

UNILEÃO  
CENTRO UNIVERSITÁRIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSÉ DAVID SILVA SANTOS

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL**

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2019



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

JOSÉ DAVID SILVA SANTOS

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL**

JUAZEIRO DO NORTE–CE

2019

JOSÉ DAVID SILVA SANTOS

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.  
Orientador: Raul Max Lucas da Costa

JUAZEIRO DO NORTE-CE  
2019

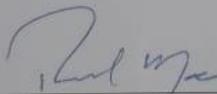
JOSÉ DAVID SILVA SANTOS

**CONSIDERAÇÕES SOBRE A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO HOSPITAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 02 / 12 / 19

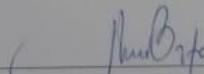
BANCA EXAMINADORA



RAUL MAX LUCAS DA COSTA  
Orientador(a)



FRANCISCO FRANCINETE LEITE JUNIOR  
Avaliador(a)



NADYA RAVELLA SIEBRA DE BRITO  
Avaliador(a)

## RESUMO

O presente artigo trata-se de um estudo acerca das reflexões sobre a clínica psicanalítica além do consultório, assim serão levantados os limites e as possibilidades de inserção da psicanálise no contexto hospitalar a partir dos fundamentos teóricos da clínica psicanalítica. Para isso, foi fundamental repensar o lugar do sujeito e a escuta de sua dimensão inconsciente na clínica psicanalítica além do consultório, nesse trabalho são ressaltados os impasses e os desafios para a psicanálise no âmbito hospitalar, assim como as possibilidades de intervenção. O presente artigo recorre aos acervos literários e bibliográficos para compreender os estudos pertinentes ao lugar da psicanálise quando convocada pelas demandas institucionais no hospital a lidar com sujeitos em sofrimento, a partir dessa questão serão abordados: um breve histórico do surgimento do hospital moderno e as suas transformações, as reflexões e as implicações sobre a clínica do sujeito no hospital e o diferencial ético do profissional de base psicanalítica. O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo e se fundamenta em um modelo de pesquisa bibliográfico.

**Palavras-chave:** psicanálise; discurso médico; discurso do analista; clínica do sujeito; escuta.

## ABSTRACT

The present article is a study about the reflections on the psychoanalytic clinic outside the office, so the limits and the possibilities for insertion of psychoanalysis in the hospital context will be raised from the fundamental concepts of psychoanalytic clinic. In this regard, was essential rethink about the place of the subject and the listening of his unconscious dimension in the psychoanalytic clinic to take beyond the office, in this work the conflicts and the challenges have been highlighted for the psychoanalysis in a hospital environment, as well as the possibilities of intervention. The present article access the literary and bibliography collections to comprehend the studies pertinent to the place of psychoanalysis when called by the institutional demands to deal with suffering of the subjects. From this point, will be adress: a brief history of modern hospital and its transformations, the reflections and the implications for the clinic of the subject in the hospital and the ethical differential of the psychoanalytic professional. The present work is a qualitative study and is based on a bibliographic research model.

**Keywords:** psychoanalysis; medical discourse; discourse of analyst; clinic of the subject; listening.

## 1. INTRODUÇÃO

Para refletir sobre a clínica psicanalítica no ambiente hospitalar, é fundamental compreender como o hospital moderno surgiu, a partir de quando deixou o seu status de exclusão e separação aos quais eram submetidos alguns grupos populacionais, reservados aos trabalhos de assistência social das comunidades religiosas e filantrópicas, até se tornar um estabelecimento pautado pela disciplina e por uma ação terapêutica adequada a técnica médica (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Freud (1996 [1919]) admitia a possibilidade de que o tratamento psicanalítico pudesse acontecer em instituições ou clínicas de pacientes externos com o fim de torná-la mais acessível a uma considerável parte da população para além das classes mais abastadas, no entanto alertou também que isso pode acarretar em tentativas para adaptar a técnica às condições organizacionais. Ainda segundo Freud, a aplicação em larga escala pode levar por força das circunstâncias a fundir a análise livre com os métodos da sugestão direta, portanto, é importante não deixar que os princípios psicanalíticos e os seus componentes mais efetivos e mais importantes se rendam a um modelo de trabalho tendencioso (FREUD, 1996 [1919]). Em vista disso, nesse trabalho ressaltamos os impasses e os desafios mais importantes para abordar a clínica psicanalítica no hospital ao levantar discussões acerca das características e dos discursos que norteiam esse espaço.

Segundo Elias (2008), a prática realizada nos consultórios está no cerne do termo clínica psicanalítica que dispõe no verbo clinicar um paradoxo, significa atender um paciente a beira do leito. Freud iniciou sua investigação sobre o psiquismo com as históricas, nesses casos o hospital se constituiu como um meio fértil para observar o sujeito naquilo que mais lhe atinge, em outros termos, ao considerar a fragilidade psíquica do sujeito diante dos acontecimentos somáticos que o acometiam e que faziam com que se expressasse no campo da fala e da linguagem (ELIAS, 2008). O autor ainda destaca que, a hospitalização permite um contato do sujeito mais próximo com o sofrimento e a dor e favorece a escuta de sua dimensão inconsciente se o profissional se colocar na posição de desejar escutar (ELIAS, 2008).

