



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA/ UFSC
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO/ HU
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE/ RIMS**

MARIA JOSCILANE DE BRITO SOUSA

**A ÉTICA DO SUJEITO COMO FUNDAMENTO DA CLÍNICA
PSICANALÍTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Florianópolis

2019

MARIA JOSCILANE DE BRITO SOUSA

**A ÉTICA DO SUJEITO COMO FUNDAMENTO DA CLÍNICA
PSICANALÍTICA NO CONTEXTO HOSPITALAR**

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Mandelli de Marsillac.

Florianópolis

2019

Resumo: De Freud à Lacan a psicanálise sempre esteve presente no contexto hospitalar. Apesar disso, ainda hoje é realizada uma estreita leitura de sua teoria e prática reduzindo-a ao campo dos consultórios clínicos. Em consequência disso, passou-se a circular certos discursos que versam acerca da impossibilidade da psicanálise em espaços institucionais, tal como o hospital. O objetivo deste trabalho é refletir sobre as possibilidades e os limites da escuta que coloca como central a ética do sujeito no contexto hospitalar. Para isso, utilizamos o referencial teórico da psicanálise, principalmente as contribuições de Lacan em diálogo com as contribuições foucaultianas. Notamos que no contexto hospitalar há uma multiplicidade de discursos que visam um saber completo sobre o sujeito indo de encontro à ética da psicanálise que prioriza uma elaboração do sujeito acerca de seu próprio sintoma. No entanto, mesmo diante de discursos tão divergentes, é justamente por sustentar a diferença que apostamos no lugar da psicanálise no hospital.

Palavras-chave: Psicanálise. Ética. Psicologia Hospitalar.

Abstract : From Freud to Lacana psychoanalysis has always been present in the hospital contexto. Nevertheless, even today a close reading of his theory and practice is carried out reducing it to the field of clinical practice. As a result, certain discourses began to circulate about the impossibility of psychoanalysis in institutional spaces, such as the hospital. The aim of this paper is to reflect on the possibilities and limits of listening that places the ethics of the subject in the hospital context as central. For this, we use the theoretical framework of psychoanalysis, mainly Lacan contributions in dialogue with the Foucaultian contributions. We note that in the hospital contexto there are a multiplicity of discourses that aim at a complete knowledge about the subject, meeting the ethics of psychoanalysis that prioritizes a subject's elaboration over his own symptom. However, even in the face of such divergent discourses, it is precisely because of maintaining the difference that we bet on the place of psychoanalysis in the hospital.

Keywords: psychoanalysis. Ethic. Hospital Psychology.

Introdução

O traço histórico da construção dos espaços hospitalares é imbuído de uma presença muito forte das técnicas de regulação e dominação dos sujeitos e de seus corpos. Tais técnicas estão carregadas de saberes e poderes específicos, se tornando estruturantes das relações, principalmente no campo institucional. Tal como Foucault (1979) esmiúça, percebemos que não há um ponto específico ou mesmo uma personalização do poder, mas ele estaria em toda a trama e tece o corpo de saber no espaço hospitalar. Assim, o nascimento do hospital e a medicina como saber legitimador desse campo fundam lógicas que deixam seus traços que perpetuam de uma época para outra e causam efeitos nos sujeitos envolvidos. À guisa de ilustração, a posição cristalizada entre o médico, aquele que sabe, e o usuário¹, aquele depositário de saber do outro, ainda estão desenhadas nos modos de produção de saúde nos dias atuais.

Foucault (1978) ao analisar as formas de vigília e punição dos corpos estende sua análise a várias entidades estatais (prisões, escolas e hospitais). Segundo o autor, as técnicas de disciplinarização presentes nestes espaços são mantidas a fim de moldar os corpos dos indivíduos, moldar suas vontades e controlar suas ações. Tal modelo de correção de condutas e produção de determinados tipos de sujeitos recrutam o corpo como principal superfície de admoestação. Pensamos que esta lógica se estende ao contexto hospitalar, pois o sujeito ao chegar com uma queixa a nível orgânico, coloca seu corpo à disposição e investigação dos diversos saberes presentes no hospital, supondo a cura para o seu sintoma-doença.

