo para o sujeito que aí se insere, se engaja.

No texto sobre o “tempo lógico” citado acima, Lacan (1945) apresenta o “apólogo dos prisioneiros”, com intenção de evidenciar a condição atemporal do inconsciente. Trata-se da seguinte narrativa: o diretor de um presídio escolhe três prisioneiros e informa, sem maiores explicações, que a libertação de um deles se daria mediante uma prova a que deverão se submeter e que deverão resolver. O diretor anuncia a existência de cinco discos que só diferem pela cor, sendo três brancos e dois pretos. Sem que lhes seja informada a cor, o diretor escolhe três discos entre os cinco citados, que deverão ser fixados, respectivamente, nas costas dos três prisioneiros. O diretor explica-lhes, então, a prova: cada um deles terá a oportunidade de ver a cor dos discos dos seus parceiros, mas continuará na ignorância da cor do seu próprio disco. Os prisioneiros não poderiam relatar aos outros a cor dos discos que se encontram nas costas dos seus parceiros, sendo isso de substancial importância, pois seria óbvio o interesse de cada um. O primeiro que pudesse deduzir a sua própria cor seria favorecido com a liberdade. Para finalizar, o diretor ainda esclarece que a conclusão de cada um deve se regular por motivos de lógica e não por verossimilhança. O primeiro a formular a resposta deverá transpor determinada porta para quê, em particular, coloque a sua resposta em julgamento. Após algum tempo de observação, os três sujeitos dão juntos alguns passos, que os levam, simultaneamente, a cruzar a porta, com o propósito de fornecer a sua resposta de modo particular como foi sugerido pelo diretor. E assim, é dito por um deles:

Sou branco, e eis como sei disso. Dado que meus companheiros eram brancos, achei que, se eu fosse preto, cada um deles poderia ter inserido a seguinte frase: “se eu também fosse preto, o outro, devendo reconhecer imediatamente que era branco, teria saído na mesma hora, logo não sou preto”. E os dois teriam saído juntos, convencidos de ser brancos. Se não estavam fazendo nada, é que eu era branco como eles. Ao que saí porta afora, para dar a conhecer minha conclusão (Lacan, 1945, p. 198.).

Nessa hipótese, é o fato de nenhum dos dois haver saído primeiro que permite a cada um pensar-se como branco, e é claro que bastaria eles hesitarem por um instante para que ambos fossem reforçados, sem possibilidade de dúvida, em sua convicção de serem brancos. É que a hesitação estaria logicamente excluída para qualquer um que visse dois pretos. Mas ela também está excluída na primeira etapa da dedução, pois, não se achando ninguém na

presença de um preto e um branco, não haveria como ninguém sair, pela razão que se deduz isso.

Lacan (1945), no exemplo dos prisioneiros, articula a temporalidade de acordo com um funcionamento que se desenvolve em um tempo que não é cronológico, mas que obedece a uma lógica de circunstâncias. Produzindo, assim, uma estrutura lógica do tempo. O tempo lógico, portanto, deve ser o tempo essencial para que se possa produzir uma conclusão a partir do que não se sabe. Ou seja, a conclusão não se evidencia sem que antes haja uma pausa, um intervalo no qual a ação de cada um se mantém suspensa na dependência da resposta do outro. Sendo assim, o tempo do sujeito, o tempo lógico, nos exige sempre um momento de compreensão.

O tempo lógico, tal como pensado por Lacan (1945), mostra-nos que a temporalidade é tomada como um acontecimento lógico, que permite chegar a uma conclusão de uma certeza antecipada, frente à irrupção de um real. “Sou preto, sou branco”, conforme a narrativa. Porém, é relevante ressaltarmos que a certeza extraída no tempo lógico é diferente daquela que aparece no momento da angústia, pois não é resultado de um saber, de uma dedução ou de pressa. Podemos pensar, então, no aparato simbólico do tempo, em que o sujeito possa, a partir das modulações temporais, concluir.

Seguindo esse raciocínio de Lacan (1945), o “instante de ver” seria então, a primeira expansão temporal. Nessa ocasião, podemos ver um sujeito embaraçado no tempo, um tempo instantâneo. O “instante de ver” é um momento de clarão em que o tempo é igual a zero. Isso corresponde a um sujeito impessoal, do que se pode ver nesse momento. O “instante de ver” produz o embaraço em que o sujeito pode tomar algo como verdade a despeito da falta de saber. Aqui o tempo é igual a zero. O que vemos é um sujeito suspenso diante da urgência que se antecipa nesses momentos.

Percebemos, em nossa prática no hospital, que o indivíduo, em uma vivência de angústia, se encontra atrasado no tempo, não dispendo de um momento que permita uma conclusão. Desse modo, ele fica preso no primeiro momento, o “instante de ver”, sem a possibilidade de construir uma hipótese sobre si. O indivíduo depara-se com uma certeza de um real que não se articula a uma cadeia significativa. Algo escapa nesses momentos, delimitando um vazio, que aponta para uma incerteza. Esse primeiro momento lógico é o intervalo de tempo que o sujeito hesita, mostrando uma divisão na cadeia significativa, um detalhe que mostra a ruptura do sujeito.

O que vemos no hospital é que, no momento de urgência temporal, um corte já está posto desde a chegada do paciente, de forma radical, por meio da condição orgânica. Há um

curto-circuito entre o ver e a concluir, e essa barra faz o sujeito vacilar em suas certezas. Dessa forma, a função de ruptura no hospital é exercida pelo atravessamento do real que está posto nas condições clínicas. Assim, é preciso um movimento, um deslocamento subjetivo que vise uma saída. Isso nos leva a considerar que nesse cenário, há um intervalo, uma tensão temporal que não possibilita ao indivíduo um tempo para compreender.

Nas situações hospitalares, abre-se uma temporalidade avassaladora, que o coloca na condição de puro objeto. É preciso outro tempo, um tempo para compreender. E é nesse momento que o analista poderá trabalhar na tentativa de possibilitar ao sujeito uma abertura para outro tempo, um tempo que vive a recolher os objetos a caídos e articulados a uma nova cadeia significativa do sujeito em que manejamos o “tempo de compreender”.

O “tempo de compreender” – a segunda expansão temporal – é o tempo de reflexão, da formulação de uma hipótese. Ao se colocar no lugar do outro e raciocinar, sou branco eu sou preto, como no sofisma de Lacan, “[. . .] vemos um tempo que vacila em seu limite” (Lacan, 1945, p. 205). Podendo inclusive ser engolido pelo “instante” de ver. Aqui, temos um indivíduo, em que posição deste depende do outro, da passagem pelo outro, sendo esse tempo crucial à emergência de um sujeito. Nesse segundo tempo, Lacan (1945) aponta em seu sofisma que os prisioneiros se identificam uns com os outros. E, essa possibilidade de se colocar no lugar do outro e imaginar o que o outro está a ver, é o que permite a cada um deles formular sua hipótese. Porém, logo após esse movimento de emergência, acontece o que Lacan chama de “dessubjetivação” (p. 210), que termina em um ato, como vemos no exemplo dos prisioneiros.

Portanto, o “tempo de compreender” é o tempo marcado por uma possibilidade de construir sobre si uma hipótese, uma resposta singular a partir daquilo que se perdeu diante da urgência no “instante de ver”. É um instante de tempo que pode engolir todo o momento necessário para que este pudesse construir uma resposta sobre si, fazendo uma colagem com o momento de concluir. O “tempo de compreender” é esse tempo que não pode ser mensurado, calculado, e só se chega ao fim a partir de uma asserção conclusiva. É só num terceiro tempo, em detrimento dos tempos anteriores, que ele, a partir da oferta de escuta do analista, pode fabricar uma sutura em sua cadeia significativa. O “momento de concluir”, portanto, é um momento de pôr fim a um “tempo de compreender”. O tempo lógico, tal como trabalhado por Lacan, é marcado pela retroação, quando cada tempo (momento, um instante) depende do tempo anterior.

Prosseguiremos, então, para a terceira expansão temporal de Lacan (1945): o “momento de concluir”. Aqui, encontramos a urgência, pois, como vimos nos sofisma de

Lacan – a partir da solução encontrada pelos prisioneiros –, há que se concluir rapidamente antes que os outros também concluam. O sujeito nesse momento descobre-se atrasado, pois precisa concluir, antes que o outro o faça. Portanto, o “momento de concluir” é o momento quando o ato se antecipa ao próprio sujeito, o que Lacan também chamou de *O tempo lógico* [do sujeito] e *a asserção da certeza antecipada*, conforme o título do seu texto. Esse ato é um movimento que dessubjetiva o sujeito. Extrai a subjetividade deste, reduzindo ao ato, mas não qualquer ato, e sim um ato de responsabilidade. No caso dos prisioneiros, nesse texto de Lacan, um ato pela liberdade. Um movimento de libertação que passou pelo outro, mas que não depende do outro, pois implicou uma separação deste.

Lacan introduz, a partir de suas considerações, um elemento importante: a dimensão da pressa, que constitui o ponto central que decide o tempo lógico em sua teoria. No caso do tempo como pressa, é esta que articulará os três tempos, sendo que entre o “instante de ver” e o “momento de concluir”, Lacan introduz uma anulação do “tempo de compreender”. É essa antecipação do “tempo de concluir”, que se determina como urgência, como precipitação. A dimensão da pressa fará uma ruptura e precipitará a decisão. A respeito do momento de concluir, Lacan afirma:

Não é em razão de uma contingência dramática, da gravidade do que está em jogo, ou da emulação do jogo que o tempo urge; é na urgência do movimento lógico que o sujeito precipita simultaneamente seu juízo e sua saída, a modulação em que a tensão do tempo inverte-se na tendência ao ato que evidencia aos outros que o sujeito concluiu. (Lacan, 1945, p. 206).

Se *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada* de Lacan apresenta uma reflexão sobre os fundamentos da questão temporal, pode-se afirmar que esta se coloca inteiramente a serviço de suas implicações clínicas. A partir do que foi colocado, podemos destacar alguns fios condutores do tempo: seu caráter heterogêneo e múltiplo, a interferência da variável tempo na resolução de um problema lógico, o estatuto do sujeito do significante como sujeito de pura lógica, as relações entre a espera e a pressa, entre saber, asserção e ato e, finalmente, a duração como fator de cálculo, e não como estado de consciência.

É preciso considerar, portanto, as distintas estruturas temporais que têm lugar durante a situação clínica, pois elas são efeitos do significante. Isso permite afirmar, por um lado, que a estrutura significante determina a posição subjetiva da espera, essencial no tempo da sessão em psicanálise e, por outro, do lado do analista, ela exige a modulação temporal da urgência. É a urgência que abre a possibilidade de o sujeito se deparar com o adiamento do saber, é ela que intervém como suspensão do gozo, sem que com isso haja anulação desse saber.

Assim, consideramos que não é a duração cronológica, e sim o Outro que confere significação às palavras do sujeito. Ao pontuar o sentido, o término da sessão institui uma temporalidade epistêmica, ou seja, um tempo de saber produzido pela própria ação do significante. Indicações de Lacan esclarecem que o tratamento analítico não deve se restringir ao emprego da pontuação da significação. Como se viu, o tempo em análise é também uma unidade contábil, ainda que essa contabilidade não se faça pela via da duração cronológica, mas pela significação.

Retomando a questão da temporalidade no hospital, compreendemos que, nesse cenário, o sujeito está à mercê do discurso da ciência, tendo em vista que esse discurso promove um bloqueio desse sujeito no tempo. Inclusive, a impessoalidade do hospital faz com que o tempo possa ser anulado, sendo marcado apenas como cronológico em torno de regularidades, implicando uma possível perda de referências subjetivas. Devido a essa situação temporal tão peculiar, um real sem lei aparece sob forma de angústia, atuações, despersonalização, inibição, etc.

O trabalho do analista nesse local é possibilitar um tempo de compreender, criando condições para que o sujeito possa emergir. Trata-se de um trabalho preliminar que possibilita criar condições para se operar com a psicanálise nesse espaço. Podemos inferir que esse trabalho preliminar pode ter a duração de todo o tratamento possível no hospital. É necessário um movimento que possibilite uma amarração, e a lógica do tratamento, enfim, possa fazer sentido. Um cuidado preliminar que permita ao sujeito se introduzir, posteriormente, na lógica de uma análise. A conduta do analista para com o paciente (no hospital), é um tempo anterior, que possibilita a abertura de uma nova temporalidade, um tempo do sujeito.

Podemos inferir, a partir das considerações freudianas sobre a temporalidade e das contribuições de Lacan a esse respeito, que são fundamentais dois tempos para que o sujeito possa se situar. Ou seja, é sempre no segundo tempo que este poderá ressignificar de forma retroativa o primeiro. Assim, será sempre necessário um segundo tempo ao sujeito. Podemos dizer que a realidade psíquica do sujeito é constituída em um tempo que não é cronológico, que não respeita lógica linear. Ele é atemporal. Para tanto, é importante pensar que o trabalho do analista e sua intervenção só podem ser colhidos no “só depois, no *a posteriori*”.

Entendemos, portanto, que o manejo do tempo na análise – seja no *setting* analítico, seja no encontro com o analista –, como podemos verificar em nossa prática no hospital, tem consequências para o trabalho do sujeito em relação aos seus modos de gozo. O manejo desse tempo na experiência analítica inclui todas as três dimensões temporais. No entanto, o que temos na urgência é um embaralhamento da lógica do tempo. Torna-se imprescindível, então,

colocar a questão sobre a especificidade do tempo na urgência, como faremos posteriormente neste estudo.

4.2 A elaboração do trauma

Trauma é uma palavra de origem grega que significa ferida, sendo utilizada, principalmente, pelo campo da medicina. A psicanálise transpôs esse termo para o plano psíquico, explicando o trauma como uma consequência de um choque emocional violento capaz de produzir efeitos sobre o psiquismo como um todo.

Propomo-nos analisar algumas questões teóricas a respeito do trauma em psicanálise, escolhemos fazer um breve mapeamento histórico que privilegiasse as contribuições de Freud e Lacan no que concerne à compreensão do tema. A intenção aqui é contribuir para o entendimento de diferentes perspectivas teóricas existentes sobre o trauma psíquico. A partir desses dois autores, faremos uma síntese da noção de trauma em psicanálise, delineando, de forma geral, como o tema foi percebido e trabalhado nas obras de cada um deles.