Machado e Chatelard (2013), atesta que a preocupação que se tem com a difusão da psicanálise para além do espaço privado do consultório se relaciona com a formação do analista e à execução da práxis analítica, o que pode fazer com que os conceitos teóricos da psicanálise corram o risco de perder o seu rigor ético e próprio. Portanto, a extensão da clínica psicanalítica para os hospitais possibilita debater

questões que correspondem aos desafios clínicos, teóricos e institucionais (MACHADO e CHATELARD, 2013). Esses desafios apresentaram-se quando constatamos o percurso histórico que levou ao nascimento do hospital moderno e que marcou o desenvolvimento de um espaço medicalizado no hospital a partir do discurso médico (FOUCAULT, 1984 [1979]). A clínica psicanalítica, ao recuperar o lugar do sujeito no hospital e ao permitir um giro discursivo na prática institucional, muitas vezes se depara com o modelo tradicional de intervenção médica.

As reflexões a respeito da prática psicanalítica no contexto hospitalar não são nada simples, pois o lugar dos profissionais das áreas de ciências humanas, presente nas equipes multiprofissionais, sejam eles psicólogos, assistentes sociais e/ou outros, que trabalham nos hospitais gerais para lidar com os aspectos subjetivos que condizem com a demanda do paciente, muitas vezes se posiciona em sentido contrário à do médico. Lacan (1966) na conferência intitulada “Psicanálise e medicina”, citado por Monteiro et al. (2009), diz que a psicanálise assume um lugar de subordinação em relação a medicina, e lhe serviria como um apoio a partir do momento em que esta última fosse atingida por falhas no saber. A importância desse trabalho reside em mostrar as lacunas das normas e dos saberes institucionais.

Para o presente trabalho foi utilizado o modelo de revisão bibliográfica (pesquisa bibliográfica) que se caracteriza como um instrumento de investigação minucioso para adquirir conhecimento, fundamentar a pesquisa como um todo, e também construir uma base de dados para sua elaboração, a mesma pode ser realizada a partir das seguintes fontes: livros, periódicos, artigos e sites, tais como as que foram utilizados para a construção deste artigo (PIZZANI et al., 2012). A revisão bibliográfica desse artigo teve como base os seguintes acervos: livros, artigos, revistas e conferências sobre o tema. Esse modelo de pesquisa importa para fundamentar a teoria, de modo a elucidar as considerações sobre a clínica psicanalítica no hospital. Os descritores utilizados na busca do material foram: “a clínica psicanalítica e o hospital”, “o sujeito e o hospital” e “a ética do desejo no âmbito hospitalar” resultantes da base de dados encontrados no google acadêmico e no scielo.

O presente artigo tem como objetivo principal proporcionar um maior conhecimento sobre as nuances e especificidades da clínica psicanalítica no hospital, os objetivos específicos foram divididos da seguinte forma: compreender a conjuntura do espaço hospitalar; analisar o lugar que o sujeito ocupa no hospital; e abarcar o

papel do profissional de base psicanalítica no contexto hospitalar. Esse trabalho é fundamental para refletir sobre a relevância da clínica psicanalítica no hospital.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1. UM BREVE HISTÓRICO DO HOSPITAL MODERNO**

Segundo Foucault (1984 [1979]), os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram configurados com o objetivo de curar os doentes. Antes do século XVIII, o hospital era basicamente uma instituição de assistência aos pobres, lugar de internamento, nos quais eram realocados doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc.; era um espaço que visava a exclusão e separação daqueles indivíduos que representavam um perigo à saúde geral da população, os quais eram resignados a assistência e transformação espiritual a cargo das comunidades religiosas (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Até o século XVIII, o hospital e a medicina eram séries independentes, a medicina nos séculos XVII e XVIII era uma prática individualista da parte do médico, compreendia o conhecimento dos textos e a transmissão de receitas, mas não incluía o campo de experiências; o médico observava o doente e a doença desde seus primeiros sinais, a intervenção médica era organizada a partir da noção de crise que afrontava no doente a sua natureza sadia e o mal que lhe atacava, a experiência hospitalar estava excluída da prática médica (FOUCAULT, 1984 [1979]). As visitas realizadas pelos médicos nos hospitais eram esporádicas, pois a função desses locais não era de curar os doentes, mas de salvar ou isolar do meio social os indivíduos que fossem perigosos a saúde pública (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Durante o século XVII, a mão de obra no recrutamento de soldados para o exército se tornou mais especializada e custosa, isso acarretou um novo ordenamento de poder no espaço do hospital militar, pois era preciso vigiar para que os homens não desertassem, curá-los quando estivessem doentes e resguardá-los da morte, assim como evitar que fingissem estar doentes e permanecessem acamados (FOUCAULT, 1984 [1979]). A reorganização hospitalar se deu diante dos fatores político-econômicos que emergiram ao longo do século XVIII, com a necessidade de uma reconfiguração administrativa e política para lidar com o tráfico de mercadorias e