As relações estabelecidas entre médico e usuário são fundamentadas no campo do imaginário através da identificação do usuário ao saber médico. Este processo de identificação produz uma cristalização das posições na relação entre ambos. Tais relações conduzem a uma objetificação do corpo e uma consequente exclusão da subjetividade e do simbólico. A partir de tais considerações observadas ainda hoje nos espaços hospitalares, buscamos refletir a acerca da lógica hospitalar, seus agenciamentos e efeitos na produção de subjetividades presentes neste campo.

¹ Por mais que no contexto hospitalar seja dominante o termo “paciente”, optamos pela palavra usuário por entendermos que o sujeito, ao chegar no ambiente hospitalar, faz uso deste espaço e também como uma forma de romper com o discurso dominante.

Este artigo surge como efeito de uma experiência em um Programa de Residência Multiprofissional em um hospital geral do sul do Brasil. Desta forma, as reflexões realizadas neste texto surgem a partir da relação transferencial, dos fundamentos teóricos da psicanálise freudo-lacanianiana e das análises tecidas neste espaço pelas autoras. Trata-se, porém, de um trabalho introdutório acerca das questões e das inquietações vivenciadas neste espaço. No entanto, diante de uma primeira experiência profissional torna-se relevante o exercício do questionamento da realidade, das formas de trabalhos estabelecidas nos campos institucionais e de sua articulação a partir do diálogo entre teoria e prática. Neste sentido, nos perguntamos: quais as possibilidades da escuta, que coloca como central a ética do sujeito, no contexto hospitalar?

Por diversas vezes, em nossa prática diária no hospital, escutamos que o contexto hospitalar não comportava a psicanálise, pois os atendimentos deveriam ser breves e focados na doença. Primeiramente nos perguntávamos se essas pessoas sabiam de fato do que se tratava a psicanálise ou mesmo do que a psicanálise trata. Estaríamos falando de uma mesma psicanálise? Também nos perguntávamos se era possível o sujeito falar de sua doença sem falar de sua história? Por outro lado, nos estranhava o fato de que a prática de diversos profissionais, inclusive a de psicólogos, sustentava-se a partir de políticas preconizadas pelo Ministério da Saúde tal como a Política Nacional de Humanização. Esta, em especial, nos chama atenção, pois tem como um de seus dispositivos a clínica ampliada: ferramenta que busca contribuir para uma abordagem clínica, pautada sobretudo na integralidade do cuidado e na escuta singular do sujeito diante do processo de saúde/doença. (GASTÃO CAMPOS, 1996). Dessa forma, perguntávamos porque a psicanálise, enquanto clínica do sujeito, pautada em sua subjetividade, não teria possibilidade no hospital?

Freud em seu texto *Os caminhos da terapia analítica (1919)* já advertia sobre o momento no qual a psicanálise alcançaria outras camadas da sociedade alcançando sua inserção no campo institucional. Quanto a isso, Freud aposta que até mesmo para o Estado haveria um reconhecimento de que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a tuberculose. Mas apesar da tarefa imposta ao psicanalista diante destes novos cenários, Freud não cansa de enfatizar o rigor ético, que “como quer que se configure essa psicoterapia para o povo, quaisquer que sejam os elementos que a componham, suas partes mais eficientes e mais importantes continuarão a ser aquelas tomadas da psicanálise rigorosa e não tendenciosa.” (p.218).

Porém, antes de adentrarmos naquilo que a psicanálise pode contribuir à escuta do sujeito no contexto hospitalar, buscamos realizar um movimento de retorno ao campo histórico de formação dos espaços hospitalares. Tal como Rose (2011), consideramos que somente a partir da história é possível realizar uma reflexão sobre as condições sob as quais aquilo que tomamos como verdade e realidade foi estabelecido. A partir disso, é possível pensarmos em uma escuta do sujeito no hospital distanciando-nos das verdades, significados e diagnósticos produzidos no corpo institucional.