Iniciamos essa apresentação sobre a noção de trauma nas primeiras teorias freudianas inspirada no estudo de Jean-Martin Charcot sobre os fenômenos hipnóticos na histeria. Charcot vai centrar seus trabalhos naqueles sintomas que apareciam após graves traumas; conforme Freud explica, em sintomas que advêm como resultado das neuroses traumáticas e, mais especialmente, das histerias traumáticas. (Freud, 1886/1990). Freud (1893/1990) sustenta que os contágios histéricos, que foram interpretados na Idade Média como possessões demoníacas, passaram a ser entendidos pela tendência à sugestionabilidade e ao mimetismo desses pacientes. Após Charcot, a causa da neurose, explicada até então exclusivamente por fatores orgânicos, mostra uma nova face: a história de vida do paciente como motivos coadjuvantes no desencadeamento da histeria. É nesse contexto que Freud (1893) introduz a noção de trauma, como motivo capaz de desencadear as manifestações patológicas.

A partir da observação clínica de diferentes casos de histeria, Freud (1893) chega à noção de trauma psíquico, noção esta estreitamente relacionada à teoria da histeria que, já nos primeiros textos freudianos, “[. . .] transforma em trauma psíquico toda impressão que o sistema nervoso tem dificuldade em abolir por meio do pensamento associativo ou da reação motora” (p. 222). Logo, a definição de trauma psíquico implica, numa perspectiva freudiana, a ideia de um choque violento, de uma efração sobre o aparelho psíquico e também das consequências sobre o conjunto da organização psíquica. (Freud, 1893, p. 222).

No final da década de 1890, Freud elabora o conceito de fantasias inconscientes. No entanto, a constatação da existência de fantasias não altera a busca pela experiência ocorrida objetivamente. A teoria do trauma permanece, portanto, válida, mas com uma diferenciação no material em que os tempos incidem. O material não é mais a sedução sexual explícita, mas a experiência de coisas que são escutadas e que não estão inicialmente ligadas a sentido algum. O sentido só chega mais tarde, produzindo as fantasias. Freud, na *Carta Freud-Fliess*, de 02/05/1897 (apud Masson, 1984), passa a se preocupar menos em reencontrar os elementos realmente ocorridos que poderiam estar na base da irrupção de um quadro histérico. O acontecimento concebido como desencadeador da neurose talvez seja um elemento imaginário, que provoca o trauma.

A ideia do trauma freudiano retorna de outro modo entre os anos 1915 e 1920. Essa nova acepção do tema foi inicialmente imposta a Freud (1916/1976) pelos casos de neurose traumática pós-guerra, que resultavam de acidentes dolorosos recentes que, aparentemente, não tinham qualquer relação privilegiada com objetos sexuais. Os sintomas dessa afecção, propõe Freud (1916), resultam de uma fixação no momento do acidente traumático. Nos anos que se seguem ao início da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), os debates sobre a origem traumática nas neuroses se acirraram: reativou-se o interesse de Freud (1919) nas neuroses de guerra e nas neuroses traumáticas em geral. A análise das sintomatologias traumáticas geradas nas pessoas durante guerra foi o que mais tarde inspirou as incursões de Freud pelo além do princípio do prazer, assim como as novas formulações sobre pulsão de morte, compulsão à repetição e sobre a própria concepção de trauma (Freud, 1920/1976).

A partir do estudo das neuroses de guerra, reescreve-se a metapsicologia: a repetição é uma maneira de elaboração do trauma, independente do princípio do prazer. O trauma pode não estar remetido diretamente à experiência infantil de natureza sexual, atingindo o sujeito inclusive na idade adulta. O interesse freudiano pela concepção econômica do trauma é retomado, portanto, em *Além do princípio do prazer*, em que Freud (1920) explica que a tarefa do aparelho psíquico consiste, então, em restabelecer as condições do funcionamento do princípio do prazer por meio da ligação de excitações que permitam sua descarga. O funcionamento do princípio do prazer exige determinadas condições que o trauma vem abolir, desde o momento em que ameaça a integridade do sujeito. Nesse momento teórico, o trauma encontra um lugar privilegiado, num sentido diferente daquele atribuído a um trauma essencialmente sexual.

Antes de 1923, temos na obra de Freud algumas referências antecipatórias ao supereu. Ao desamparo original, descrito por Freud no *Projeto para uma psicologia científica* (Freud,

1895) e novamente reafirmado em 1923, em *O ego e o id*, vem se juntar outro fator da dissolução da onipotência primária: a interferência do complexo de castração, que impõe à criança restrições à plena atividade sexual infantil, em conformidade com as exigências morais da cultura.

Considerando as transformações advindas da segunda tópica freudiana em 1923, bem como os reflexos da pulsão de morte, atribui-se à concepção traumática um valor maior na teoria da angústia (*Inibição, sintoma e angústia*, Freud, 1926/1976). Nessa época, Freud resgata suas novas contribuições teóricas sobre o trauma, só que dessa vez o perigo do trauma está referido à ameaça de castração. Com o objetivo de esclarecer seus postulados, Freud (1926) retoma a discussão sobre o trauma a partir das ideias de Otto Rank (1924/1934). O livro de Rank, *O traumatismo do nascimento* representa, entretanto, é mais do que uma explicação para a forma assumida pela angústia, pois ele acredita que os ataques de angústia são tentativas de ab-reagir ao trauma do nascimento. Para Rank (1924), o mecanismo que desencadeia a angústia e que está presente nas pessoas que manifestam sintomas fóbicos remonta a angústia que acompanha o nascimento, e a reproduz.

No terceiro ensaio de *Moisés e o monoteísmo*, Freud (1934-1938/1975) confronta-se com a própria instituição religiosa e retoma a reflexão sobre a neurose traumática à luz dos efeitos igualmente traumáticos que pesam sobre os grupos, os povos, etc. De acordo com ele, o trauma explica o movimento repetitivo encontrado tanto na história coletiva, quanto na do indivíduo. A partir da relação existente entre Moisés e seu povo, Freud assinala que existe um traço comum entre a religião monoteísta judaica e a neurose, o fenômeno da latência, que entremeia as reações ante o trauma e o posterior desencadeamento da doença. Assim, há um efeito tardio do trauma: existe um tempo de latência entre o impacto do acontecimento traumático e a manifestação sintomática.

Ainda em *Moisés e o monoteísmo*, Freud (1934-1938) sustenta a origem traumática das neuroses e faz uma distinção fundamental para nossos propósitos. Segundo ele, no que concerne às características comuns dos fenômenos neuróticos, os efeitos do trauma são de dois tipos, positivos e negativos. Os efeitos positivos do trauma decorrem da fixação e da compulsão à repetição, como uma tentativa de colocar o trauma em funcionamento mais uma vez. Eles podem integrar-se ao eu com a condição de que sua origem histórica permaneça esquecida. No entanto, os efeitos negativos do trauma pretendem fins diferentes, nem recordando nem repetindo o trauma esquecido. São reações defensivas, tais como, as evitações, que podem se intensificar em inibições e fobias.

Não pretendemos nesta seção esgotar todo o conteúdo teórico freudiano a respeito do trauma. Nossa intenção foi promover uma espécie de síntese cronológica do conceito. Daqui por diante, passamos para a análise do termo trauma em Lacan. Aqui, a palavra é analisada a partir da relação que esse autor estabelece entre trauma e a noção de significante, bem como a partir da ideia de trauma como encontro com o real.

A teoria lacaniana retoma a noção de trauma tal como ela é apresentada principalmente nos *Escritos* (1958) e em alguns de seus seminários, para com isso conseguir sustentar a ideia de Lacan, segundo a qual o verdadeiro trauma do sujeito é a existência da linguagem, é a dependência do sujeito ao significante. Dessa forma, o trauma por excelência, na obra de Lacan, é a entrada do significante no corpo vivo da criança. Ele deve ser entendido como aquilo em torno do qual o sujeito se constitui, não sendo, desse modo, um mero acidente que ocorre na vida do falante.

Entre 1952 e 1963, Lacan dedica-se a estudar um conceito, uma ou duas obras de Freud a cada ano. Tomando a forma de seminários sobre textos freudianos, suas aulas voltam-se à noção de trauma tal como era situado na origem das neuroses por Freud, o que acabou ajudando Lacan a repensar a determinação do sujeito. Para ilustrar o fato já percebido, de que o trauma se relaciona com a entrada do simbólico, faremos uma pequena análise do caso do *Homem dos lobos*, em que Lacan (1952/2017), por meio da narrativa freudiana, focaliza o trauma estrutural da cena primária. Lacan (1952) considera que o *Homem dos lobos* é um personagem desincluído da sociedade. Enfatiza, nessa fase, a importância da ideia do só depois, e que significa que o acontecimento primeiro como tal não foi traumático, assim como não é recuperável posteriormente. Para ele, Freud não pôde jamais obter a reminiscência propriamente dita da realidade, da cena ao redor da qual girou toda a análise do sujeito.

De certo modo, o tratamento do *Homem dos lobos* foi influenciado pela investigação freudiana a propósito da existência ou não das tais cenas primitivas. Há algo para além da realidade: a historicidade do acontecimento; isto é, algo de flexível e decisivo, que foi uma impressão no sujeito, e que o dominou, é necessário para explicar a continuação de seu comportamento. Freud (1914) é quem ensina o sujeito a ler seu sonho: é o sujeito que olha uma cena e tem medo de ser comido (leia-se, castrado) pelos lobos. Esse é o sonho que leva à cena reconstruída em análise – a cena da relação sexual dos pais. Esse acontecimento traumático permite compreender tudo o que acontece depois, assim como tudo o que é assumido pelo sujeito: sua história.

No *Seminário 1*, intitulado *Os escritos técnicos de Freud*, Lacan (1954) mais uma vez analisa as intervenções freudianas do caso clínico do *Homem dos lobos*. A partir dele,

esclarece o que entende ser uma questão central nesse escrito freudiano: o trauma. Segundo ele, Freud:

[. . .] percebe de que o trauma é uma noção extremamente ambígua, porque parece, segundo toda evidência clínica, que sua face fantasmática é infinitamente mais importante do que sua face de evento. Desde então, o evento passa para o segundo plano na ordem das referências subjetivas. Em compensação, datar o trauma continua a ser para ele um problema que convém conservar [. . .] (Lacan, 1954, p. 46)

Segundo esse ponto de Lacan, é na aproximação dos elementos traumáticos, fundados numa imagem desintegrada sobre a qual o sujeito não tem controle, que se produzem os lapsos na síntese da história do falante. As irrupções do inconsciente e os sintomas são descontinuidades na vida psíquica, imputáveis ao retorno do recalcado. Correspondem ao que Freud (1914) chamou de descontinuidades na cadeia motivacional consciente do sujeito. Ele considera que, quando a motivação consciente não justifica algo, deve-se buscar um motivo inconsciente.

Em 1957, Lacan fala sobre os processos inconscientes que os sonhos normais (não os sonhos traumáticos) desvelam em suas articulações lógicas e metafóricas. Segundo ele, na análise do sonho, esclarecem-se as leis do inconsciente e mostra-se que o trabalho do sonho segue leis simbólicas – ou, como Lacan diria, as leis do significante: “[. . .] entre o significante enigmático do trauma sexual e o termo que ele vem substituir numa cadeia significante atual passa a centelha que fixa num sintoma [. . .] a significação, inacessível ao sujeito consciente onde ele pode se resolver” (Lacan, 1957/1998, p. 522).

No entanto, é principalmente no *Seminário 11*, de 1964, que, ao voltar ao tema do trauma, Lacan afirma que acaso, acidente e contingência devem ser dissociados das noções de imprevisibilidade e irracionalidade. Nesse *Seminário*, Lacan aproxima o trauma da ideia de real. Diz ele: “Não é notável que, na origem da experiência analítica, o real seja apresentado na forma do que nele há de mais *inassimilável* – na forma do trauma, determinando toda a sequência e lhe impondo uma origem na aparência accidental?” (Lacan, 1964/1998, p. 57, grifo no original).

Para justificar sua posição, Lacan (1964) retoma uma das categorizações aristotélicas, segundo a qual o trauma não é accidental. A partir da leitura do texto freudiano *Além do princípio do prazer* (Freud, 1920), Lacan (1964) vai diferenciar dois modos de repetição: “tiquê” e “autômaton”. Lacan (1964) traduz a “tiquê” aristotélica por encontro com o real contingente, que está para além da insistência dos signos. Refere-se à repetição como encontro com o real, que está para além do retorno, isto é, da volta comandada pelo princípio

do prazer. Com efeito, por mais que se desenvolva o sistema de realidade, uma parte do que é da ordem do real com certeza se mantém prisioneira das redes do princípio do prazer. O “autômaton”, ele traduz como rede de significantes, por meio da qual algo se repete, na medida em que está submetida ao princípio do prazer. Assim, o “autômaton” corresponde ao desdobramento automático da cadeia significante.

A partir da concepção de trauma, inscreve-se a “tiquê” como princípio, isto é, o real “[. . .] apresentado na forma do que nele há de *inassimilável* – na forma do trauma” (Lacan, 1964, p. 57). Trauma e real associam-se no discurso lacaniano. O real estabelece-se como “[. . .] o que vige sempre por trás do *autômaton*, e do qual é evidente, em toda a pesquisa de Freud, que é do que ele cuida” (Lacan, 1964, p. 56). O real é o que volta sempre ao mesmo lugar, sendo distinto da ideia de realidade. O trauma é, portanto, um encontro faltoso com a “tiquê”; um encontro essencial, que demanda o novo, mas que nem por isso é totalmente assimilável.

Cabe ainda, nesse ponto da discussão, esclarecer dois outros conceitos fundamentais: a diferença entre trauma-processo e trauma-acontecimento, bem como compreender como acontece a inscrição das figuras psíquicas do trauma. Para isso, nos referimos ao artigo *Figuras psíquicas do trauma*, publicado pelas autoras Cristina Marcos e Carla D’Alessandro (2012). Elas buscam a elaboração conceitual estabelecida por Guillermo Belaga (2004) para estabelecer a distinção entre trauma como acontecimento e como processo. Como acontecimento, “[. . .] o trauma aparece, em grande medida, como fruto dos eventos acidentais com os quais o sujeito lida na sua vida, como é o caso do aparecimento de doenças e da imprevisibilidade de acidentes e perdas” (Marcos & D’Alessandro, 2012-2013, p. 5). Ele constitui, assim, uma figura iminente de irrupção do real sobre as representações simbólicas que eram parte integrante da vida mental do sujeito.