evitar a disseminação de epidemias através das pessoas que desembarcavam dentro dos hospitais marítimos na Europa (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Com o estabelecimento de uma nova ciência a partir do Estado Moderno que emerge com a crise do sistema feudal, o Estado passa a ser corresponsável por assistir os desempregados e os indigentes, Montesquieu (1689-1755), citado por Ornellas (1998), aponta que a sociedade civil tem como responsabilidade o respeito pela saúde dos cidadãos: “Que é mais importante que a saúde dos cidadãos? A força das gerações futuras, do Estado, não depende dos cuidados municipais?” (Montesquieu. 1966, p.712, apud, Herzlich e Pirret, p. 213). Ornellas (1998), destaca ainda que há pelo menos dois séculos, o Estado reconheceu a sua obrigação nos cuidados da saúde dos cidadãos a partir da Declaração dos Direitos do homem, de 24 de julho de 1793, com sua pauta ligada a subsistência – trabalho – socorro.

A conjunção das técnicas médicas com a necessidade de esquadramento disciplinar do meio que constituía o espaço hospitalar trouxeram diversas modificações na estrutura do hospital como forma de garantir que fosse instrumento de cura e não mais um espaço de exclusão e separação. Para isso, fora necessário transformar o seu ambiente, que deveria ser medicalizado em sua função e seus efeitos, tanto como a arquitetura hospitalar, a distribuição e organização interna e externa de seu espaço; a presença do médico se tornou frequente e habitual no fim do século XVIII (FOUCAULT, 1984 [1979]). A partir de então, produz-se uma inversão das relações hierárquicas no hospital com a tomada de poder pelo discurso médico, antes ocupado pelas comunidades religiosas (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Além do que discutimos anteriormente, é importante ressaltar que também houveram mudanças nas relações sociais com o processo de produção capitalista. Quando a doença fora assimilada à incapacidade de trabalho pelo doente, o Estado Moderno passou a transformar as relações do Estado com o cidadão a partir da incorporação da medicina no espaço hospitalar para transformar as práticas e os saberes que já existiam lá, e fazer com que ela pudesse assumir uma ação terapêutica consistente (ORNELLAS, 1998). Com base nisso, o hospital adquire o estatuto que conhecemos hoje. No entanto, a prática médica manteve as instituições asilares e suas características de exclusão para disciplinar a vida urbana, pois não conseguia dar conta das doenças que ali se instalavam (ORNELLAS, 1998).

Para Foucault, com o advento do capitalismo e a partir de então, a medicina passa a intervir no biológico, no somático, no corporal, o homem passa a ser tomado

como “meio de produção” sendo objeto de políticas, práticas e normas (FOUCAULT, 1984 [1979]). Daí a necessidade da medicalização, higienização, desinfecção urbana e salubridade, ou seja, a ciência médica visava cobrir os espaços da vida política e social dos sujeitos (FOUCAULT, 1984 [1979]). Desse modo, pode-se descrever a intrincada relação que passa a existir entre a medicina e os assuntos públicos, os assuntos relativos à polícia médica, saúde pública e medicina legal que antes eram tomados em partes separadas, passam a se juntar em um todo designado de medicina social para melhor expressar seus propósitos (FOUCAULT, 1984 [1979]).

Como é possível observar, a tecnologia utilizada para possibilitar essa reorganização do hospital foi a disciplina, aliada a um novo olhar proporcionado pela técnica médica que emergia sobre o hospital transformando-o em *máquina de curar* a partir do estudo das relações entre os fenômenos patológicos e espaciais, com a introdução desses mecanismos disciplinares no confuso espaço hospitalar foi possibilitada a sua medicalização, as técnicas de poder disciplinares promoveram também uma transformação no saber médico anterior a partir da formação de uma medicina hospitalar (FOUCAULT, 1984 [1979], grifo nosso).

## **2.2. O NÃO-LUGAR DO SUJEITO NO HOSPITAL**

Para que haja a clínica psicanalítica no campo da saúde mental é necessário que esse trabalho clínico se fundamente pelas bases que se encontram nos textos técnicos e nos casos clínicos de Freud; dito de outro modo, não há prática sem teoria no campo da psicanálise, assim é necessário se apropriar do discurso construído por Freud (ALBERTI, 2000). A psicanálise no contexto hospitalar se encontra imersa no entrecruzamento de vários discursos, dentre eles podemos destacar o discurso médico que já se encontra tipificado por ser de difícil questionamento, (FIGUEIREDO, 1997) portanto cabe distinguir de que modo a psicanálise pode fazer um giro discursivo na prática institucional (ALBERTI, 2000).