Para isso, buscamos pensar tal temática a partir das contribuições da psicanálise e do campo histórico ao qual Foucault situa o nascimento do hospital. Tal contexto comporta questões que abrangem uma dimensão ética e política na construção dos espaços hospitalares e dos produtos resultantes destes espaços, sejam eles em forma de conhecimento científico ou desdobramentos no campo da subjetividade. Para Birman (2000), há de se considerar os aspectos fecundos do diálogo entre estes dois campos de saberes. Para o autor, a genealogia da história realizada por Foucault oferece contribuições à Psicanálise nas discussões sobre aspectos éticos, políticos que perpassam a construção da clínica diante o mal-estar da civilização no mundo atual.

Camargo e Aguiar (2009) apontam as diferenças e possibilidades de aproximação nos trabalhos de Lacan e Foucault identificando que o ponto de diálogo entre ambos se dá no momento em que eles se debruçam a pesquisar acerca da relação do sujeito com o saber e a verdade. Os autores apontam que tanto Lacan como Foucault realizaram um movimento no qual procuravam apontar a desnaturalização da articulação entre saber e verdade. Segundo os autores:

“para Lacan, o sujeito paga um preço específico ao tentar enfiar a verdade no saber. De certa forma, em Foucault foi justamente o movimento das ciências em geral: afastar a subjetividade e, em última instância, o próprio sujeito, reduzindo assim toda a verdade ao universal do conhecimento.” (pág. 543)

Assim, a lógica dominante no hospital impõe um fechamento dos significantes da história dos sujeitos, fornecendo-lhes uma verdade que oferece a cura e a confirmação dos sintomas. A suspensão de verdades e saberes que visam cristalizar certos modos de subjetividades e produzir outros; a possibilidade de uma escuta pautada na ética do sujeito; a sustentação da diferença e a condução clínica do caso a caso sustentado pela

psicanálise demonstra a relevância da reflexão deste trabalho ao pensarmos nossa prática no hospital.

Instituição hospitalar: histórias e discursos

A partir da obra *Vigiar e Punir* podemos acompanhar Foucault (1987) em sua uma discussão sobre as instituições disciplinares e o uso do corpo como instrumento para seu ordenamento e normalização. A datar do século XVIII, o corpo sofre transformações, tornando-se superfície de técnicas disciplinares, aplicadas nos mais diversos tipos de instituições. Assim como o autor, colocamos o hospital como um campo privilegiado de atuação dos mecanismos de disciplina dos corpos.

Para o Foucault (1987), a disciplina seria um tipo de poder que comporta “um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física ou uma anatomia do poder, uma tecnologia.” (p. 177). Diante disso, percebemos que a disciplina é colocada como uma forma de produtividade, pois não somente visa tornar os homens aptos ao trabalho como também, a partir destes mesmos sujeitos, vão se constituindo campos de saberes específicos como medicina, psicologia e psiquiatria.

Foucault (1987) propõe que a disciplina possui seus instrumentos de atuação específicos, a saber: a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. Ainda nos dias atuais, em nossa prática no hospital, percebemos como estes mesmos instrumentos estão presentes de forma mais ou menos explícita na regulação das práticas dos profissionais em contatos com os usuários. A vigilância, pois cada enfermaria possui uma estrutura física onde se aglutinam profissionais e prontuários de informação sobre os usuários, oferecendo também visão ampla que alcança quase todos os leitos da clínica; a sanção normalizadora, que estabelece leis e punições para gerir as condutas dos indivíduos que, no contexto hospitalar, geralmente aparecem sob a forma de prescrições medicamentosas, visando o controle do comportamento e da subjetividade. E, por fim, o exame, trazido pelo autor como um controle normalizante que, no hospital, constatamos esta mesma lógica ao observarmos diversas vezes o diagnóstico sendo entregue ao usuário como uma forma de culpabilização de suas condutas. O autor fala que a união desses três instrumentos forma uma cerimônia do poder e da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. (p. 164)