No que se refere ao trauma como processo, é preciso recorrer às contribuições psicanalíticas em que o trauma deixa de ter um caráter exterior e passa a ser um elemento constitutivo do próprio sujeito, ou seja, “[. . .] um elemento homólogo à estrutura” (Belaga, 2004, p.16). Belaga (2004) estabelece o conceito de trauma-processo a partir da tese freudiana do sexual como traumático, mais tarde renomeada por Lacan como real por meio da máxima: “Não há relação sexual” (Lacan, 1972-73/1985, p. 49). De acordo com Marcos e D’Alessandro (2012-2013), isso quer dizer que o ato sexual não permite a subjetivação do sexo. Mas, além de seres sexuados, somos falantes, e a linguagem falta. Quer dizer, ela preexiste à chegada da criança no mundo, demarca os lugares e as posições que a criança deverá ocupar. Então, “[. . .] o significante determina o sujeito, colocando-o em sujeição à linguagem. O impacto dessa estrutura simbólica é o trauma constitutivo do sujeito, que o

divide. Assim, o sintoma é uma saída que desvela essa marca, o que nos torna traumatizados estruturalmente e nos faz comparsas do sintoma” (Marcos & D’Alessandro, 2012-2013, p. 5). Pode-se, então, considerar que temos um trauma-processo anterior a qualquer acontecimento.

Ainda nesse mesmo artigo, Marcos e D’Alessandro (2012-2013) referem-se às figuras que constituem o trauma, são elas: fantasia, discurso, sintoma e ato. Nessa leitura, entendemos que uma das respostas ao trauma é a fantasia. “Ela funciona como um anteparo, como uma tela de proteção ao traumático. Seu uso é de satisfação, nos limites do princípio do prazer, para sustentar um desejo”. (Marcos & D’Alessandro, 2012-2013, p. 5). O discurso serve também de função protetora, na intenção de diminuir os efeitos do real. Esse discurso, afirma Soler, “[. . .] se antecipa ao desmoronamento e sublima os pavores e os tremores em heroísmo, ou ainda, ao contrário, repara, no a posteriori, a intrusão do impensável” (Soler, 2004, p. 73). Sobre o sintoma como figura do trauma, Marcos e D’Alessandro se remetem a Miller quando ele diz: “O sujeito não pode responder ao real a não ser fazendo um sintoma. O sintoma é a resposta do sujeito ao traumático real” (Miller, 1997, p. 54). Outra resposta ao trauma a ser considerada é o ato. Entendemos que “[. . .] o ato exprime a realização positiva do objeto [. . .] é a face traumática da anomia” (Dunker, 2006, p. 22). Na passagem ao ato, é o real que invade a imagem, mostrando seu valor.

Pensar as figuras psíquicas do trauma leva-nos a refletir sobre o manejo do analista. Acreditamos ser essencial a escuta psicanalítica do trauma, por meio da singularidade de cada indivíduo. E é imprescindível escutá-lo partindo do ponto de seu trauma-processo e das inúmeras possibilidades de inscrições ou respostas que ele pode instituir numa situação traumática. Só assim ele poderá articular, ou não, uma nova proposta para si. Retomaremos então, o cenário desta pesquisa, para fazer algumas relações a respeito do que foi dito nessa seção. Apresentaremos aqui, de forma breve, um caso de perda da fala relacionada a um trauma consoante a um acometimento neurológico.

Roberto tem 53 anos e chega ao Hospital João XXIII após queda de escada provocada por um desmaio. A equipe constata uma leve luxação na coluna e, como ainda está desacordado, é encaminhado para a tomografia. Após esse exame e o de ressonância magnética, Roberto é diagnosticado com um tumor na região frontal esquerda do cérebro. A família informa que Roberto vinha sentindo fortes dores de cabeça há cerca de um ano. O tumor havia causado o desmaio, ele está comprimindo uma artéria e deve ser operado com urgência. Após a retirada do tumor, Roberto recupera-se alguns dias na UTI e, finalmente, desperta. Ele é encaminhado para o ambulatório de neurologia. Chegando lá, aproximo-me do leito com a intenção de me apresentar como psicóloga da equipe. Observo que o paciente está

alerta, lúcido e receptivo. Funções psíquicas e cognitivas preservadas, exceto pela perda da fala. Roberto compreende o que lhe dizemos, expressa-se com gestos e por meio da escrita, mas não verbaliza. A equipe de neurologistas atribui a afasia à região que o tumor se encontrava. O tratamento fonoaudiológico é iniciado com a intenção de retomar a função da fala. Prossigo com meus atendimentos diários. Roberto tem um caderno em que escreve o tempo todo. Ele confidencia os medos, as experiências do período de internação, a angústia do prognóstico e a aflição por não conseguir falar.

Roberto mora com a esposa e o filho de 20 anos. Agendo um atendimento com eles. Quando família chega, deparo-me com uma senhora que aparentava a idade de Roberto, acompanhada de uma jovem. Imaginei que o filho de Roberto não tivesse ido. Ela apresenta-se como a esposa dele, e a jovem como a filha. Início o atendimento tentando compreender a história de vida de Roberto. Elas relatam o contexto pessoal e familiar dele. Em determinado momento, a jovem anuncia que ela é uma mulher transgênero. Conta que há aproximadamente um ano, contou aos pais que era *gay*. Diz que nasceu menino e que há pouco tempo se assumiu mulher. Tem se vestido assim. A jovem sente culpa quando se refere à doença do pai. Ela relata que no dia em que ele desmaiou na escada, foi quando ela apareceu pela primeira vez para ele, vestida de mulher. De acordo com a jovem, na ocasião, ela perguntou o que ele achava dela se vestir assim. O pai responde: “Não tenho palavras”. Em seguida, ele desmaia e cai. A jovem não visita o pai no hospital.

Continuo atendendo o paciente nos dias posteriores. Ele escreve assuntos aleatórios sobre o filho, sempre se referindo a ele como homem. Após alguns atendimentos, percebo que o paciente está mais à vontade comigo. Ele pede para a enfermeira chamar-me, dizendo que precisa me contar uma coisa. Vou até a enfermaria e ele me mostra seu caderno onde estava escrito: “Tem um problema com o meu filho que eu não te falei.” Aproximo-me. Ele escreve, com muita emoção e lágrima nos olhos: “Meu filho é *gay* e agora está se vestindo de mulher.” Eu pergunto o que ele acha e o que sente a respeito. Ele redige: “Não tenho palavras”. Em seguida ele pontua que precisa ir para casa resolver esse assunto e pergunta por que ainda não teve alta hospitalar. Digo que a alta hospitalar não ocorreu por causa da afasia. O paciente chora e escreve: “Será que se eu conseguir falar eu acabo com esse sofrimento?”. Eu pergunto: “Falar com a fonoaudióloga ou com outra pessoa?”. O paciente responde: “Com ela e com meu filho”. Ele sorri e pede a presença do filho nas visitas. O encontro é marcado por muito afeto e emoção. O filho, que se veste e prefere ser identificado como mulher, passa então a acompanhá-lo não só nas visitas, mas também nos atendimentos fonoaudiológicos. Passadas algumas semanas, o paciente tem alta hospitalar, ele voltou a falar algumas palavras.

O conteúdo do atendimento psicanalítico a pacientes portadores de lesões cerebrais geralmente é marcado por um trauma. Por trás dessa demanda, há a crença de que é preciso recuperar as funções cognitivas para retomar os lugares ocupados nas relações sociais, familiares e de trabalho. Devido às limitações impostas pelas lesões cerebrais, é evidente que o analista não pode se pautar na recuperação de lembranças que a memória não pode mais acessar. Aqui, o trabalho analítico endereça-se muito pouco ao registro da representação; ele é composto por pedidos de restauração e de reconstrução do que foi perdido. Ao evocar o passado sem conseguir transformá-lo em lembranças dizíveis, esses pacientes experimentam sentimentos intensos e expressivos da memória afetiva que falha no processo de reminiscência.

Acreditando ser somente pelos afetos que uma via de (re)construção e de elaboração subjetiva podem ser instauradas. Entendemos que a função do analista diante do trauma, consiste em estabelecer, com o paciente, um campo transferencial (ou de transferização) que privilegie os afetos como ferramenta clínica. Esse trabalho permite o manejo psíquico das rupturas vividas e a atualização de questões anteriores ao adoecimento, permitindo, assim, que sejam elaboradas e, conseqüentemente, tragam consigo outras novas a serem investigadas.

O manejo referido acima inclui o processo de atendimento aos pacientes lesionados cerebrais, sendo uma forma de abordagem que permite a essas pessoas, a elaboração de um novo lugar para si, diante do que lhe restou após o adoecimento. Esse tipo de atendimento deve ajudar o indivíduo a sair da experiência subjetiva do trauma, ou seja, a perceber que a doença não é um episódio fixo e insuperável. Trata-se de uma abordagem que permite o estabelecimento de certa liberdade psíquica para o sujeito, circulada pela linguagem e pela transferência. Desse modo, o psicanalista auxilia no atravessamento da doença e no confronto com questões existenciais que o trauma desvelou ou fez ressurgir, sem as margens de manobras psíquicas anteriores.

4.3 Efeitos terapêuticos rápidos

Os “efeitos terapêuticos rápidos” na psicanálise produzem-se sem muita sofisticação, às vezes, com pouquíssimas sessões, mesmo nos casos em que o inconsciente não se apresenta clinicamente. Trata-se da elaboração de um conceito terapêutico específico, baseado no anteparo do tempo lógico. Essa oferta de análise não é uma promessa de cura, nem se reduz a uma simples resposta às leis do mercado, porque se sustenta na possibilidade do encontro com um analista que, sem abrir mão do seu discurso, oferta o ato analítico como

instrumento capaz de modificar a relação do sujeito com seu sintoma. Não se trata, portanto, de fazer desaparecer o sintoma, mas de dar-lhe forma, circunscrevê-lo, deslocá-lo, dar-lhe um destino melhor.

Dessa forma, é possível perceber que a psicanálise não se limita ao consultório. Os “efeitos” são mais um tipo de instrumental clínico, que permite que a psicanálise se faça presente em hospitais, serviços de saúde mental, escolas, empresas, prisões, atendimentos em grupo, com populações de rua, etc. Não se trata de degradação da psicanálise, mas de sua aplicação. A intenção é levar o paciente a um ponto relacionado ao problema que veio tratar. Assim, o tratamento de curta duração encerra-se com o número de sessões necessário para possibilitar a resolução de um impasse, recolocar suas coordenadas, abrir uma questão, etc.

Nesse aspecto, é fundamental discutirmos a temática dos “efeitos terapêuticos rápidos” sob a égide de Jacques-Alain Miller. A hipótese clínica sedimentada por Miller, a partir da *Conversação em Barcelona sobre os efeitos terapêuticos rápidos*, é a de que a experiência analítica se processa na forma de “ciclos”, pontos que fecham um ciclo na consulta e produzem efeitos terapêuticos, por permitirem que o sujeito encontre um ponto de referência. Miller (2005/2008), como detalharemos adiante, propõe a noção de “ciclos” que direcionam um encontro com o analista, ressaltando os efeitos terapêuticos que podem surgir a cada volta. Assim, a perspectiva dos efeitos terapêuticos rápidos tem como objetivo algo mais modesto, que pode ser obtido com um número reduzido de sessões.

As conversações clínicas de Barcelona propõem a discussão de casos atendidos em instituições vinculadas à Escola Lacaniana ou ao Campo Freudiano, em diferentes localidades da Espanha. As conversações trazem à luz uma reflexão (entre outras contribuições) a respeito da didática de instituições criadas pela Escola, entre elas: o Centro Psicanalítico de Consultas e Tratamento (CPCT) de Barcelona, homólogo ao CPCT de Paris e também a outras instituições que se referem ao ensino de Lacan e que elucidam sua experiência. Experiência essa também praticada no CPCT da Seção Minas da Escola Brasileira de Psicanálise, em Belo Horizonte, de 2007 a 2010.

Miller (2005) aponta para o fato de que o que se apreende na essência das conversações clínicas é que o encontro com o analista produz efeitos. E esses efeitos podem ser transmitidos. Podem ser medidos de maneira que os dispositivos se orientam no sentido de facilitar o encontro com o analista. Tais conversações são preciosas porque expõem casos que demonstram a possibilidade do caráter finito das experiências analíticas, mesmo que se trate de um só ciclo. Assim, é possível sempre refazer o percurso em que cada ciclo da experiência tem sua completude e, dessa maneira, percebe-se que: “[. . .] a análise é de tal forma

terminável que ela termina repetidas vezes [. . .] isso quer dizer que ela obriga um recomeço – para terminar”. (Miller, 2005, p. 60).

De acordo com Miller (2005), em um ciclo espera que se produzam efeitos terapêuticos que suponham uma subjetivação frente ao sintoma, o que implica uma perda de gozo. Os efeitos de tal subjetivação são sempre “*a posteriori*”, dado que a intervenção do analista se dirige à produção de uma mudança subjetiva que poderá se produzir ao final de um ciclo. Trata-se de um tempo contingente, na medida em que ele é calculável apenas depois. Esse autor aponta que há necessariamente um primeiro ciclo, porém esse primeiro ciclo não é definido por um tempo fixo. Ele apoia-se no eterno retorno para pensar a necessidade do primeiro ciclo, pois, segundo ele, há um ciclo que sempre retorna há uma sequência de ciclos, o primeiro sendo primeiro a partir dos ciclos que o sucedem.

Lacan disse que não é uma só vez que se faz o trajeto (da análise), disse-o no início da *Proposição de 9 de Outubro de 1967 para o psicanalista da Escola*; disse também no *Seminário 11* (Lacan, 1964, p.171). Miller sustenta essa afirmação de Lacan inferindo:

Em uma análise há ciclos, momentos em que o sujeito eventualmente pensa em sair e depois é enganchado outra vez no trajeto, eventualmente mais longo. Aqui temos ciclos iniciais completos. Pode-se dizer que não é análise, que a análise não começou, etc. É que tendemos a pensar a análise como um processo infinito, porém, para Lacan uma análise é perfeitamente terminável, e essa é a prova, é como uma análise em redução. (Miller, 2005, p. 57).

Dessa forma, Miller (2005) assinala que, pensando o percurso de uma análise a partir da teoria dos ciclos, é possível interrompê-lo e retomá-lo num outro momento, com outra questão e percorrer outro ciclo. Isso tem uma lógica que envolve o tempo do encontro do sujeito com a causa. De acordo com esse autor, a cada ciclo o mesmo encontro se repete, mas é uma repetição do novo, de uma nova forma. Não se trata de fatias do tratamento, mas de ciclos que indicam que a análise é finita e que pode terminar várias vezes. Ele sugere ao psicanalista que se coloque uma missão, a de levar o sujeito até seu primeiro ciclo.