A história da clínica moderna partiu da consideração médica em seu lugar de saber sobre o doente perante a causa do sintoma que este apresentava, visto como objeto de experimentação e verificação que em última instância estava a cargo da descoberta médica (ALBERTI, 2008). Mesmo que esta realidade fosse contemporânea ao advento da psicanálise, Freud já identificava haver aí dois tipos de saber distintos, um que constava enquanto o saber clínico acumulado a partir da teoria

e da experiência, e um outro, bastante singular, que se refere a cada novo paciente que se faz aparecer como um novo caso e que traz consigo algo jamais visto dantes (ALBERTI, 2008). A partir da importância dada ao doente foi que se constituiu a psicanálise, vendo este como o único sujeito que, na relação analítica, tem a possibilidade de saber sobre a causa de seu desejo (ALBERTI, 2008).

Uma das questões fundamentais para a investigação acerca do sintoma no contexto hospitalar diz respeito às várias éticas que balizam as práticas profissionais dentro do hospital, de modo que a questão ética impõe os limites e as possibilidades de intervenção (SARNO e FERNANDES, 2004). Como discutimos antes, ao falarmos da psicanálise, sua ética está fundamentada pela clínica do sujeito na qual o sintoma (o mal-estar) não é visto como resposta do paciente à sua queixa, por isso marca uma ruptura com o modelo ético das vertentes médicas. O modelo ético da psicanálise perpassa o sujeito da linguagem e propõe acolher a demanda sem nunca respondê-la, a partir daí surge o saber do inconsciente (MACHADO e CHATELARD, 2012).

O sujeito na perspectiva laciana é o sujeito da ciência e o efeito do campo da linguagem (ELIA, 2010). Lacan retoma o signo linguístico de Saussure e subverte-o, conferindo supremacia ao significante que é material e ao mesmo tempo simbólico, esse significante se produz no campo do Outro e faz surgir o sujeito de sua significação, a primeiro momento o sujeito é reduzido ao lugar de objeto e “recebe sua própria mensagem de forma invertida” submetido ao desejo do Outro que o petrifica a não ser nada mais que um significante (ELIA, 2010). O sujeito é habitado e marcado pela linguagem, mas é a separação que introduz o corte no sujeito e o desalienará do saber e das palavras deste Outro primordial (ELIA, 2010). O sujeito, então, indaga-se sobre seu desejo que é desconhecido e está para aquém ou para além desse Outro, no ponto de falta se constitui o desejo do sujeito (ELIA, 2010).

Segundo ELIA (2010), quando Freud propõe em *Sobre o Início do Tratamento* (2010 [1913]) que o analisante se entregue à experiência da fala, acaba por recorrer ao ato primordial da ciência moderna, quando esta última implica em se despojar das qualificações empíricas, sensoriais, perceptivas e entre outros, de objeto:

Desqualificar a fala do sujeito equivale, portanto, a criar as condições de desqualificação, da ausência de qualidades, que pavimentam as vias de acesso ao inconsciente à fala, ao discurso concreto do sujeito [...] O gesto da ciência é retomado por Freud em relação ao sujeito, e esse gesto se evidencia particularmente bem na enunciação da regra fundamental, na qual Freud diz a um sujeito hipotético – com o qual estaria dialogando, o que significa que diz a todo sujeito – que lhe diga tudo o que lhe vier à cabeça (ELIA, 2010).

Segundo Simonetti (2004, p.19), o psicólogo hospitalar está interessado em dar voz ao paciente, de modo que ele se oferece para escutar o sujeito em sofrimento, permitir que ele possa falar sobre si, a doença, a vida e/ou a morte, sobre os seus pensamentos, seus sentimentos, seus temores e/ou seus desejos, seja o que quiser falar, a sua posição é a de restituir o lugar do sujeito que a medicina resolveu eliminar. Ele se propõe a permitir que o paciente faça a travessia da experiência de adoecimento, mas não diz aonde isso vai dar, tanto porque não pode, como porque não sabe (SIMONETTI, 2004, p.19). Como se pode observar, o papel do psicólogo hospitalar se volta para a experiência singular do sujeito hospitalizado, mas a partir de uma escuta breve-focal e delimitada a alguns aspectos.

No que concerne a psicanálise, a única maneira de se ter acesso ao sujeito é por meio de sua fala e, quanto ao psicanalista, referenciado pela ética do desejo, não é permitido ordenar o que é melhor para o sujeito ao se colocar no lugar daquele que sabe, (MACHADO e CHATELARD, 2013) pois não sustenta o sujeito suposto saber (LACAN, 2003 [1967]). Além da regra fundamental da psicanálise, a associação livre, que marca o início do tratamento analítico, é imprescindível ressaltar a atenção flutuante em prestar escuta a tudo que diga o analisante, no entanto sem que seja atribuído nenhum nível de importância peculiar da parte do analista pelo dito do paciente (CLAVREUL, 1983). Daí surgem as seguintes provocações, como a proposta freudiana pode aparecer nesses espaços com a iminente promoção de tratamentos que pretendem apenas restituir o equilíbrio, o bem-estar e a saúde extraviada?