Neste sentido, a sustentação dos saberes puramente técnicos produzem uma noção de saúde que muitas vezes é distanciada do contexto individual e social da vida dos usuários. Canguilhem (2002), critica a visão positivista sobre doença e patológico, quando considerados apenas como uma variação quantitativa do saudável e do normal. A partir do autor, podemos analisar que a exclusão da subjetividade, a desconsideração contextual dos modos de vida produz diagnósticos que elevam os conceitos de saúde e normalidade a um plano ideal.

Campos (1997) ao falar sobre a importância de uma clínica centrada no sujeito realiza uma analogia com o conceito de Goffman (1996) de Instituição Total ao discorrer sobre Doença Total. Para o autor, principalmente no campo da medicina, o sujeito não é considerado em suas dimensões históricas, sociais e singulares, mas é transformado ele mesmo em sua doença. Assim, a doença é tida não apenas como mais um elemento da vida do sujeito, mas como a forma total de sua vida. Tal lógica também é percebida em nossa prática, quando somos convocados a realizar o atendimento psicológico diante do sofrimento psíquico dos usuários. Estes, muitas vezes, encontravam-se identificados como sendo a própria doença e não como tendo a doença. A identificação do usuário com o objeto de saber médico, a doença, dificultava o processo de sua subjetivação. A doença se configurava como um acontecimento cristalizado no Real² e não como uma experiência subjetiva.

Foucault (1984), realiza uma análise das transformações ocorridas na história do nascimento do hospital bem como da função da medicina no estabelecimento de poder e saber dessa estrutura. Tais transformações demarcaram um novo conceito de hospital, tecendo modificações em sua função estrutural e social. O autor coloca que a partir do século XVIII o hospital se torna um instrumento terapêutico, instrumento de intervenção sobre a doença e sobre o doente, instrumento suscetível, por si mesmo ou por alguns de seus efeitos, de produzir cura. O que autor nos alerta nesta conferência é para a constituição do hospital como um instrumento de cura terapêutica e seu emparelhamento com a medicina. Diz ele:

² Jacques Lacan forja um esquema topológico, a fim de analisar a experiência subjetiva. A partir de uma analogia ao nó borromeano, situa três registros: real, simbólico e imaginário. O real não é a realidade, mas se diferencia dela exatamente por aquilo que dessa experiência é impossível de ser simbolizado, não cessando de se inscrever, um impossível de simbolização e imagem que envolve toda experiência.

“O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, de modo algum, um meio de cura, não era concebido para curar. Houve, de fato, na história dos cuidados no Ocidente duas séries não superpostas; encontravam-se às vezes, mas eram fundamentalmente distintas: as séries médica e hospitalar. O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar.”

Segundo o autor, até este século a instituição era destinada a abrigar os indivíduos e a oferecer-lhes algum tipo de cuidado a partir de premissas religiosas e higienistas. Primeiramente, a lógica hospitalar era assistencialista. Somente depois, a partir do estreitamento do hospital como um campo de atuação e formação da medicina, é que houve uma inversão em sua missão. A lógica comparativa ao hospital como um morredouro, destinado a oferecer àqueles o fundamental para uma transição entre a vida e a morte, é substituída pela lógica de cura a partir de saberes técnicos e científicos. (FOUCAULT, 1984; p. 101-102)

Segundo Foucault (1984), houve um momento no qual o hospital se configurava como um espaço que causava doenças e desordens não somente no campo da saúde, mas também da economia. A necessidade de superação de um modelo assistencialista e de seus princípios caritativos e religiosos para um modelo científico e econômico foi rapidamente realizada. O autor aponta que o grande foco da desordem econômica e social estava centrado nos hospitais marítimos e militares, nos quais ocorria tráfico de mercadorias e objetos preciosos como matérias raras e especiarias.