Como dissemos inicialmente, durante a *Conversação de Barcelona*, Miller e seus colegas propõem os efeitos terapêuticos rápidos considerados a partir da exposição de casos clínicos. O primeiro deles, apresentado por Araceli Fuentes, é o caso clínico de Minna, atingida pelos ataques terroristas de março de 2005 em Madri. Imigrante romena, Minna encontrava-se em um café na estação de Atocha em Madri, quando foi surpreendida pela explosão em um trem e pela multidão que corria apavorada. Fugiu sem rumo ante o pavor que experimentou. Nessa fuga, passou por um homem caído no chão. Ele estava ensanguentado, [. . .] como um Cristo estirado (Fuentes, 2005, p. 18), imagem essa que não cessa de reaparecer

em seus pesadelos. Ela busca ajuda na rede assistencial local, sofrendo de angústia, insônia e pesadelos. Culpa-se por ter fugido e por não ter tido condições de auxiliar os feridos, o que teria respondido ao que seu pai, membro da Igreja dos Adventistas do Sétimo Dia, gostaria. Movido pela paixão de Cristo, o pai a ensinara a dar sempre a outra face ante a agressão do semelhante, e sua fuga a tinha impedido de estar à altura desse ideal. Esse Cristo estirado que cobra sua falta vem perturbá-la em pesadelos.

Fuentes (2005) sublinha que o recurso ao ideal paterno não se fez frente ao real traumático advindo do episódio, e que Minna precisa responder por outra via. Como resposta a não desculpabilização do analista, a paciente em questão desliza para o ódio dirigido ao outro – no caso, os terroristas. É contrariamente à posição idealizada do pai, que exige uma resposta de amor à agressão, que a analista deduz sua posição, dando espaço ao ódio, e possibilitando um desenrolar significativo a partir do Cristo ensanguentado e amoroso que insiste em irromper sem mediação possível. A partir do estabelecimento da transferência, abre-se a via do inconsciente, e uma série de sonhos vai surgindo em sucessivas entrevistas. Esses sonhos tem a particularidade de serem resolutivos. Em um deles, ela desvela o fio da vida, em outro, ela domina um crocodilo e, no final, ela sonha com Carmina, uma jovem que falecera recentemente. Em uma das últimas sessões, ela conta que tem um quisto no útero e que sabe disso há vários meses, mas só naqueles momentos finais ela ousou contar. Durante as vinte sessões dessa psicanálise de efeitos terapêuticos rápidos, algo apresenta-se: a normalização do sono e a suspensão dessa imagem invasora do Cristo ensanguentado. O maior efeito terapêutico foi ocupar-se desse Outro real, desse quisto do qual havia tentado não saber.

Fuentes (2005) afirma que os efeitos terapêuticos se devem a uma desidealização que se produz rapidamente e à colocação em marcha do inconsciente como um dispositivo que produz um sentido libidinal (p. 24). Observa-se que o real da morte está presente como ameaça que muda de lugar, passando da contingência do acontecimento real traumático, que se impõe ao sujeito vindo de fora, à presença no corpo de um quisto. É proposto, então, que a restituição da trama de sentido e a inscrição do trauma na particularidade inconsciente do sujeito é curativa. Assim, a emergência do primeiro real é a oportunidade para poder tratar o segundo real. É o próprio inconsciente que coloca um ponto de basta nesse tratamento.

A modalidade particular do tratamento analítico citado permite, com razão, que apliquemos o termo “cíclico”, cunhado por Miller (2005) em suas elucidaciones. Miller (2005) aponta que a grande questão é como sustentar um trajeto e uma temporalidade em que esse processo não se feche, não se encerre como ciclo. A psicanálise nos revela que é o analisante

que detém um saber a respeito do seu processo. Um saber a respeito da sua modalidade de gozo. É esse saber que terá que ser construído. Segundo Miller (2005), para a psicanálise de orientação lacaniana, o sintoma aponta para uma modalidade de gozo do sujeito, uma maneira dele lidar com o real. Não se trata de extirpar o sintoma, mas de levar o paciente a saber o que fazer com ele. Relançando o sujeito angustiado a outra posição diante do Outro, operando retificações, a partir da intervenção possível em cada caso.

Elisa Alvarenga (2007), em seu texto *Tratamento psicanalítico de curta duração: conclusões possíveis* afirma que, nos atendimentos psicanalíticos de curta duração, “[. . .] trata-se de passar de uma versão do supereu para uma versão do pai como aquilo que faz nó” (p. 1). A ligação do sujeito com o seu sintoma “[. . .] é articulada ao instante de ver e ao momento de concluir”, retificando-se o “[. . .] estado de satisfação da pulsão” (Alvarenga, 2007, p. 1). Alvarenga (2007) aponta que temos ali uma “[. . .] pragmática relativa ao problema libidinal a ser tratado: saber fazer com o sintoma abrindo mão da questão da verdade” (p. 1).

Trata-se de uma praxe do uso do objeto a sem o uso do divã, na qual os efeitos terapêuticos se obtêm não pela persuasão do paciente, por sugestão. Não o ensinando, mas “[. . .] circunscrevendo um ponto de gozo” (Alvarenga, 2007, p. 1). De acordo com Alvarenga (2007), no tratamento de curta duração, o medo da recaída pode ser articulado a um “saber sobre a repetição”, e a dificuldade de separação articula-se a um “defeito na alienação”. Enfim, o que se quer é “[. . .] isolar o lugar do sujeito na relação com o Outro, seus pontos de fixação e de identificação” (Alvarenga, 2007, p. 1).

Dessa forma, é interessante sublinhar em que reside a diferença entre terapia breve, que promove a modificação do sintoma, ou, eventualmente, o desaparecimento sintomático, e o que vem a ser um efeito terapêutico rápido que circunscreve, na medida do possível, o gozo, implicando o sintoma do sujeito e realçando um novo ciclo na direção do tratamento. Esses dois métodos de tratamento, diferenciam-se ainda da situação terapêutica analítica clássica, que, de acordo com Miller (2005), tem como componente essencial a ambiguidade temporal e espacial. Quer dizer, o longo prazo da duração do tratamento – e não a brevidade deste. O emprego do divã – não o frente a frente. O manejo dos silêncios – e não a implicação dialogante do terapeuta.

A diferença entre terapia breve e efeitos terapêuticos rápidos é a possibilidade da formalização do sintoma e da focalização do sintoma. Assim, na sessão, o terapeuta deve deduzir o foco a partir do desenvolvimento inicial que traz o paciente. Ao longo do processo terapêutico, o foco pode ir modificando-se. Segundo Miller (2005), na psicoterapia breve, é

provável que todo processo gire em torno de uma situação focal, e o avanço do processo consista somente nos subsídios ao modelo estrutural que vai se construindo a situação (p. 88).

A esse respeito, Miller faz a seguinte diferenciação:

Assim, na psicanálise, a análise da transferência constitui o eixo da estratégia terapêutica, enquanto nas terapias breves é somente um recurso tático dentro de outra estratégia que justamente não consiste em produzir mudanças, por intermédio da regressão e da elaboração do vínculo transferencial. (Miller, 2005, p. 90).

Dessa forma, o recurso da transferência, nas terapias breves, deve considerar seu caráter de recurso técnico-didático. Recurso destinado a ser progressivamente restringido, à medida que a evolução do paciente, no sentido da atenuação dos sintomas, permita a utilização das outras intervenções terapêuticas.

Retomando a publicação da conversação clínica de Barcelona, percebemos que ela nos serve como sustentação e norte para o trabalho executado no cenário onde acontece essa pesquisa teórica, o ambulatório de um hospital. Essa forma de conduta não tem o intuito de substituir a práxis dos consultórios ou clínicas, mas pode completá-la, abrindo o campo para outra concepção de final de tratamento, específica para os espaços de uma psicanálise em que o tempo de atendimento é limitado. É uma possibilidade de atendimento que pode ser considerada como uma resposta do psicanalista aos tempos atuais, nos espaços em que há a urgência de um atendimento breve, ou em situações específicas, entre os quais, o hospital, um ambulatório de quimioterapia, pacientes que tratam o suicídio, obesidade, acidentes graves, etc.

Inferimos, então, que o contato com a conversação e os diversos elementos ali expostos contribuem para a possibilidade da prática do analista no hospital. Assim, diferentemente dos parâmetros da psicanálise em intensão regida pelo simbólico, a proposta da clínica hospitalar começa a levar em conta uma psicanálise aplicada, norteadas pela experiência do real e do gozo nos efeitos terapêuticos rápidos. É preciso pontuar que o atendimento analítico no ambulatório hospitalar apresenta muitas limitações. Nesse local, normalmente não há tempo suficiente para o estabelecimento da transferência, não se espera a destituição subjetiva como um dos nortes do tratamento, não se tem a histerização do sintoma como intenção, nem a retificação subjetiva com a entrada em análise. Muito menos há a perspectiva de um ato analítico tradicional, embora o ato esteja sempre presente como condutor de direção do tratamento. Afinal, a destituição subjetiva encontra-se gravada no bilhete de ingresso (Lacan, 1967).

No contexto hospitalar, é possível seguir o exemplo prático dos efeitos terapêuticos rápidos de Barcelona. Nesse tipo de orientação de trabalho, a análise não vislumbra a destituição subjetiva ou a travessia da fantasia, mas pode ser compreendida como uma prática de psicanálise aplicada à terapêutica que leva em conta o sujeito, elaborando as dimensões clínicas e políticas do sintoma. A intenção desse método não é alcançar o passe clínico. Podemos até retomar aqui o que Lacan (1974/1975) denomina, em seu último ensino, de clínica do estreitamento, do afrouxamento e mesmo do corte dos nós borromeanos que constituem o falasser.

Conforme dissemos, no atendimento psicanalítico feito no hospital, o que predomina como finalidade não é conseguir a passagem do analisante a analista, mas o fechamento de uma etapa. Este pode se dar com um pequeno número de sessões ou mesmo com um número determinado de encontros. Isso leva o tratamento de curta duração a ser distinto da conduta clássica. Nos hospitais, diferentemente dos atendimentos tradicionais, o que entra, então, no lugar do passe é o fechamento de um ciclo. Isso descortina a possibilidade de que os pontos apresentados por Freud na psicanálise pura, nem sempre estejam presentes durante o tratamento. Assim, a transferência analítica, o dinheiro e o divã não participam necessariamente do tratamento proposto no hospital.

Os efeitos terapêuticos rápidos propõem, portanto, a troca do final de análise pelo fechamento de um ciclo, possibilitando certa circunscrição do gozo como marco do destino da análise. Não se pretende, com isso, esgotar toda a série de significantes que sustentam a fantasia do sujeito, nem o encontro com a certeza em seu ser de objeto sem consistência alguma ($\$ \diamond a$). A demarcação do tempo não visa a calcular o fim do momento para compreender, obrigando o sujeito a concluir. A intenção aqui é viabilizar o instante de ver, as difrações inconscientes, abrindo-lhe nesse encontro com o analista o tempo para compreender. Conforme aponta Quinet (2009): “Há uma desvalorização do tempo para compreender e uma valorização do tempo para concluir, que será o momento de concluir o tempo para compreender, que será reduzido e tão pouco quanto à fulguração do instante do olhar” (p. 74).

Sabe-se que a delimitação do tempo é o enquadre de um limite, no qual o indivíduo deverá posicionar-se. Esse limite não é imposto pelo analista, mas pela particularidade da urgência na qual uma situação traumática apresenta ao sujeito, conforme as situações ocorridas no ambulatório hospitalar. A delimitação de tempo com a qual o hospital se encontra é, pois, somente o ambiente institucional no qual pode ser acolhida a urgência do sujeito. Nesse sentido, o tempo não é um cálculo aleatório, já que não é determinado, mas uma contingência. Contudo, os efeitos terapêuticos, produtos do encontro do paciente com o

analista (no hospital), permitem que o sujeito possa, com essa conjuntura, se modificar, ou, pelo menos, questionar a sua posição subjetiva.

4.4 A urgência subjetiva

Uma das características das situações de urgência é a imprevisibilidade. A urgência é aquilo que surge sem programação. Ela aparece sem ter hora ou lugar, incidindo sobre o tempo e o espaço. Como sugere Romildo do Rego Barros (2008): “[. . .] ela é o inesperado, o que pode existir de mais agudo, de menos repetitivo, é surpreendente, é aquilo que rompe com a continuidade da vida”. (in: VIEIRA (Org.), 2008, p. 8). Manifestações de urgência clínica, como crises, agitações, alterações, atos excessivos que escapam aos recursos tradicionais, entrelaçam-se no ponto em que ocorre o rompimento da cadeia de significantes.

No livro *Urgência sem emergência*, em que Marcus André Vieira reúne textos de diversos autores relacionados a essa temática, é apontada a seguinte definição: “A urgência é a suspensão do tempo e a dissolução do espaço. Seu momento é o de um presente eternizado, sem amanhã nem passado. Seu lugar é o vazio e o seu solo nenhum. Seus correspondentes afetivos se declinam como angústia, stress e pânico.” (Vieira, 2008, p. 106).

A esse respeito, Glória Maron (2008), indica que: “A crise e a irrupção do imprevisto organizam a própria noção de clínica, pois é exatamente no que rompe uma sequência que algo do singular tem a chance de se introduzir de forma mais marcante.” (in: Vieira (Org.), 2008, p. 14). Um momento incerto, algo que vacila às suas certezas, uma surpresa à qual sucederia uma situação-limite. Diante disso, entre o possível e o impossível, as imagens e as palavras caem. Aparece, então, a castração do Outro, deixando o sujeito imerso na angústia.

O que fazer diante de uma urgência? Para discorrer sobre a questão da urgência, é importante estabelecer um paralelo entre a perspectiva médica e a perspectiva psicanalítica na abordagem do tema. Comparando-se ponto por ponto, fica evidenciada a diferença entre os dois discursos. Essa comparação, além de objetivos didáticos, propõe a ideia de que o campo da urgência é um lugar de muitos discursos.

Sobre o manejo da urgência no contexto médico, Jean Clavreul (1983), em sua obra *A ordem médica: poder e impotência do discurso*, dá-nos um possível enfoque: trata-se de restabelecer a normalidade, recuperar o suposto equilíbrio perdido, preservar a continuidade. A exploração da urgência, seguindo a tradição médica, indica situações que clamam por uma ação imediata. Nesse sentido, a clínica psicanalítica da urgência não poderia deixar de apresentar-se como alternativa à ordem médica. Segundo Clavreul (1983), a psicanálise não

teria como perspectiva, para resolver uma urgência, a mera eliminação dos sintomas ou a restituição de uma realidade que antecedeu o momento de ruptura. No entanto, ela nos impulsiona a manter aberta, a porta que conduz à consideração do sujeito e de suas produções frente ao encontro com o real.

Clavreul (1983) aponta que na urgência médica, o paciente é o objeto do trabalho do médico. No tempo da urgência, opera-se sem priorizar a questão da causa. O objetivo é reconstituir a homeostase e a integridade física do organismo. De acordo com esse autor, a psicanálise, por sua vez, acolhe a urgência, introduzindo a experiência da palavra. Parte-se do pressuposto de que existem “coisas para dizer”. Estabelecer o contexto no qual se origina a crise. O analista trabalha para implicar o sujeito. Em outras palavras, trabalha para que, do paciente-objeto, advenha o sujeito.