Para tratar dessa questão no contexto hospitalar, ainda que falemos sobre o sujeito, é preciso também falar sobre o corpo e suas incidências no hospital, pois, ora, não há sujeito sem corpo. Gomes e Próchno (2015) apontam as repercussões que o corpo-doente apresenta diante da doença hospitalizada e o desamparo ao não conseguir atender as expectativas, as técnicas e cuidados com esse corpo:

Frente às exigências de ser para além de um corpo-saúde - um corpo-perfeito, escultural e um corpo-beleza -, temos um corpo-desamparo, emaranhado na sensação de vazio subjetivo, de desvitalização e de fragmentação. Essa realidade de corpo fragmentado, esvaziado e adoecido é uma realidade negada pela civilização contemporânea, que prima pelo ideal de um corpo belo, sadio e perfeito o tempo todo. Por isso mesmo, pela ordem imperiosa da negação, causa mal-estar e impele à busca incessantemente de satisfação imediata e total (GOMES e PRÓCHNO, 2015).

Gomes e Próchno (2015) ressaltam ainda que o corpo adoecido padece e sinaliza-a-dor de que é impossível controlar a vida e a morte, e sobre a inútil busca para conquistar e permanecer com a felicidade. Segundo Andrieu (2006), conforme

citado por Alberti (2008), o corpo, hoje, pode ser na realidade o efeito dos discursos sobre ele provindos ao longo dos séculos, esse novo corpo é como um texto, um corpo híbrido, que ganha forma a partir de fragmentações e entrecruzamentos discursivos nos seus mais variados aspectos, podemos citar os discursos biológicos e da saúde em geral, e os progressos bio-tecno-científicos. A Psicanálise propõe em seu giro discursivo que o analista ofereça ao analisando, na medida em que aquele sustenta um lugar vazio, um espaço para que daí possa emergir o desejo do sujeito no analisando (MACHADO e CHATELARD, 2012).

Para a inserção da clínica psicanalítica no hospital, poder-se-ia problematizar os seguintes assuntos: os mecanismos que regem o instrumento hospitalar, a intervenção médica que exclui o sujeito, os pedidos provindos de outros campos de saber na hierarquia institucional e o tempo do sujeito no ambiente hospitalar. É importante atentar a especificidade da clínica psicanalítica para enviesar sua prática no hospital, de modo a não deixar que o lugar do analista esteja sob o jugo dos pedidos médicos, que inviabilizariam a prática psicanalítica que segue por uma outra via. Machado e Chatelard (2012) mencionam os muitos desafios aos quais se depara ao analista no hospital, a começar pela seguinte questão, como seria possível sustentar sua prática em um lugar definido pelo sofrimento físico e pela recuperação da saúde, se seu discurso não consiste em transmitir consolo ou em curar o sujeito?

É fundamental, portanto, discutir a rearticulação do campo da medicina nos dias atuais, antes a medicina partia de uma matriz individual de doença que representava o modelo médico tradicional, no qual o próprio médico colhe a história do paciente, assim realiza o seu exame, o diagnóstico e a prescrição do tratamento, quando a saúde do paciente é recuperada, ele volta a seguir sua vida cotidiana, até que apareça outra doença (AGUIAR, 2014). No entanto, a medicina hoje funciona de um modo diferente, engloba a noção de fatores de risco para o desenvolvimento de uma doença, o que faz com que estejamos a todo momento vigilantes das condições de vida, de modo que há uma passagem de um modelo de doença individual para um modelo de doença estatístico e universal (AGUIAR, 2014).

Um novo paradigma tem se apresentado em discussão na prática médica, diz respeito a medicina baseada em evidências (MBE), em outras palavras, uma medicina dos resultados embasados em dados estatísticos, esta concepção da medicina exclui a experiência pessoal do médico e também desconsidera o caso clínico (França, 2003). A ciência tenta suturar o sujeito e, na tentativa de expulsar a subjetividade de

seu campo, também tenta suturar a causa, pois se torna incapaz de pensar nessa categoria, já que preenche as lacunas entre a causa e o efeito, de modo que alguns eventos são predeterminantes para outros eventos a partir do momento em que se conhece suas leis e o funcionamento delas (FINK, 1998 [1995]). O real faz parte da estrutura do sujeito que a medicina tenta excluir; ele sempre retorna e insiste, mas ela não tem recursos para tratar desse campo; portanto, é necessário um esforço que considere essa dimensão real, de modo a viabilizar e legitimar a psicanálise nos hospitais (MACHADO e CHATELARD, 2014).

Cabe destacar a observação de Vieira (2002, p.6):

A especificidade da psicanálise talvez esteja em fazer com que algo que insistia no campo do inominável, passe para o dizer [...] Resta indicar que talvez esta passagem ao dizer não é necessariamente privilégio da sessão analítica [...] Diferentemente da ação implicada na prescrição, no diagnóstico, no saber das condutas a priori, a intervenção analítica, sem cair na apologia da espontaneidade da ação, localiza no corpo o gozo e, ao fazê-lo, o põe a funcionar (VIEIRA, 2002, p.6).