Tal movimentação econômica necessitava de medidas regulamentares da economia. Era preciso transformá-los em exemplos da reorganização hospitalar fundamental à constituição posterior do hospital como um dispositivo de cura e tecnologia médica. À medida que tais regulamentações se tornaram cada vez mais necessárias ao mercantilismo, a exigência e critérios da força de trabalho do homem exigia um preço imposto à sociedade, pois necessitava cada vez mais do aprimoramento de técnicas específicas de poder e disciplina para o combate de tais desordens. A partir disso, não somente entra em voga a noção de cura nos espaços hospitalares como também surge a técnica disciplinar forma de gestão, poder e condução dos corpos.

A partir de tais apontamentos, percebemos como o corpo ganha um lugar de destaque ao longo da história não somente como objeto de investimento na sociedade,

mas também como modo de aprisionamento através de seu governo econômico e social. Na cena hospitalar percebemos que o corpo também é colocado como superfície privilegiada de aplicação de poder, saber e disciplinamento. As diversas especialidades médicas e equipes multidisciplinares tendem a capturar o corpo estritamente em sua organicidade, superfície mais fácil de ser controlada.

No entanto, apesar das tentativas dos diversos campos de saberes para capturar e aprisionar o sujeito, há algo que parece escapar e não entrar no domínio do saber científico e médico. Freud (1915), ao definir o conceito de pulsão nos adverte que os estímulos provenientes dessa fonte não são passíveis de extinção por mecanismos externos, pois aparece como um conceito-limite entre o somático e o psíquico. O conceito de pulsão de Freud nos possibilita pensar a noção de corpo no hospital e na psicanálise: o corpo não somente como efeito de seus sintomas orgânicos, mas atravessado pelo simbólico. Um corpo que adoece, apodrece, fede e age à revelia, escapando, por diversas vezes, ao saber médico e às tecnologias de saúde.

Contribuições da Ética e do discurso da psicanálise nas instituições hospitalares

A partir dos processos de constituição do hospital e principalmente da medicina, como disciplina indispensável nestes espaços, criou-se um campo de saber e poder que historicamente foram delineando e determinando o campo teórico e prático nestes espaços. A ênfase recai sobretudo na dimensão biológica do corpo, na precisão entre normal e patológico e na busca pela cura. Assim, é possível perceber o acirramento de uma divisão dicotômica entre usuários e profissionais. De um lado estão aqueles que precisam saber sobre a vida e a morte dos sujeitos que ali estão internados e, por outro lado, esses sujeitos entregam seus corpos em busca de cura tornando-se objeto desse saber. É sobre o corpo que incide o saber, que precisa ser legitimado. Essas divisões demarcam, assim, processos de subjetivação que transversalizam as instituições hospitalares, decorrentes dos acirramentos entre saber/poder (FOUCAULT, 1979).

Freud, em seu texto sobre o *Tratamento Psíquico (1980)*, não deixa de reconhecer a evolução da medicina ao apontar seus avanços e benefícios no campo da identificação de processos patológicos, das descobertas dos grandes focos das doenças assim como a redução dos perigos que envolvem cirurgias de grandes portes. Tal como na época de Freud, ainda hoje acompanhamos o crescimento da ciência e da medicina nesse campo.

Corroboramos com Freud que mesmo diante de tantos avanços e tantas descobertas, o conhecimento médico acabou limitando seu interesse ao físico.

Assim, Freud (1980) refere que durante muito tempo foi considerado o efeito interativo na relação entre o corporal e o anímico, mas o contrário, o efeito do anímico sobre o corpo, era desconsiderado. A ciência parecia não advogar a influência do psíquico sobre o corporal por incorrer no equívoco de que com isso abandonasse o solo da cientificidade. Apesar disso, o próprio Freud acompanha mudanças quanto a direção unilateral da Medicina voltada para o corporal, a partir das quais passou-se a acompanhar casos de doentes nos quais não eram encontrados sinais visíveis e palpáveis em suas doenças. Desde então temos acompanhado e testemunhado a vida psíquica interrogando o saber médico.