A política da condução psicanalítica não visa cessar a urgência, mas transformá-la, modificá-la a partir do isolamento dos elementos nela presentes que poderiam levar o sujeito a prosseguir o seu tratamento. Desse modo, a urgência deve ser percebida como oportunidade para uma tomada de posição inédita de um sujeito às voltas com a sua angústia, posição esta que poderia levá-lo a lidar com esses sintomas de um modo distinto daquele que acabou por levá-lo aquela situação inesperada.

Podemos aqui nos remeter à angústia tal como é definida por Lacan (1962-1963): uma irrupção do real no simbólico; isso leva a uma urgência, ou seja, a esse encontro que podemos chamar de traumático. Assim, as situações inesperadas “[. . .] podem destituir o sujeito do seu ancoramento significativo”, vendo-se “diante da falta de bordejamento” e imerso na angústia, segundo Moura (2000, p. 7), quando se refere ao caráter traumático dos acontecimentos que provocam tal destituição do sujeito.

Para a medicina, o seguimento da urgência tem por objetivo a identificação e a supressão dos fatores determinantes. Para a orientação psicanalítica, o seguimento da urgência é a construção do caso clínico, que busca, em poucas palavras, abrir caminho ao desejo. Mas a demanda de tratamento nem sempre está presente no início, com frequência, é preciso ser ofertada e construída. Ou seja, passar da urgência generalizada à urgência subjetiva.

Gillermo Belaga (2004) define a urgência generalizada como a urgência segundo o Outro. Nesse caso, a urgência nos dias atuais é definida a partir do princípio do bem-estar e tem como prática a medicalização em seu amplo aspecto, e como critério de eficácia o restabelecimento da normalidade. Ora, onde temos a generalização, não temos o essencial para o surgimento do sujeito. Ele, o sujeito, vai ter que arranjar novos modos de se haver com suas questões. A urgência generalizada entra aqui. Daí a noção de urgência generalizada ser

tomada por Belaga (2004) em dois sentidos que não são excludentes: é generalizada por não destacar a singularidade do sujeito e partir do Outro, e é generalizada por partir da ideia de que o transtorno é geral.

Um rápido paralelo permitiria aproximar a urgência à clínica das pulsões, conceito-limite construído por Freud (1915) para dar conta daquilo que o sujeito experimenta como um impulso incontrolável, que, parecendo agir à sua revelia, não teria outro objetivo além de se satisfazer. Conforme diz Jésus Santiago (2004), “[. . .] a instantaneidade é mais apropriada a levar o sujeito a dar uma nova resposta à pulsão” (p. 3). Esse uso da unidade temporal, afirma Santiago (2004), “[. . .] além de ofuscar o tempo epistêmico, provoca o surgimento do tempo libidinal, do tempo da pulsão, no curso do qual o sujeito faz a experiência do que antes se referia como a opacidade do gozo” (p. 3).

Sobre o tempo em situação urgente, importa assinalar que a perspectiva psicanalítica não supõe deliberadamente a pressa, nem mesmo a pausa definitiva. A pressa leva em conta a necessidade. Conforme aponta Glória Maron (2008): “[. . .] a urgência é uma espécie de eternização do presente e que um corte produziria um antes e um depois”. (in: Vieira (Org.), 2008, p. 95). Ali, onde o sujeito se constitui, é importante introduzir a pausa, quando se considera as vertentes do desejo e do gozo.

Sobre esse contexto, Jésus Santiago (2004) propõe:

A estrutura significante, da qual o tempo é efeito, determina a posição subjetiva da espera e o gozo do adiamento do saber; isso exige, do lado do analista, a modulação temporal da urgência, que intervém como suspensão do gozo e leva o sujeito a dar uma nova resposta a pulsão. (p. 1).

O tempo torna-se, portanto, uma dimensão relevante no manejo das urgências subjetivas, da qual fazem parte decisões, juízos e afirmações. Poderíamos indagar, se na clínica da urgência, contrariamente à ideia de estarmos diante de sujeitos perdidos em sua existência, na verdade nos deparamos com sujeitos que fizeram a experiência de encontrar uma saída, ainda que problemática.

Por isso, torna-se significativo pensar como o tempo desenrola-se na urgência, tendo em vista que o tempo de compreender na urgência aparece como tempo nulo, conforme vimos na seção sobre o tempo lógico. Há uma anulação do tempo de compreender nas situações de urgência e conseqüentemente um apagamento do sujeito e da possibilidade de uma subjetivação frente ao embaralhamento da lógica do tempo.

Em situações de urgência, a pessoa vê-se imersa em sofrimento e angústia; momento no qual, nem sempre, as palavras, dele ou de outrem, são suficientes. A verdade está escancarada e o sujeito, desamparado. Esse momento, quando marcado pela presença do analista, possibilita a oferta da escuta e da palavra, o acolhimento da queixa, a recusa da satisfação das demandas e o possível despertar do desejo. Abre-se, assim, um espaço para o sujeito advir.

É sobre esse terreno que a psicanálise pode fazer incidir a sua orientação, ao propor uma linha demarcatória a ser traçada entre as urgências “objetivas” e as urgências subjetivas; essas últimas não necessariamente caracterizadas pela dramaticidade da cena, mas atestadas pelo testemunho do sujeito de estar diante do impossível de suportar. O campo das urgências subjetivas leva-nos a distinguir a categoria de “sujeito” que a clínica freudiana, a partir de Lacan, não nos permite confundir com o indivíduo, ou com aquele que, ao dizer “eu”, imagina estar de posse de uma identidade sem conflitos.

A teoria psicanalítica propõe a urgência subjetiva como um dispositivo de acolhimento aos sujeitos em crise, a partir de demandas variadas, com o pedido de acolhimento emergencial do sofrimento psíquico. O dispositivo consiste, inicialmente, em acolher e perceber, por meio de uma escuta diferenciada, aquilo que permaneceu em estado obscuro, recobrando o sujeito ou, em alguns casos, transformado em puro ato com a subtração da palavra. Conforme a descrição de Glória Maron (2008): “Na vigência da urgência, encontra-se em jogo aquilo que excede o sujeito, impedindo-o de se reconhecer na desordem que o invade, muitas vezes levando-o a tentar se livrar pela via do ato daquilo que o atormenta e eleva o sofrimento a um nível insuportável.” (in: Vieira (Org.), 2008, p. 17).

Essa quebra do discurso revela o que é insuportável e sem mediação para o sujeito, levando-o algumas vezes à passagem ao ato, o que coloca em risco não apenas sua existência como, algumas vezes, a dos outros. Sustenta-se a aposta no compromisso do sujeito com o seu padecimento, isto é, a aposta de que a palavra produza sentido e que suscite demanda para tratamento. O trabalho na urgência subjetiva pretende restituir a esse indivíduo em situação de crise, um lugar de sujeito.

A urgência subjetiva pode ser caracterizada por uma redução drástica do tempo discursivo. Na crise, perde-se a noção de causalidade, prevalecendo a preocupação com a emergência avassaladora do gozo. A abordagem psicanalítica procura reintroduzir a dimensão do tempo e a consideração da causa, visando à transformação da urgência mediante sua inscrição na cadeia significativa. Ou seja, tratar pela palavra o gozo que se apresenta sob a forma de um insuportável.

Segundo Marcus André Vieira (2008), a urgência subjetiva aparece:

Quando não há tempo nem espaço, as coordenadas do que costumamos chamar de subjetividade se esfumam. Apesar disso, as urgências subjetivas existem, pois a crise pode ser produtiva. Ela pode ser recuperada por aquele que estava antes dela e que se verá, por ela, modificado. (p. 106).

No que se refere à urgência, é possível se pensar em dois importantes aspectos: de um lado, a passagem ao ato e, do outro, a angústia insuportável da crise. Na dimensão da urgência, ato e angústia seriam elevados a uma espécie de suspensão do sintoma, entendida como representação simbólica do sujeito. Um sujeito em urgência é aquele que não se manifesta, em um primeiro momento, exatamente como sujeito. Por isso, quando se acolhe uma urgência, é preciso certa aproximação, para que se consiga “produzir” certo reposicionamento do sujeito, para que ele retome a sua fala.

Uma maneira de definir a urgência subjetiva seria dizer que há uma suspensão provisória da solução, quando há um problema aparentemente em estado puro. Ela é o estado agudo de um sujeito cuja questão não se prende diretamente a uma lesão ou a uma disfunção do corpo. Esse sujeito traz-nos uma terceira dimensão, a angústia. Ricardo Seldes (2004) diz que “[. . .] podemos pensar a urgência subjetiva como a ruptura da cadeia significativa, pois, se o significante não se articula, o sujeito não pode ser representado [. . .] e, quando isso acontece, o sujeito recorre aos recursos que a linguagem lhe dispõe, o *acting out* ou a passagem ao ato”. (p. 35, tradução nossa)¹¹. Há, portanto, na urgência subjetiva, uma espécie de suspensão do sintoma, de sua dimensão crônica.

A esse propósito, Ricardo Seldes (2004) sugere que: “Urgências subjetivas são momentos de crise na vida de um indivíduo, quando ele é incapaz de dar conta do seu sofrimento, ou quando o discurso não é suficiente para entender, o sujeito fica sem palavras, sem imagens, bloqueado em silêncio, preso à mais cruel angústia.” (p. 34, tradução nossa)¹².

A urgência subjetiva pode ser pensada como a resposta de todo paciente em situação de crise. Essa definição solicita-nos definir o que podemos entender por crise. A definição de crise aponta para uma ruptura, o que traz uma escansão temporal – um antes e um depois – e uma irrupção de algo que podemos chamar de traumático. Uma precipitação dá-se também

¹¹ “[. . .] podemos pensar la urgencia subjetiva como la ruptura de la cadena significativa, pues, si el significante no se articula, el sujeto no puede ser representado [. . .] y, cuando eso sucede, el sujeto recurre a los recursos que el lenguaje le dispone, el *acting out* o el paso al acto.”

¹² “Urgencias subjetivas son momentos de crisis en la vida de un individuo, cuando es incapaz de dar cuenta de su sufrimiento, o cuando el discurso no es suficiente para entender, el sujeto queda sin palabras, sin imágenes, bloqueado en silencio, preso a la más cruel angustia.”

em torno de algo que para o sujeito é uma urgência, mesmo que sua relação com o Outro ainda seja mantida devido à demanda. Seldes (2004) nos fala de um momento – que é sempre pontual – em que algo se torna insuportável, e Sotelo (2008) especifica ainda mais, ao dizer que a urgência é da ordem do que não pode esperar, o emergente, a angústia em sua mais intensa definição.

Aqui, é preciso, ainda, agregar uma observação trazida por Sotelo (2008), de que, no momento da precipitação, a urgência ainda não é subjetiva, e sim generalizada. Assim, a urgência só se torna subjetiva por intermédio de uma operação analítica, quando ela se situa em torno de alguns significantes. Nesse ponto, podemos entender a urgência subjetiva como um fenômeno a ser construído a partir de um dispositivo que permita a elaboração de uma causa que divida o sujeito. No tratamento analítico da urgência subjetiva, é necessário, portanto, que um sintoma se configure como um enigma para um sujeito, que a fala formule uma interrogação sobre o sofrimento para que o sujeito se engaje em um tratamento, dirigindo esse sintoma a um analista.

A partir do que foi discutido, a respeito da urgência na abordagem psicanalítica, podemos destacar que a morte, como limite, implica uma dimensão de urgência. Ela impulsiona a vida por meio das questões que mobiliza em cada sujeito. Nesse sentido, cabe ressaltar que a presença e a escuta do psicanalista permitem que algo desse confronto com a finitude possa ser encaminhado pela fala. O sofrimento e a angústia, decorrentes da constatação desse caráter finito da vida humana, autorizam a inserção do psicanalista nas diversas unidades de tratamento que integram o hospital.

Temos, então, que diante da urgência orgânica surge a urgência psíquica. Percebemos isso também nos pacientes lesionados neurológicos. Observamos que, é frente essa urgência do adoecimento repentino e da dissolução da identificação subjetiva que a escuta do psicanalista pode ser direcionada, atravessada por uma questão crucial: a possibilidade da morte e as implicações que esta relança para o sujeito. Vejamos, agora, uma vinheta clínica a respeito do tema e como ela ilustra a dimensão de urgência da vida diante do limite que a morte acarreta.

O paciente, a quem chamaremos de senhor Geraldo, estava com 73 anos quando chegou ao ambulatório de Neurologia do Hospital João XXIII. Sua história clínica parecia-me comum à de outros pacientes que chegavam ao setor. Após sentir fortes dores de cabeça, foi internado com o diagnóstico aneurisma cerebral. No entanto, um aspecto peculiar havia chamado a minha atenção em nosso primeiro encontro. Ao contrário da maioria dos pacientes internados ali, que costumam não falar muito nesse primeiro momento, provavelmente pela

debilidade física que se encontram, senhor Geraldo imediatamente começou a contar fatos importantes de sua vida. Falou de sua relação com a esposa, da filha que tinha se divorciado do marido, da neta que morava com ele. Enfim, muitas coisas foram relatadas naquele contato a partir de um convite: “Gostaria de me falar um pouco sobre como o senhor chegou até aqui?”.

Convite feito, senhor Geraldo teceu, naquele mesmo instante, uma verdadeira narrativa histórica sobre sua vida. Nascido na Espanha, contou-me que havia deixado seu país muito jovem, para tentar uma vida melhor no Brasil. Mesmo aposentado há alguns anos, senhor Geraldo era um homem ativo, criava galinhas e pássaros em seu quintal e não ficava sem ter alguma atividade. Gostava de trabalhar, de sustentar a família, de ser o chefe da casa. Considerava-se bem-sucedido, pois, depois de toda sua luta, possuía alguns bens. Além disso, mencionava com orgulho o fato de todos os filhos possuírem curso superior, sendo ele um semianalfabeto. Senhor Geraldo era casado há 50 anos, completos durante a internação, com Elena, uma brasileira “mulata”, como ele a descrevia. Com ela teve quatro filhos. Dizia ser um marido espanhol machista e mandão, mas que sua esposa também não era fácil, pois ela era “tão teimosa quanto” ele.