É nesse aspecto que se pode remeter a expressão “falha epistemo-somática” elaborada por Lacan em seu texto *Psicanálise e Medicina*, o corpo que interessa a psicanálise é suporte do significante que está para outro significante, enquanto que para a medicina ele é visto como um corpo-organismo, ao passo que suas dimensões de gozo e de linguagem ficam de fora (QUEIROZ e CORREIA, 2002). O corpo da ciência é examinado pelo médico que busca atender ao corpo-doente, e o sujeito, ele mesmo, quando não manifesta o desejo de saber, quer que o Outro diga o que ele tem, mas o discurso médico comporta um saber falho sobre esse corpo (QUEIROZ e CORREIA, 2002). O próprio médico busca atender ao desejo de curar, ele espera que a angústia do sujeito seja eliminada seguindo a lógica da supressão do sintoma, a partir de então, impede que o sujeito venha a ressignificar esse lugar do corpo no qual a palavra não se inscreveu (QUEIROZ e CORREIA, 2002).

### **2.3. O LUGAR A-TÍPICO DO ANALISTA NO HOSPITAL**

Lacan no Seminário 15 (1967-68), citado por Dutra e Ferrari (2007), assinalou que as psicoterapias tomam como base os métodos sugestivos. Dutra e Ferrari (2007), demonstram ainda que a teoria psicanalítica traz aspectos críticos dos efeitos que tem sobre o sujeito os discursos de cunho totalitário e unificante, desse modo ela consegue distinguir os efeitos do discurso dominante institucional, e de modo mais extenso, do

discurso capitalista no cotidiano. Dutra e Ferrari (2007), apontam que “a psicanálise aplicada nas instituições de saúde, não é uma prática de simulacro de consultório, que estaria sendo reproduzida nas instituições, nem uma prática corrompida em sua pureza vitalícia” (DUTRA e FERRARI, 2007). Portanto, cabe destacar que o trabalho do analista no hospital não cumpre a mesma função que no consultório, pois ele lida com o sujeito diante das demandas institucionais, o desejo do analista é disruptivo, pois permite um trabalho de elaboração do sintoma pelo sujeito.

Lacan no Seminário 17 (1992, p.40), refere a posição do analista como sendo feita substancialmente de objeto a, cabe destacar que esse lugar não é ocupado desde o início pelo analista, pois trata-se aqui de uma função sem-lugar, (MOURA, 2007) e por assim dizer, atípica e vazia. Então, poder-se-ia dizer que o psicanalista está autorizado a trabalhar para além do consultório? Não existe uma instituição ideal para o trabalho do analista, ainda importa ressaltar que antes de chegar a esse lugar de a, ele está em outros lugares (VEGH, 2001, p.145). A emergência do discurso do analista encontra-se na fenda entre os discursos da cultura institucional, na permanente tensão em se recusar ao lugar de mestre que a demanda o coloca, despojar-se do sujeito suposto saber significa dizer que essa suposição está fadada ao fracasso, pois representa a alienação fundamental do sujeito em relação ao Outro.

Ainda no Seminário 17 (1992, p. 40-41), Lacan apresenta que o discurso do analista designa, de modo preciso, um efeito de rechaço, o objeto a, no que diz respeito ao discurso impossível do mestre em sua vontade de dominação e de mestria, e revela também a dificuldade de encontrar esse discurso dominante quando se trata do discurso universitário que se encontra na equivalência entre a lei, o sintoma e o rechaço, até aparentar um lugar seguro tal qual o sintoma histérico, marcado pela impotência. Lacan destaca a impossibilidade do discurso do analista, mas revela sua condição essencial como causa de desejo no sujeito, e, portanto, o analista ocupa apenas uma função de semblante de objeto a (LACAN, 1992).

No entanto, há uma face que precisa ser criticada e outra ser ressaltada no que corresponde ao lugar vazio ocupado pelo analista, o dizer silencioso do analista pode ser mal interpretado como uma forma de evitar se manter em uma posição crítica, ativa e participativa (LAURENT, 2007). Logo, ele deve estar ciente as formas de exclusão e segregação a que os doentes são submetidos no meio institucional, e não se deixar enganar pela sua própria reclusão, quando reservado a uma posição de exílio, o dizer silencioso do analista implica em tomar um papel ativo na organização

social e no campo da saúde mental (LAURENT, 2007). De acordo com Laurent (2007), a culpa revela a divisão do sujeito e a psicanálise não busca eliminá-la, “angustia-se por não saber o que o Outro quer”, desangustiar equivale a introduzir o desejo do sujeito e interpretá-lo. A psicanálise interpreta, sobretudo, a angustia, e se opõe ao ideal médico e dos tratamentos de redução da culpa (LAURENT, 2007).