Lacan (2001[1966]) em seu texto sobre *O lugar da Psicanálise na medicina* também aborda acerca das transformações ocorridas na medicina e suas ressonâncias nas práticas no mundo atual. O discurso médico assume um lugar de destaque na subjetividade de uma determinada época, tendo efeitos também nas relações entre a psicanálise e a medicina. Assim como Foucault, Lacan também sinaliza o surgimento do saber médico em um contexto social e histórico a partir do qual criou-se uma especialidade autorizada a realizar e a produzir formas de investigação e pesquisas. Complementa o autor: “é do exterior de sua função, especialmente da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas.” (p. 1-2)

Assim, Lacan (2001 [1966]) aponta para o lugar da psicanálise na medicina a partir da demanda e do lugar do corpo, ressaltando ser o lugar da psicanálise na medicina marginal e extraterritorial. Explica o autor: “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 dos outros distintos assistentes terapêuticos. Ele é extraterritorial por conta dos psicanalistas, que provavelmente têm suas razões para querer conservar esta extraterritorialidade.” (p. 1)

Outros autores Moretto (2001), Alberti (2007) também apontam para as possibilidades e divergências entre os discursos dominantes na instituição hospitalar e o discurso da psicanálise, guiado nos espaços “extra-clínica” através de sua ética. Moretto (2001) aborda esta questão considerando que tal relação é perpassada por uma antinomia, pois à medida que o discurso médico exclui as posições subjetivas, ele abre espaço para o psicanalítico. O discurso médico, a partir de suas próprias leis, impõe suas regras tanto ao médico quanto ao doente. Direciona-se pela oferta da cura e, em última instância, visa entregá-la ao usuário como um bem.

Em contrapartida, a ética da psicanálise, juntamente com o discurso do analista vão em sentido oposto a esta lógica. Lacan (1969-1970/1992) deixa claro que o discurso do analista “deve se encontrar no pólo oposto a toda vontade, pelo menos confessada, de dominar. Disse pelo menos confessada não porque tenha que dissimulá-la, mas porque, afinal, é sempre fácil voltar a escorregar para o discurso da dominação, da mestria” (pág. 66). Lacan fala que o analista não deve estar no lugar de saber ou de dominação, mas antes no lugar de objeto a, causa do desejo, que coloca o sujeito, e não o “mestre” como detentor da verdade. Cabe destacar que a verdade de que se trata nesta perspectiva é sempre não toda. Quem sabe sobre o sintoma é o sujeito, ele detém as chaves de leitura do seu padecimento. A posição do analista, nesse sentido é a de colocar em análise, um querer saber mais, objeto em falta, que convoca o sujeito a dizer do seu sofrimento e do seu desejo. Ele é o portador de sua verdade, o analista auxilia-o a articular um saber sobre ela.

Neste sentido, independentemente de a psicanálise acontecer no setting da clínica ou de instituições, a sua missão será sempre incompleta como já nos indicava Freud (1937/1996) ao apontar as três tarefas impossíveis de serem realizadas, a saber: governar, educar e psicanalisar. Foi a partir deste postulado por Freud que Lacan (1969/70) elabora a teoria dos Quatro Discursos acerca dos quais o Discurso do Mestre aproxima-se da lógica hospitalar e dos campos discursivos que estruturam a rede de saber e poder deste espaço a partir do discurso médico em contraste à lógica do Discurso do Analista.

Lacan (1969-70/1992), ao realizar a construção da teoria dos discursos, ele o faz, definindo-o como um discurso sem palavras, pois está posicionado ao nível de uma estrutura, ultrapassando assim a palavra e estruturando certas relações fundamentais, mesmo que estas não consigam se manter sem a palavra para sustentá-las. Assim, o autor situa “o discurso concebido como estatuto do enunciado, S1, é aquele que deve ser visto

como interveniente. Ele intervém em uma bateria significativa que não temos direito algum, jamais, de considerar dispersa, de considerar que já não integra a rede do que se chama um saber” (p.11).