Após esses relatos, que aconteceram em dois encontros, senhor Geraldo teve que ser operado de urgência, o aneurisma havia rompido e causado uma grande hemorragia. A partir dessa cirurgia, senhor Geraldo passou a travar uma luta diária contra a morte. Foram exatamente 63 dias até o seu falecimento. No pós-operatório, o estado de saúde do senhor Geraldo teve uma evolução difícil. Ele tinha dificuldades para respirar sem a ajuda de aparelhos e seu corpo não respondia as expectativas de melhora intencionadas pela cirurgia. Após o resultado da tomografia, perceberam que o sangramento havia afetado a área da fala. A partir daí, mais do que não poder falar, parecia que o senhor Geraldo não queria mais falar. A equipe demandava o atendimento da psicologia: “Sr. Geraldo precisa de você, ele está muito deprimido”¹³. A decisão médica foi prescrever um antidepressivo. O quadro agravou-se e o parecer médico foi assertivo: “As chances dele são mínimas”. Membros da equipe tentavam prever o imprevisível, com falas do tipo: “Dessa semana ele não passa”, ou “Ele está triste, desistindo de viver”. Mas, ele continuava ali, debilitado, mas lúcido.

Senhor Geraldo estava deslocado da posição de dono de seu destino. Onde estaria o chefe de família, o marido espanhol machista? Suas referências como sujeito despencaram-se, deixando-o exposto a uma destituição selvagem. Senhor Geraldo via-se, assim, destituído dos

¹³ Citação oral à autora.

significantes que ancoravam sua subjetividade. Ele estava no limite, vivendo a perda e a castração no próprio corpo. Frente à violência e radicalidade dessa destituição, o Geraldo que falava deu lugar ao Geraldo que não podia falar, talvez por não encontrar palavras que pudessem nomear aquilo que se encontra na ordem do irrepresentável, do inominável: o confronto a própria morte. Imerso no sem-sentido, as palavras de senhor Geraldo caem, revelando o puro sofrimento, a imersão total na angústia. Ao longo desse período de dois meses, eu me dirigia quase todos os dias ao leito dele. Perguntava como estava se sentindo, como havia passado a noite anterior. Trazia fatos de sua história que ele mesmo havia me relatado, falava sobre sua coragem, sua luta durante toda a vida, dava notícias da esposa e dos filhos. Explicava o porquê de cada procedimento, dos aparelhos. Numa dessas vezes, quando perguntei como estava, ele balbuciou com dificuldade “Eu vou morrer”. A partir desse dia, não deixei um só dia de falar-lhe até o seu último instante.

A vida existe pela palavra e, já que senhor Geraldo não podia falar, emprestei-lhe minhas palavras na tentativa de dar algum sentido para o que estava vivendo. Trazia a vida, a escuta e as palavras interditas pelo confronto com a própria morte para dentro do ambulatório. A condução do atendimento procurava instituí-lo, situá-lo diante do seu vivido, buscando em seu próprio relato anterior pontos de ancoramento de seu desejo. O atendimento ao senhor Geraldo permite-nos afirmar que a oferta de escuta e o convite à fala possibilitaram uma narrativa, uma construção em palavras, revelando uma dissimetria entre o que se pergunta e o que o paciente diz. Ao receber o convite do analista, o paciente remete-nos a outro tipo de urgência: a urgência psíquica. Ante a possibilidade de morte, o paciente fala da vida. Fala de suas origens, do seu percurso na vida até a ocasião da internação. O urgente nesse momento não era a chegada à enfermaria, mas a chegada ao Brasil como imigrante. A partir da oferta de escuta, o paciente situa, então, pontos que lhes são urgentes na vida.

5 CONCLUSÃO

A clínica psicanalítica com pacientes portadores de lesões cerebrais apresenta especificidades técnicas relacionadas ao manejo e aos tipos de intervenção. Pesquisar a experiência subjetiva do adoecimento neurológico, as variações no enquadre necessárias para o atendimento desses pacientes, o papel do psicanalista na abordagem a essas pessoas, e as questões teóricas derivadas desse contexto foram nossos principais interesses nesta dissertação.

Durante a nossa investigação, vimos que não devemos reduzir o atendimento do indivíduo à seqüela neurológica, aos aspectos biológicos relacionados à lesão, pois, além dos fatores relacionados às perdas cerebrais, motoras e cognitivas, percebemos também uma experiência subjetiva muito abrangente. Propomos aqui um atendimento psicanalítico que privilegie a relação subjetiva do indivíduo com sua doença e todas as consequências psíquicas disso, sem que os aspectos fisiológicos e cognitivos existentes sejam negligenciados.

O nosso instrumental teórico percorreu um caminho conceitual. Iniciamos pela formulação de um “contexto”, seguimos com o “percurso” e finalizamos com a “intenção”. Os capítulos que compõem a dissertação foram delineados no sentido de conduzir a uma compreensão de como acontece o manejo da psicanálise com os pacientes pesquisados. Todo esse arsenal teórico, agregado aos exemplos das vinhetas ilustrativas, auxiliou-nos a elaborar ideias e a destacar aspectos dessa clínica tão singular.

Uma característica principal percebida na experiência da lesão cerebral é o golpe na identificação subjetiva, sobretudo, se pensarmos a perda dos lugares, dos papéis afetivos, profissionais e familiares que essas pessoas exerciam antes do adoecer. E também pelo sentimento de perda de uma parte de si mesmo. Sentimento este que resulta no não reconhecimento de si no nível do imaginário e do especular, e no sentimento de não pertinência. Ou seja, sensação de estar (de) fora. Tais traços caracterizam a experiência da atopia, que é “[. . .] uma situação que está fora do lugar próprio, ou que seguiu o caminho errado” (Dicionário..., 2017, *online*). Termo esse que se define pela impossibilidade de participar normalmente das atividades corriqueiras dos demais, de voltar a pertencer a um grupo.

A lesão cerebral cria um pequeno exílio, um outro lugar que, contudo, ainda não pode ser experimentado como lugar. Esse lugar define-se negativamente pela impossibilidade, pelo vazio, por não ser o “verdadeiro” lugar, o lugar do grupo, da norma. Sabemos ser a noção de identidade bastante complexa. Podemos dizer que o termo designa inicialmente o estado do

que não muda, do que fica sempre igual. De modo ainda mais geral, identidade pode se referir “[. . .] à consciência da persistência da própria personalidade e ao conjunto de características e circunstâncias que distinguem uma pessoa, graças às quais é possível individualizá-la” (Dicionário..., 2017, *online*).

Dessa maneira, a identidade de alguém pode ser definida como o fato de ele poder ser reconhecido sem confusões graças aos elementos individualizantes. A identidade supõe, então, singularidade, especificidade, permanência de características únicas. Ela é, ao mesmo tempo, biológica e corporal, psicossocial e subjetiva, de modo que suas definições concernem a muitas disciplinas: biologia, psicologia, sociologia, antropologia, etnologia.

Nos pacientes neurológicos, a experiência do não pertencer, da atopia, deriva de uma espécie de ferida na identidade, uma falha no reconhecimento subjetivo. O fato de os problemas cognitivos atingirem o sujeito em sua percepção de si e de existência desestabiliza o suporte interno da pessoa, desconectando as representações de si e do mundo, próprias a cada um. O prejuízo no aspecto cognitivo ou comportamental coloca o sujeito numa situação de dependência física, social e cotidiana. Dependência essa também psíquica, pois lhe falta a possibilidade de se apoiar sobre as próprias representações de si mesmo, bem como da realidade que o cerca.

Muitas vezes, as pessoas com adoecimento neurológico utilizam a voz do outro como representação. Desse modo, elementos exteriores servem de apoio para as tentativas de reprodução de seus sentimentos em relação à doença e suas conseqüências e auxiliam na reprodução não apenas de sua biografia e do mundo que o cerca, mas também das palavras que não lhe ocorrem. Para alguns desses pacientes, aquele que está ao seu lado não representa somente uma ajuda ou uma suplência para a realização de tarefas, eles são uma extensão de si mesmos.

Esses golpes na percepção de si e na sensação da existência, vividos pelo sujeito com lesão cerebral, dão-se também pela dificuldade experimentada por eles no estabelecimento de relações intersubjetivas, relações estas fundamentais para a vivência individual e que envolvem o compartilhamento de experiências. Por exemplo, em casos de afasia, a experiência de vínculo interpessoal e intersubjetivo, por meio da significação compartilhada e da comunicação, torna-se um desafio possível.

Outro aspecto importante no caso do adoecimento neurológico é o surgimento de demandas para que se cuide, conjuntamente, tanto da “perda”, quanto da “falta”. No trabalho de elaboração das experiências subjetivas dos pacientes com lesões cerebrais, é útil estabelecer um trânsito entre os conceitos de “perda” e de “falta”, articulando as distintas

abordagens do que eles significam. Para isso, utilizaremos as referências elaboradas por Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008).

O conceito de “perda” para a medicina faz referência aos efeitos gerados pelo adoecimento, levando o paciente a se defrontar com “[. . .] perdas motoras, cognitivas, perceptivas e limitações de autonomia” (Winograd et al., 2008, p. 150), cabendo aos dispositivos médicos de reabilitação tentar reduzir tais perdas a partir de intervenções que busquem “[. . .] reeducar, reabilitar, reintegrar, readaptar” o paciente (Winograd et al., 2008, p.150). Já a “falta”, pensada psicanaliticamente, “[. . .] é inerente à condição do sujeito humano, é simbólica e se refere à castração em torno do qual o psiquismo humano se organiza e reorganiza permanentemente” (Winograd et al., 2008, p.150).

No caso dos pacientes neurológicos, as “perdas” advindas com o adoecimento levariam a uma confrontação abrupta e intensa com a “falta”, afetando as relações do sujeito “[. . .] com o mundo, com os objetos de seu desejo e seus ideais conscientes e inconscientes, trazendo a castração à superfície” (Winograd et al., 2008, p. 150). No caso do adoecimento neurológico, surgem demandas para que se cuidem, conjuntamente, tanto da “perda”, quanto da “falta”, cabendo a última tarefa ao psicanalista, inserido em meio aos outros profissionais que cuidariam das perdas.

Nesse ponto, podemos retomar o principal objetivo da nossa dissertação: a questão do papel do psicanalista. Percorrendo cada uma das seções, demonstramos nesta dissertação como se dá o manejo psicanalítico no atendimento a pessoas com lesões cerebrais.

De início, destacamos que a principal atribuição do psicanalista em um hospital é a de conduzir a experiência do sujeito. Para tal, demonstramos que é necessária a “escuta”, acompanhada por uma intervenção, que implique o sujeito do desejo. Inferimos também que é preciso uma posição do analista que possibilite amarrações para a reparação das rupturas decorrentes do encontro com o real. Isso sugere que a experiência de sujeito pode se dar pelo corte, feito por um psicanalista, de um significante no enunciado de um analisante. Uma espécie de barra na cadeia enunciada, que pode produzir no analisante uma surpresa ou uma elaboração.

O próximo passo foi fazer um paralelo entre a “psicanálise pura” e “aplicada”. Nessas seções, apresentamos duas diferentes perspectivas de direção clínica para o atendimento em psicanálise. Retomando, de maneira resumida, a “psicanálise pura” refere-se à “Psicanálise didática” (Lacan, 2003a, p. 236), ao estudo e pesquisa dos conceitos psicanalíticos, e a “psicanálise aplicada” relaciona-se diretamente com a clínica e a terapêutica. Nesse ponto, conseguimos compreender a possibilidade de aplicação teórica e prática da psicanálise nas

instituições hospitalares, inclusive em locais como o cenário pesquisado, um ambulatório de neurologia.

Foi preciso também delinear os discursos presentes no cenário referido. Comparamos o “discurso médico” e o “psicanalítico”, e a forma como eles apresentam-se diante de uma situação vivida pelos sujeitos que ali se encontram em condição de doentes. Buscamos demonstrar que na demanda médica há algo que ultrapassa o campo da medicina. Vimos que a posição psicanalítica não está amparada no discurso médico ou do mestre, não sendo, portanto, a de compreender ou a de curar. O que o psicanalista busca é ocupar um lugar que acolhe a contingência, o imprevisto, as surpresas, o encontro com o real.

Seguimos com a dissertação circunscrevendo as características do “paciente neurológico”, na tentativa de descrever os personagens da pesquisa. Observamos que se trata de pessoas acometidas pelo inesperado, provocado ou por lesões de impacto ou por causas clínicas. Vimos que o caráter imprevisível dos comprometimentos cerebrais tem como consequência manifestações traumáticas singulares que comprometem a continuidade temporal, a consciência de si e do próprio corpo.

Logo após, conceituamos o termo “acolhimento”. Percebemos o quanto o acolhimento é uma ferramenta de trabalho essencial à psicanálise, principalmente nos primeiros contatos com o paciente. No acolhimento, trata-se de colher a fala, os sintomas, as falhas e os nomes. Acolher implica, portanto, uma forma de receber e ler aquilo que se coleta da fala do sujeito, que se contorna por outras nomeações causadas pelos efeitos da escuta do desejo.

A pesquisa abordou ainda a “direção do tratamento” em Freud e em Lacan. Nessas duas seções, pudemos retomar o caminho percorrido por esses autores em suas construções teóricas, com o propósito de compreender a aplicabilidade delas na contemporaneidade. Destacamos as “4+1 condições de análise” estabelecidas por Freud e trabalhadas por Quinet. Esclarecemos o conceito da destituição subjetiva tal como Lacan o define com relação ao final de análise. Finalizamos com a opção de se trocar a destituição subjetiva pelo fechamento de um ciclo, possibilitando certa circunscrição do gozo como marco do destino da análise.

Em seguida, abordamos o conceito de “interpretação” e notamos que não é qualquer intervenção do analista que pode ser considerada uma interpretação. O que vimos é que uma interpretação só acontece quando a intervenção produz efeitos. Ou seja, uma interpretação é um ato que produz como consequência o levantamento do recalque. Propusemos ainda uma reflexão sobre as “construções em análise” como instrumento terapêutico. Entendemos a construção como uma consequência da interpretação, e notamos que elas se constituem a

partir da relação com o analista e, por meio do vínculo estabelecido, permite novas elaborações do material subjetivo.

Trabalhamos também a noção de “transferência” (ou transferização) na psicanálise hospitalar. Vimos que não se trata de uma limitação dos efeitos de transferência em virtude da duração comprometida dos atendimentos (que pode, às vezes, chegar a apenas um encontro). Trata-se de uma clínica na qual a orientação em direção ao real implica uma transferência de outra ordem. Delineamos a clínica clássica da transferência na qual o analista ocupa, para o analisante, o lugar de um significante qualquer que lhe permite a produção dos significantes mestres do sujeito. Em seguida, discorreremos sobre uma clínica em que a transferência repousa sobre o gozo do falar, e que permite a possibilidade de terminar os atendimentos com o delineamento de uma fase, marcada pelo gozo. É esse gozo que pode ser, de alguma forma, percebido na intervenção, conduzindo a uma elaboração.

Nossa experiência no hospital demonstrou que o adoecimento está intimamente ligado ao encontro com o real, no qual se dá a partir do surgimento da angústia diante da ruptura da cadeia simbólica do sujeito, deixando-o “deslocalizado” no tempo. Esse momento da pesquisa buscou demonstrar nossa hipótese de que a abertura de um outro tempo na urgência pode tirar o indivíduo da suspensão em que se encontra, nessas situações de adoecimento, levando-o a dar uma resposta na condição de sujeito, e não uma resposta a partir da certeza da angústia que o atravessa.