As transformações analíticas efetivas que se tem visto em uma análise não são efeitos necessários da pressologia ou, em outras palavras, da rapidez de sessões curtas, esses resultados são muito mais efeitos de um recorte lógico que considera os tempos de ver, compreender e concluir, que operam levando em conta a angústia do sujeito (GUATIMOSIM, 2017), depreende-se que a concepção de tempo para a psicanálise segue a lógica do sujeito, portanto não é evolutivo e nem linear. FREUD (1996 [1915]) esclarecera que o inconsciente é atemporal de modo que não é alterado pela passagem do tempo cronológico. A questão debatida pelas psicoterapias pós-freudianas sobre redução da duração do tratamento analítico, já havia sido discutida por Freud em “Análise terminável e interminável” (1996 [1937]), Freud insistia sobre a inviabilidade das técnicas de tempo delimitado, diante da impossibilidade de estabelecer uma meta terapêutica perante os conflitos inconscientes.

O conceito de *Erwartung* (espera ativa) aponta que o relógio temporal do ato analítico articula pressa e espera, de modo que o analista na realidade institucional, a princípio, muitas vezes precisa se submeter aos pedidos e aos imperativos que surgem como tentativa de encontrar o seu lugar, mas ele só chega ao lugar procurando como ocupar esse lugar ao permitir que a sua presença perante o sujeito crie a demanda, ou não (MOURA e SOUSA, 2007, grifo nosso). A conduta do analista perpassa as condições para que se propicie uma circularidade entre os discursos que norteiam o espaço hospitalar, como já discutido em outro momento, o analista antes de chegar ao lugar de a, ele está em outros lugares (VEGH, 2001, p.145).

O analista precisa operar com os discursos que regem o meio hospitalar, aqui cabe destacar a teoria dos discursos desenvolvida por Lacan. Historicamente, o discurso do mestre era encabeçado pelo médico como seu representante; nos dias atuais é raro o encontro entre médico e doente, este último está submetido ao tratamento de uma equipe médica. O discurso médico valoriza os dados prescritos nos prontuários por outros médicos e dita as normas ao prescrever os tratamentos para os doentes com um enunciado dogmático aos quais estes últimos deverão acatar (CLAVREUL, 1983). Com a falta de um senhor que possa se posicionar como mestre

perante as queixas e demandas do paciente, o lugar do analista, enquanto “a”, ao fazer de conta que detém uma solução para o problema do paciente, permite que algo de um certo suposto saber seja depositado no sujeito (CLAVREUL, 1983).

O modelo discursivo baseado no domínio e na imposição que estiveram presentes na instituição médica em seu status de poder vem se modificando ao longo do tempo (MELO e COUTO, 2012). Os médicos não estão conseguindo sustentar o lugar de mestre e de superioridade como em outras épocas, pois ao mesmo tempo que eles têm contribuído para o funcionamento institucional, também estiveram submetidos aos imperativos que essa função os coloca (MELO e COUTO, 2012). Na atualidade, deve-se compreender as mudanças que acontecem no âmbito do hospital geral, com a prevalência do discurso da universidade e que revela sua força ao levar todos os envolvidos a sentirem o seu poder, inclusive os médicos. O discurso universitário é marcado pela burocracia, pelos protocolos a serem seguidos, pela eficácia e rapidez dos procedimentos e a descentralização do poder para as várias especialidades (MELO e COUTO, 2012).

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo elucida reflexões importantes quanto a prática e a inserção da clínica psicanalítica no hospital, pois pudemos perceber a partir da bibliografia apresentada como se configura o espaço hospitalar e levantar discussões sobre o sujeito omitido das práticas médicas e sobre o diferencial que a práxis dos profissionais psicólogos e psicanalistas tem a oferecer no hospital, já que o saber-fazer do psicólogo, do psicanalista, dos assistentes sociais e de outros profissionais das ciências humanas visa incluir o sujeito em sua singularidade inserido em um meio social, assim como respeitar a sua subjetividade para uma intervenção clínica que não o reduza a ser um simples objeto das práticas médicas. No que foi discutido, percebemos a relevância da psicanálise nos hospitais gerais.

A Psicanálise mostra que, por mais que a medicina insista em suturar o sujeito no hospital a partir de seu modo típico de intervenção clínica, esse vazio não será preenchido pelos discursos que nos deparamos no campo da saúde de um modo geral. O que é possível discernir a partir desse estudo é que as tentativas de exclusão do sujeito das práticas médicas, já que os seus modos de intervenção implicam em prescrever tratamentos, diagnosticar e prognosticar a partir da cientificidade do

método científico, dos dados estatísticos, dos manuais e dos protocolos, sempre deixarão irrespondível um algo a mais a dizer que virá do campo do sujeito, é nesse trabalho árduo e complexo de prestar escuta ao sujeito que marca o diferencial ético da psicanálise, ao considerar a sua dimensão inconsciente e permitir que ele fale sobre si e sobre o seu sofrimento no ambiente em que está inserido.