Portanto, o sujeito, este que é ao mesmo tempo o usuário do hospital e do saber do outro, é imerso em uma lógica discursiva regida pelo discurso do mestre e do médico a partir de onde se identifica ao significante mestre S1, muitas vezes congelando-se na impossibilidade de produzir ou descortinar o próprio saber que tem sobre si. Segundo Alberti e Erlich (2008), o saber para a psicanálise diz respeito à parte estruturada do inconsciente não como um saber completo, mas como um saber não-todo que pode abrir espaço para uma verdade que aponta para o um sujeito dividido.

Alberti e Erlich (2008) apontam que o sujeito do qual trata a psicanálise é tomado no discurso da ciência de forma não barrada, no entanto, as autoras apostam que, mesmo diante disso, o sujeito não deixa de se manifestar, sendo possível, a partir disso, se construir o trabalho do psicanalista nos serviços de saúde. Assim, o trabalho do psicanalista permitiria o sujeito se posicionar em relação à equipe, ao médico e aos familiares não de seu campo imaginário, a partir do qual o sujeito espera receber um saber completo sobre si, mas a partir de um lugar em que possa “sustentar a divisão em que o sujeito marcado por um saber surpreende-se com a aparição de um saber não sabido.” (pág. 61)

Lacan (1969-70/1992) ao referir que o significante é o que representa o sujeito para outro significante, situando a estrutura do discurso em uma rede de saber, menciona que isso se estabelece a partir do momento em que S1 vem representar alguma coisa por seu campo definido como o campo estruturado do saber. No hospital, campo estruturado pelo saber do mestre, comumente se observa a posição do sujeito colada ao significante enunciado pelo discurso médico. O sujeito, é incluído dentro desta lógica como não barrado, identificado com o discurso médico pela promessa de cura, ou seja, de um apaziguamento para sua dor, coadunando com a fantasia do sujeito de completude.

No entanto, o que se observa é que, como qualquer saber, o saber médico falha, expondo, assim, o furo do saber, do qual emerge a angústia do sujeito. Nesses momentos, em especial, a psicologia é convocada no hospital. Novamente, há um movimento institucional que supõe um saber que completará este sujeito, sendo a psicologia responsiva a tal demanda. Analisa-se que, muitas vezes, a resposta concedida ao sujeito

sobre seu adoecimento e internação hospitalar é fixa e estigmatizante não lhe possibilitando deslizar pela cadeia significante. Esse excesso dificulta-lhe encontrar um significante que o represente diante outro significante na relação com a doença. Neste sentido, a psicanalista Maria Rita kehl (2002) sustenta que a ética da psicanálise “não responde a um dever conhecer, mas a um deixar falar a verdade do sujeito. Em vez de produzir certezas sobre o ser, a psicanálise surge como uma prática da dúvida: “o que sais-je?”, de forma a sustentar a falta, o que permitiria ao sujeito circular e inscrever sua diferença no campo do Outro.

Por outro lado, a posição do sujeito no discurso do mestre é reforçada pela relação de troca estruturada discursivamente entre o usuário e profissionais ou, em outras palavras, entre o sujeito e o saber. Nesta relação entre aquele que busca a cura e aquele que pode oferecê-la “tudo o que se opera de trocas entre os homens, e ainda mais uma intervenção, como a nossa, tem por costume colocar-se sob a chefia e a autorização do bem.” (Lacan 1959-60l, p. 261).