Procuramos demonstrar nesta dissertação que, nos momentos de adoecimento repentino, situações vivenciadas de forma avassaladora pelos pacientes neurológicos, o indivíduo encontra-se mergulhado em uma angústia que o desorganiza num tempo. Esse tempo desordenado, coloca-o em uma situação tomada pela ruptura simbólica, diante do encontro desvelado com o real do corpo. Consideramos que nesses momentos, o indivíduo mostra-se confundido na condição de objeto e tal verdade o impossibilita de dar uma resposta na condição de sujeito. Tal vivência abre uma temporalidade inquietante frente à dificuldade de se articular novamente a cadeia significante.

Compreendemos que o manejo do “tempo lógico” permite tirar o sujeito de uma possível suspensão, na qual este poderá dar uma resposta na condição de sujeito a partir da possibilidade da abertura de um tempo para a palavra. No hospital, a certeza ligada à angústia permanece no primeiro momento, o “instante de ver”, proposto por Lacan (1945/1998), em que há uma suspensão do “tempo de compreender”. A temporalidade que nos interessou neste trabalho está ligada ao tempo lógico, um tempo que possa introduzir uma pausa na pressa por

concluir, uma pausa que permita que o sujeito possa se articular novamente em uma cadeia simbólica.

Como percebemos no decorrer dessa pesquisa, diante do adoecimento, o sujeito não consegue lançar mão de um significante que possa lhe representar diante o outro. Há nesse momento uma ruptura da cadeia significante que o impede de advir como sujeito a partir da palavra. Há nesses momentos um vazio significante deixando o sujeito à deriva. Ou seja, diante do inesperado, o tempo apresenta-se desconectado de sentido, desarticulado de uma lógica diante da urgência da experiência de angústia que se apresenta nesse espaço do hospital.

Destacamos a importância da questão do tempo no adoecimento, situação que aparece como um curto-circuito entre o “instante de ver” e o “momento de concluir”, deflagrando uma temporalidade singular a cada sujeito. Em face da urgência de um corpo adoecido, da proximidade da morte, o indivíduo apresenta-se colado no “instante de ver” e no “momento de concluir”, em que não há tempo para um hiato se articular a uma compreensão. Aqui, a abertura de um “tempo de compreender” pode possibilitar a elaboração de uma dificuldade diante do que urge em face do encontro desvelado com o objeto faltoso.

Podemos inferir, portanto, que o adoecimento toca o real. A experiência em nossa clínica possibilitou-nos pensar que é nesse lugar em que a programação falha, que algo do “trauma” aparece como um real que toca o corpo, impossibilitando ao sujeito o recurso da palavra. Por isso, trabalhamos esse conceito. O psicanalista, diante do insuportável do “trauma”, busca dar voz ao sujeito. Conduz o ser falante a reorganizar sua história, reinstalando-o novamente em sua cadeia significante, e buscando reorientá-lo frente a essa angústia que se apresenta em forma de um acontecimento contingente, que o desestabiliza. No hospital, o psicanalista precisa fazer algo com o que do traumatismo se apresenta, apostando no real desvelado por este e possibilitando, a partir da abertura de um tempo para a palavra, evitar que o “trauma” se torne um destino para o indivíduo.

Nesse ponto do estudo, descrevemos os “efeitos terapêuticos rápidos” como uma opção clínica possível no hospital. A expressão efeito(s) terapêutico(s) foi citada por Freud inúmeras vezes em sua obra. Em uma pesquisa despretensiosa em seu acervo digital, pudemos contabilizar que a expressão aparece em 22 textos diferentes de Freud, entre eles estão: *Sobre o início do tratamento* (1913/2006) e *Análise terminável e interminável* (1937/1980). Por ser uma expressão tão usual na psicanálise, decidimos nos aprofundar, utilizando, para isso, a lente de Miller. O que os “efeitos terapêuticos rápidos” delineados por Miller (2005) propõem é a troca do final de análise pelo fechamento de um ciclo, possibilitando certa circunscrição

do gozo como marco do destino da análise. A delimitação do tempo não visa a calcular o fim do momento para compreender, forçando o sujeito a concluir. O propósito aqui é viabilizar, no instante de ver, as difrações inconscientes, abrindo-lhe, nesse encontro com o analista, o tempo para compreender. Estratégias clínicas estas aplicáveis e adequadas aos atendimentos hospitalares, situações nas quais o tempo é um aspecto determinante.

Caminhando para o final da dissertação, discorreremos sobre a “urgência subjetiva” e propusemos amarrações desse termo com os outros conceitos trabalhados. Para a psicanálise, a urgência está intimamente ligada ao conceito de sujeito e a dimensão do tempo. A urgência subjetiva é o que aparece para o sujeito como um impossível de suportar. Enquanto a intervenção da medicina está marcada pela pressa, uma intervenção caracterizada pelo tempo cronológico, a psicanálise prevê uma pausa lógica, para que o paciente possa se apresentar a partir de uma condição de sujeito, privilegiando a abertura de um tempo para a palavra. Aqui, a dimensão temporal faz-se central na clínica da “urgência subjetiva”, principalmente no hospital.

Finalizamos com mais algumas colocações sobre o contexto específico desta dissertação, a clínica com pacientes portadores de lesões cerebrais. Também nesse cenário é possível perceber o papel do psicanalista como aquele que, para além da escuta e das intervenções que visam o sujeito do inconsciente, exerce a função de possibilitar um elo quando percebe a existência de uma inconsistência, um lapso no funcionamento interpessoal ou institucional. Àquele paciente que, diante das perdas e das faltas provocadas pelas sequelas neurológicas, recebe o suporte do psicanalista, no sentido de uma escuta ou intervenção, é esperada uma reconfiguração, a reparação de algo desconectado.

Quando a identificação subjetiva do indivíduo lesionado cerebral se encontra comprometida e as suas unidades funcionais desarticuladas, o analista pode ser um tipo de suporte que possibilita uma nova percepção do eu, e que contribui para o funcionamento do sistema interpessoal/ institucional (paciente, família, corpo clínico, funcionários, procedimentos, etc.). O que tomamos como ponto essencial desse trabalho foi demonstrar como a angústia em que se veem imersos os indivíduos adoecidos pode se converter em um sintoma possível de ser manejado pelo psicanalista. Concluímos, portanto, que o encontro com o real gerado pelo adoecimento neurológico produz rupturas que o trabalho analítico é capaz de reestabelecer.

Referências

- Acolhimento. (n. d.). In Dicionário Online de Português. Recuperado a partir de <http://www.dicio.com.br/acolhimento>
- Alvarenga, Elisa. (Coord.) (2007, 3 dezembro). *Tratamento psicanalítico de curta duração: conclusões possíveis* [Weblog]. Recuperado a partir de: <http://ampblog2006.blogspot.com.br/2007/12/ebp-veredas-jornada-do-cpct-mg.html>.
- Apofântico. (n. d.). In Dicionário Online de Português. Recuperado a partir de <http://www.dicio.com.br/apofantico>.
- Atopia. (n. d.). In Dicionário Online de Português. Recuperado a partir de <https://www.dicio.com.br/atopia/>
- Bauman, Z. (2001). *A modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Belaga, G. (Org.). (2004). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Serie Praxia Grama Ediciones.
- Borges, S. (2008). *O hospital geral: dos impasses às demandas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da clínica de psicologia e psicanálise do Hospital Mater Dei* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008a). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios* (2a ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2008b). *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (2a ed.). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Breder, B., Gussão, F.C. & Mattos, P.R. (2010). Caso Severino e as peculiaridades do trabalho psicanalítico no território médico. In *Anais*, 4 Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e 10 Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental (pp. 1-4), Curitiba. Recuperado a partir de http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr60-breder-barbara-gussao-fernando-calvi-mattos-paulo-roberto.pdf.
- Brousse, M.-H. (2003). 4 menos 1. In *Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del Instituto del Campo Freudiano en España*, (27), 37-40. Recuperado a partir de http://www.latusa.com.br/latmarteximp30_1.pdf.
- Brousse, M.-H. (2007). Três pontos de ancoragem. In: J.-A. Miller & J.-D. Matet. (Orgs.). *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (pp. 22-26). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Besset, V.L. (1977). Quem sou eu. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 4(49), 64-71.

- Bueno, C.M.O. (2002). *Entre-vistas. Espaço de construção subjetiva*. Porto Alegre: EDIPUCS.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso*. São Paulo: Brasiliense.
- Cottet, S. (2003). O psicanalista aplicado. In J.-A. Miller. *Pertinências da psicanálise aplicada* (pp. 27-31). Paris: Seuil. (Coleção Campo Freudiano).
- Cottet, S. (2005). Efeitos terapêuticos na clínica contemporânea. In T. Santos (Org.). *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada* (pp. 11-40). Rio de Janeiro: Contracapa.
- Dias, C.A. & Nuernberg, D. (2010). Doença na família: uma discussão sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador. *Revista de Ciências Humanas*, 44(2), 465-483. Recuperado a partir de <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/revistacf/article/view/2178-4582.2010v44n2p465>.
- Dunker, C. (2006). A função terapêutica do real: entre trauma e fantasia. In C. Dunker. *Traumas* (pp. 39-49). São Paulo: Escuta.
- Figueiredo, A.C. (2004, mar.). A construção do caso clínico: uma contribuição a psicanálise e à saúde mental. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 8(1), 75-86.
- Figueiredo J.C., Caetano L.L., Filho R.M.M.M. & Morais S.G. (2009). *Traumatismo cranioencefálico: aspectos clínicos e abordagem fisioterapêutica*. (n. 1.). Recuperado a partir de <http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Traumatismocranioencefalicoaspectosclinicoseabordagemfisioterapeutica.pdf>.
- Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Freud, S. (1975a). Moisés e o monoteísmo: três ensaios. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 13-161). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1934-1938).
- Freud, S. (1975b). Construções em análise. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 289-304). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1937).
- Freud, S. (1976a). Conferências introdutórias sobre psicanálise: teoria geral das neuroses (Parte III). J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 289-539). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1916).
- Freud, S. (1976b). Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 257-270). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1919).
- Freud, S. (1976c). Além do princípio do prazer. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1920).

- Freud, S. (1976d). Inibições, sintomas e angustia. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 95-201). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1926).
- Freud, S. (1976e). Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – A dissecação da personalidade psíquica. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 40-55). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1933).
- Freud, S. (1977). Introdução ao narcisismo. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 10-37). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1914).
- Freud, S. (1980). Análise terminável e interminável. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 287-541). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1937).
- Freud, S. (1990a). Projeto para uma psicologia científica. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 385-529). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1895).
- Freud, S. (1990b). Prefácio à tradução das Conferências sobre as doenças do sistema nervoso, de Charcot. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 57-60). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1886).
- Freud, S. (1990c). Charcot. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 19-31). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1893).
- Freud, S. (1996a). Estudos sobre histeria. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2, pp. 94-101). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1893).
- Freud, S. (1996b). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess – carta 69. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 130-211). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1897).
- Freud, S. (1996c). Primeiras publicações psicanalíticas. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 168-174). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1898).
- Freud, S. (1996d). O esquecimento de nomes próprios – Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 7-11). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1901).
- Freud, S. (1996e). Fragmento da análise de um caso de histeria. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 7-11). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1905).

- Freud, S. (1996f). Recordar, repetir e elaborar. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1914).
- Freud, S. (2006g). O caso Shreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 02-51). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1911-1915).
- Freud, S. (1996h). O inconsciente. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 95-128). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1915).
- Freud, S. (1996i). História Psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 91-109). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1920).
- Freud, S. (1996j). O mal-estar na civilização. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 15-63). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1930).
- Freud, S. (2006a). A dinâmica da transferência. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 110-133). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1912).
- Freud, S. (2006b). Sobre o início do tratamento. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12, n. p.). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1913).
- Freud, S. (2010). História de uma neurose infantil – “O homem dos lobos”. J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.). *Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 02-78). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1914).
- Freyman, J-R. (2008, 16 mar.). *L'effet du libéralisme sur le sujet*. (s. l.).
- Fuentes, A. (2005). El hilo de la vida. Efectos terapéuticos rápidos en un caso atendido en la Red Asistencial ELP-Madrid. In J.-A. Miller. *Efectos terapéuticos rápidos: conversaciones clínicas con Jacques-Alain Miller en Barcelona* (pp. 19-24). Buenos Aires: Paidós.
- Hartog, F. (2003). *Régimes d'historicité. Présentisme et expériences du temps*. Paris: Le Seuil.
- Lacan, J. (1952). *Seminário o Homem dos lobos*. Inédito. Recuperado a partir de <http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1173/seminario-sobre-o-homem-dos-lobos.pdf>.
- Lacan, J. (1961-1962). *O Seminário, livro 9: a identificação*. Inédito.
- Lacan, J. ([1967-1968]) *O seminário, livro 15: de um outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1979). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar. (Publicado originalmente em 1954).

- Lacan, J. (1992) *Seminário, livro 17 – o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1969-1970).
- Lacan, J. (1993). La tercera. In J. Lacan. *Intervenciones y textos 2* (pp. 73-108). Buenos Aires: Manatíal. (Publicado originalmente em 1974).
- Lacan, J. (1998a). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada. In: J. Lacan. *Escritos* (pp. 197-213). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1945).
- Lacan, J. (1998b). Função e campo da fala e da linguagem. In: J. Lacan. *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1953).
- Lacan, J. (1998c) De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1958).
- Lacan, J. (1998d) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In J. Lacan *Escritos* (pp. 591-652). Rio de Janeiro. Jorge Zahar, (Publicado originalmente em 1958).
- Lacan, J. (1998e). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1964).
- Lacan, J. (1998f). O aturdito. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 448-497). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1973).
- Lacan, J. (2001a). O lugar da Psicanálise na Medicina in: *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, p. 8-14, (Publicado originalmente em 1966).
- Lacan, J. (2001b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan. *Outros escritos* (V. Ribeiro, Trad., pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1967).
- Lacan, J. (2001c). Proposition du 9 octobre 1967 sur le psychanalyste de l'École. In J. Lacan. *Autres écrits* (pp. 243-259). Paris: Seuil (Publicado originalmente em 1968).
- Lacan, J. (2003a). Ato de fundação. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 235-247). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1964).
- Lacan, J. (2003b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan. *Outros Escritos* (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Publicado originalmente em 1964).
- Laurent, É. (2000). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.
- Laurent, É. (2011). Ato e instituição. *Almanaque: Revista Eletrônica do IPSM-MG*, 8, (n. p.). Recuperado a partir de <http://almanaquepsicanalise.com.br/ato-e-instituicao>.
- Lesão cerebral. (2015, janeiro 13). *Wikipédia, a enciclopédia livre*. Recuperado a partir de https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Les%C3%A3o_cerebral&oldid=41076778.