Cabe refletir quanto ao lugar da psicanálise nos hospitais gerais, e possibilitar que o analista possa atuar conforme os princípios psicanalíticos, pois a clínica psicanalítica propõe escutar a angústia do sujeito que sofre. É fundamental levar em conta a precisão ética e singular da psicanálise para que seja possível efetivar sua prática no hospital, assim como debater as questões que concernem aos desafios do campo clínico, teórico e institucional. Concluimos, então, que a psicanálise no hospital se encontra no limiar dos seus dispositivos clínicos em face da realidade institucional. Se consideramos o meio hospitalar, a prática psicanalítica que discutimos aqui é específica desse local, pois aqui tratamos a respeito da cultura institucional do hospital e como a psicanálise pode operar com os discursos envolvidos.

#### 4. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriano. O corpo e o risco: a atualidade de “o lugar da psicanálise na medicina”. **Opção Lacaniana** online nova série, n.13, mar. 2014.

ALBERTI, Sonia. "Psicanálise: a última flor da medicina" in ALBERTI, S. e ELIA, L. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, p. 37-56, 2000.

ALBERTI, Sonia. O hospital, o sujeito, a Psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.143-160, jun. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582008000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 20 set. 2019.

ANDRIEU, B. Neuromutação do corpo híbrido. Trabalho apresentado no Congresso Internacional *Neurociências e sociedade contemporânea*, organizado pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2-4 agosto de 2006.

CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica: Poder e Impotência do Discurso Médico**. Tradução de Jorge Gabriel Noujaim, Marco Antônio Coutinho Jorge e Potiguara Mendes da Silveira Jr. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

DUTRA, Alexandre Gomes Cruz; FERRARI, Ilka Franco. Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um Hospital Geral. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Minas Gerais, v. 59, n. 2, 2007.

ELIA, Luciano. **O Conceito de Sujeito**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

ELIAS, Valéria de Araújo. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, jun. 2008.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

FINK, Bruce. **O Sujeito Lacaniano**. Tradução de Maria de Lourdes Sette Câmara. 1. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 [1995].

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984 [1979].

FRANÇA, Genival Veloso de. Os riscos da medicina baseada em evidências. **Bioética**, Brasília, v. 11, n.1, 2003.

FREUD, S. **Análise terminável e interminável**. Tradução de Jayme Salomão. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1937].

FREUD, S. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica**. Tradução de Jayme Salomão. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1919].

FREUD, S. **O Inconsciente**. Tradução de Jayme Salomão. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996 [1915].

FREUD, S. **Sobre o início do tratamento**. Tradução de Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010 [1913].

GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; PRÓCHNO, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Saúde soc**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 780-791, 2015.

GUATIMOSIM, Bárbara. Vicissitudes do desejo do analista. **Revista da ATO** – escola de psicanálise, Belo Horizonte, n.3, 2017.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris: Payot, 1984.

LACAN, J. **O seminário**. Livro 15: O ato psicanalítico. Inédito. [1967-1968]

LACAN, J. **O seminário**. Livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1992 [1969-70].

LACAN, J. Psychanalyse et médecine. **Petits écrits et conférences**, 1966.

LACAN, J. “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, in **Outros escritos**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003 [1967].

LAURENT, É. **A sociedade do sintoma, a psicanálise hoje**. 1. ed. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007.

MACHADO, Maíla do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. A Psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. **Ágora**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, jan/jun 2013.

MACHADO, Maíla do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. **Rev. Subj.**, Fortaleza, v. 14, n. 2, ago. 2014.

MACHADO, Maíla Do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v.44, n.2, p.445-467, dez. 2012. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382012000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 20 set. 2019.

MELO, Carla Borim Mirachi; COUTO, Luis Flávio Silva. Os Discursos de Lacan no hospital geral. **Rev. Psicol. estud.**, Maringá, v.11, n.2, abr/jun. 2012.

MONTEIRO, Jamile Luzz Moraes; REI, Vivian Anijar Fragoso; NICOLAU, Roseane Freitas. A clínica psicanalítica no hospital geral: uma escuta possível. **Colóquio Internacional sobre o Método Clínico**, São Paulo, 2009.

MOURA, Marisa Decat de; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Psicanálise e Hospital: Se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele? **Epistemo-Somática**, Belo Horizonte, v.4, n.2, p.127-138, ago./dez. 2007.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Os hospitais: Lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun., 1998.

PIZZANI, Luciana; SILVA, Rosemary Cristina da; BELLO, Suzelei Faria; Hayashi, Maria Cristina Piumbato Innocentini. A Arte da Pesquisa Bibliográfica na Busca do Conhecimento. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 53-66, jul./dez. 2012.

QUEIROZ, Telma Corrêa N.; CORREIA, José Roberto A. Algumas considerações sobre a falha epistemo-somática e suas manifestações na criança. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n.4, dez. 2002.

SARNO, Luiza; FERNANDES, Andréa. Psicanálise e Hospital Geral: limites e possibilidades. **Cogito**, Salvador, v. 6, p. 151-153, 2004. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-94792004000100034&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100034&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 20 set. 2019.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

VEGH, I. et al. **Os discursos e a cura**. 1. ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2001.

VIEIRA, M. A. O lugar da psicanálise na medicina – introdução à uma conferência de Jacques Lacan. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, v.8, n.21, ago/set 2002.