- Lima, C.R. (2012). *O desejo do analista é o pivô do tratamento*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise. Recuperado a partir de http://ebp.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Celso_Renno_O_desejo_do_analista_o_pivo_do_tratamento1.pdf.
- Marcos, C.; D'Alessandro, C. (2012, nov./2013 abr.). Figuras psíquicas do trauma: uma leitura lacaniana. *Revista aSEPHallus*, 8(15), 35-58. Recuperado a partir de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=724434&indexSearch=ID>
- Mandil, R. (2000, abr.). A clínica da urgência. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 3(4), 3-4.
- Mandil, R. (2003). *Agenda*. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Masson, J.M. (1984). *Atentado à verdade: a supressão da teoria da sedução por Freud*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora.
- Miller, J.-A. (1987). A transferência de Freud a Lacan. In: J.-A. Miller. *O percurso de Lacan* (pp. 55-71). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1979).
- Miller, J.-A. (1995). *A lógica na direção da cura. Elaborações sobre o Seminário IV de Jacques Lacan – A relação de objeto*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise do Campo Freudiano.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado, palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J.-A. (1999). As contra-indicações ao tratamento analítico. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 25, 52-55.
- Miller, J.-A. (2001). Psicanálise pura, psicanálise aplicada & psicoterapia. *Revista Phoenix*, 3, 9-43.
- Miller, J.-A. (2005). *Efeitos Terapêuticos rápidos em Psicanálise: conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise; Scriptum Livros.
- Moretto, M.L.T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, M.D. (Org.). (1996). *Psicanálise no Hospital*. Belo Horizonte: Revinter.
- Moura, M.D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: M.D. Moura. *Psicanálise e hospital* (2a ed, pp. 32-58). Rio de Janeiro: Revinter.
- Nasio, J.D. (2001). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Naveau, P. A psicanálise aplicada ao sintoma: contexto e problemas. In: J.-A. Miller & J. Miller. *Pertinências da psicanálise aplicada* (pp. 09-16). Paris: Seuil, 2003. (Coleção Campo Freudiano).

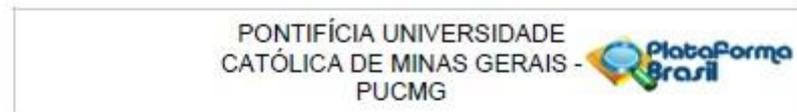
- Portela, M. (2014). Acolhimento: estratégia ou função? In J.P. Giovanetti, A. Valverde, C.L. Cardoso, M. Portela, P.E.R.A. Evangelista, S.S. Horta & T.F.C. da C. Melo (Orgs.). *Fenomenologia e psicoterapia* (n. p.). Belo Horizonte: FEAD.
- Prochnow, A.G., Santos, J.L.G., Pradebon, V.M. & Schimith, M.D. Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 30(1), 11-18. Recuperado a partir de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5347>.
- Quinet, A. (2009). *As 4 + 1 condições da análise* (12a ed). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Rank, O. (1934). *O traumatismo do nascimento: influência da vida pré-natal sobre a evolução da vida psíquica individual e coletiva/ estudo psicanalítico*. Rio de Janeiro: Marisa Editora. (Publicado originalmente em 1924).
- Roudinesco, E. Medicina, psiquiatria e psicanálise: semiologia do sujeito. In E. Roudinesco. *Em defesa da psicanálise: ensaios e entrevistas* (pp. 215-224). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santiago, J. (2004). A sessão lógica: extrair o tempo de sua duração. *Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, (n. p.) São Paulo.
- Santiago, J. (2007, nov./2008, abr.). Presentismo e novos modos de relato: efeitos sobre o sujeito suposto saber. *Asephallus: Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, 3(5), 89-96.
- Santos, A.S.C. (2009). *Intervenções do analista: do descobrimento à invenção*. Rio de Janeiro: UFRJ/IP.
- Seldes, R. La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In Belaga, G. (Org.). (2004). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 33-42). Buenos Aires: Serie Praxia Grama Ediciones.
- Soler, C. (1995). Interpretação: as respostas do analista. *Opção Lacaniana*, 13, 20-38.
- Soler, C. (2004). Discurso e trauma. In C. Soler. *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência* (n. p.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- Sotelo, M. et al. (2008). *Cuando el psicoanálisis no responde a lo que le es históricamente típico: Los nuevos centros de atención psicoanalítica*. In *Anais*, 3 Encontro Americano do Campo Freudiano. Recuperado a partir de <http://www.eamericano.org>.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2002). Psicologia em serviços de saúde – Intervenção em centros de saúde e hospitais. *Análise Psicológica*, 20(1), 171-174. Recuperado a partir de http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312002000100018&script=sci_arttext.
- Verneinung. (1982). In J. Laplanche & P. Pontalis. *Vocabulário de psicanálise* (n. p.). São Paulo: Martins Fontes.

Vicente, S. (2004). O ato analítico. *Cógito*, 6, 39-43. Recuperado a partir de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100010.

Vieira, M.A. (Org.). (2008). *Urgência sem emergência?* Rio de Janeiro: Editora Subversos.

Wade, J., Durward, B. & Baer, G. (2000). Acidente vascular cerebral. In: M.C.S.P. Stokes. *Neurologia para fisioterapeutas* (pp. 83-100). São Paulo: Editorial Premier.

ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA PUC MINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O MANEJO DA URGÊNCIA SUBJETIVA EM PACIENTES VÍTIMAS DE ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO:
o acolhimento pela psicanálise de orientação Lacaniana

Pesquisador: MARIANA ANDRADE DE MELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62786316.2.0000.5137

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.470

Apresentação do Projeto:

O acometimento neurológico constitui uma experiência existencial que transforma o indivíduo. A identidade singular, a familiaridade com a própria imagem, seus aspectos narcísicos, e a relação do sujeito consigo mesmo e com o mundo modificam-se, gerando um sofrimento psíquico nem sempre possível de ser expresso, até mesmo por conta das lesões sofridas. Os termos chave dessa pesquisa (psicanálise, pacientes neurológicos, tempo lógico, urgência subjetiva, efeitos terapêuticos rápidos) que direcionam o levantamento bibliográfico servirão de norteadores para o objeto de estudo, que no caso é o manejo da psicanálise diante desses pacientes vítimas de traumas neurológicos. Além da forma de condução terapêutica, serão também considerados fatores como a posição do analista diante de um trauma físico/psíquico, de que forma a psicanálise se inscreve na prática clínica da urgência e qual a resposta poderia ser possível para cada sujeito. A caminhada deste projeto de dissertação dará ênfase à pesquisa qualitativa através da busca de referenciais teóricos, do levantamento bibliográfico de dados sobre a temática proposta e será ilustrada com vinhetas clínicas advindas da prática da pesquisadora. Essa proposta de trabalho consiste em consultar fragmentos de casos dos pacientes que foram atendidos durante a sua internação no Hospital João XXIII. Essas anotações foram feitas pela praticante de psicanálise, durante o período do atendimento deles, levando em consideração a elaboração do caso e a direção do tratamento. A utilização da vinheta

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico **CEP:** 30.535-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 **Fax:** (31)3319-4517 **E-mail:** cep.proppg@pucminas.br

Continuação do Parecer: 2.369.470

clínica como recurso se faz pertinente pois a ilustração com fragmentos cênicos auxilia na elaboração clínica. O projeto já foi analisado e aprovado e esta emenda foi apresentada para inclusão do CEP da Instituição co-participante, conforme justificativa constante no formulário da Plataforma Brasil: "Solicito, através da presente emenda ao projeto de pesquisa referenciado, a inclusão da Instituição coparticipante, FHEMIG (Fundação Hospitalar de Minas Gerais). A Instituição coparticipante possui um comitê de ética. Quando aprovada a emenda, solicitamos que a documentação referente ao projeto seja replicada a Instituição coparticipante via plataforma".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- Investigar o manejo da intervenção clínica psicanalítica de orientação lacaniana no âmbito da urgência subjetiva em pacientes vítimas de acometimento neurológico, atendidos no Hospital João XXIII.

Objetivos específicos:

- Descrever e ilustrar o perfil do paciente pesquisado examinando o caso clínico e selecionando vinhetas clínicas para ilustrar as respostas psíquicas diante do manejo psicanalítico.
- Discutir as condições e as finalidades da prática clínica psicanalítica com relação aos sujeitos acometidos por traumas neurológicos.
- Estabelecer um paralelo entre a perspectiva médica e a perspectiva psicanalítica na abordagem conceitual da noção de urgência.
- Revisar em termos conceituais psicanalíticos a questão da urgência subjetiva.
- Identificar os pontos de interlocução possíveis entre psicanálise, urgência e tempo – através da concepção de Lacan e alguns de seus interlocutores, tais como: Jacques-Alain Miller, Guillermo Belaga, Ricardo Seides e Marcus André Vieira.
- Relacionar a questão da urgência tempo com a ideia apresentada por Jacques-Alain Miller sobre os efeitos terapêuticos rápidos.
- Esclarecer teoricamente narcisismo e ferida narcísica e relacioná-las à temática.
- Situar as definições de trauma, corpo e gozo, delimitando a relação desses termos com o atendimento psicanalítico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora assegura que os riscos são nulos ou muito baixos, pois as pessoas pesquisadas não serão identificadas. Os recortes clínicos serão ilustrativos, descritos na perspectiva psicanalítica, considerando o sigilo acerca da identidade do paciente. Como benefícios afirma que

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 226
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br

Continuação do Parecer: 2.389.470

os pacientes neurológicos que precisam de atendimento psicanalítico para seu restabelecimento emocional irão se beneficiar desta pesquisa no sentido que ela abre uma nova possibilidade na direção do tratamento, além de trazer contribuições teóricas que permitam ampliar os instrumentos técnicos para o manuseio específico desses casos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante com temática que requer maiores conhecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Folha de Rosto e o projeto de pesquisa. Pede dispensa do TCLE alegando que se entende que esse tipo de autorização não se aplica a essa metodologia, uma vez que a exemplificação delimitada se faz a partir de uma leitura de fragmentos de casos, anotados durante o atendimento, preservando o sigilo e a privacidade identitária do indivíduo pesquisado. Com isto, é proposto mascarar todos os dados e detalhes que possam de alguma maneira identificar a pessoa atendida. A instituição coparticipante foi incluída no formulário da Plataforma Brasil para que o projeto possa ser analisado pelo respectivo CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação da emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1008938_E1.pdf | 04/10/2017 15:13:42 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_dissertacao_mestrado.docx | 05/12/2016 17:08:35 | MARIANA ANDRADE DE MELO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Dispensa_de_TCLE.docx | 05/12/2016 17:05:51 | MARIANA ANDRADE DE MELO | Aceito |
| Folha de Rosto | Mariana_Folha_Rosto_Plataforma.pdf | 05/12/2016 16:59:20 | MARIANA ANDRADE DE MELO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucminas.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE MINAS GERAIS -
PUCMG



Continuação do Parecer: 2.389.470

Necessita Apreciação da CONEP:

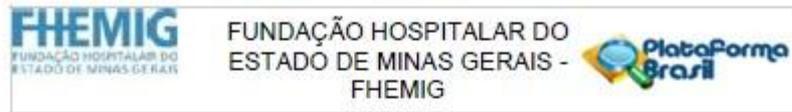
Não

BELO HORIZONTE, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:
CRISTIANA LEITE CARVALHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Dom José Gaspar, 500 - Prédio 03, sala 228
Bairro: Coração Eucarístico CEP: 30.535-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3319-4517 Fax: (31)3319-4517 E-mail: cep.proppg@pucominas.br

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FHEMIG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O MANEJO DA URGÊNCIA SUBJETIVA EM PACIENTES VÍTIMAS DE ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO: o acolhimento pela psicanálise de orientação Lacaniana

Pesquisador: MARIANA ANDRADE DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62786316.2.3001.5119

Instituição Proponente: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.373.279

Apresentação do Projeto:

Projeto devidamente encaminhado, contando com introdução e justificativa consistentes e bem referenciados.

Este projeto de dissertação propõe uma investigação teórico-clínica, sobre o manejo da intervenção psicanalítica de orientação Lacaniana no âmbito da urgência subjetiva e o seu modo de aplicação em pacientes vítimas de acometimentos neurológicos. A vivência singular que é a atuação do psicólogo clínico em um hospital de Pronto Socorro, no caso o H. João XXIII em Belo Horizonte, foi o principal gatilho para a escolha do tema desta pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar o manejo da intervenção clínica psicanalítica de orientação lacaniana no âmbito da urgência subjetiva em pacientes vítimas de acometimento neurológico, atendidos no Hospital João XXIII.

Objetivo Secundário:

- Identificar os pontos de interlocução possíveis entre psicanálise, urgência e tempo – através da

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Efigênia **CEP:** 30.150-260
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 **Fax:** (31)3239-9552 **E-mail:** cep@fhemig.mg.gov.br

Continuação do Parecer: 2.373.279

concepção de Lacan e alguns de seus interlocutores, tais como: Jacques-Alain Miller, Guillermo Belaga, Ricardo Seides e Marcus André Vieira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- RISCOS: o estudo apresenta baixos riscos, pois se baseia em intervenção já padronizada e validada na literatura nacional e internacional.
- BENEFÍCIOS: benefícios diretos para os envolvidos, para a comunidade científica em geral e a FHEMIG.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;
- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- Cronograma: Adequado;
- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.466/2012 do CNS-MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Projeto: devidamente descrito.
- TCLE: justificada a dispensa do termo.
- FR: devidamente preenchida e assinada.
- Parecer GEP: Aprovado.

Recomendações:

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- O estudo pode ser realizado com base na metodologia e nos documentos apresentados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|-------------|------------|-------------------|----------|
| Outros | PGEP127.pdf | 07/11/2017 | Jacqueline Soares | Aceito |

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
 Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3230-9552 Fax: (31)3230-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS -
FHEMIG



Continuação do Parecer: 2.373.279

| | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Outros | PGEP127.pdf | 08:13:08 | Pereira | Acelto |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_dissertacao_mestrado.docx | 05/12/2016 17:08:35 | MARIANA ANDRADE DE MELO | Acelto |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Dispensa_de_TCLE.docx | 05/12/2016 17:05:51 | MARIANA ANDRADE DE MELO | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Novembro de 2017

Assinado por:
Vanderson Assis Romualdo
(Coordenador)

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100
Bairro: Bairro Santa Elgênia CEP: 30.150-260
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3239-9552 Fax: (31)3239-9552 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br