A partir da lição de Lacan (1959-60) sobre a função do bem, é possível articular a lógica de cura, sustentada não apenas pelo discurso médico, mas também enraizada em outros campos de saberes que tramam a rede hospitalar. Lacan nos adverte a recuar ante as vias vulgares do bem, pois, apesar de parecerem supostamente mais fáceis, nos levam a intervenções pela via da compreensão e da suposição daquilo que consideramos ser o melhor para o outro e não realmente pela via do desejo do sujeito. Quando Lacan (1992) fala que a verdade só pode ser enunciada do campo onde ela se localiza, indica que ela deve estar do lado do sujeito, não do analista que, nesta relação, ocupa a posição de objeto a³, que têm por função causar o desejo. Não cabe ao analista ou quem quer que se proponha a escutar o sujeito impor-lhe verdades. Para que o sujeito consiga simbolizar e elaborar seu sofrimento é preciso que ele mesmo teça sua teia de significantes. Desta forma, a psicanálise propõe uma escuta ética do sujeito, independentemente do setting, pois o que guia essa escuta é muito mais seu compromisso ético do que propriamente a delimitação de um espaço físico. No tocante a isso, Kehl (2002) reafirma:

A psicanálise não pode ser apaziguadora. Não pode propor nenhuma verdade definitiva sobre a “natureza humana” e seu bem supremo,

³ Jacques Lacan introduz a noção de objeto a tornando-se um dos conceitos mais importantes de sua teoria. O objeto a é a causa do desejo. Um objeto que foi perdido, mas que o sujeito supõe encontrar no outro.

porque parte do princípio de que o homem, sobretudo na modernidade, é vazio de ser. Então trata-se de tentar entender quais as condições - nos laços sociais, nas estruturas de poder, nas práticas de linguagem e etc - estão produzindo a crise ética atual. Trata-se de fazer a análise crítica dessas condições e, contraditoriamente ao que supõe o pacto cínico, mostrar que as coisas não têm que ser necessariamente assim, pois não há uma verdade última que as justifique e sim circunstâncias, de histórias e de estruturas, que as produziram.” (p. 34)

Essa fundamentação teórica, pautada no saber psicanalítico, é um importante guia na prática do psicólogo em diferentes pontos da rede de atenção de saúde coletiva. A lógica produtivista ainda se faz dominante nas instituições, sobretudo as hospitalares, que requerem muitos protocolos para os atendimentos, a fim de padronizar as práticas e gerar indicadores. A função do psicólogo, se coadunada a esse discurso, não permite uma escuta do sujeito, em sua radical singularidade, pois sua ação acaba se centrando na classificação, normalização e por ações psicoeducativas, que tendem a silenciar e tamponar o sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, o psicólogo realiza um papel de controle, uma vez que se tornaria mais um profissional a regular os afetos e as pulsões do sujeito, prescrevendo e orientando rumos aos melhores resultados no tratamento ou mesmo para um bom relacionamento com a equipe.

Corroborando com a reflexão crítica de Marcon (2007), percebe-se a cisão proposta pela ética da psicanálise entre o sujeito, a qual ela trata, e o sujeito, que comumente é tratado no contexto hospitalar e nas práticas de saúde. Ainda é dominante uma concepção de sujeito cartesiano, tomado pelos discursos e saberes em sua naturalização, ponto de equiparação entre fala e comunicação. O sujeito para psicanálise, tal como aponta a autora, constitui-se pela diferença entre a fala e a comunicação, pois é exatamente o que é falado ou evitado de falar que se toma como o mais importante na direção do tratamento. Diante do que a autora enfatiza, bem como da experiência das autoras no contexto hospitalar, revela-se fundamental a escuta do sujeito como o cerne da clínica ampliada, sobretudo nas práticas psicológicas. Essa perspectiva reforça a dimensão política da clínica, implicando o sujeito com sua doença e tratamento, em articulação com seu desejo.

Considerações

Analisamos que o contexto hospitalar se configura historicamente como um campo com diversos saberes e modos de poder, implicando em múltiplas intervenções sobre o sujeito e seu corpo. Os excessos da técnica, dos protocolos e dos registros deixam pouco espaço para o usuário e o seu saber sobre o sintoma.

Inquietamo-nos acerca das práticas de saúde ainda atuarem em um verdadeiro monopólio do discurso científico, capitalista e biologiscista. A divisão entre o somático e o psíquico coloca-se como um dos maiores desafios à suposta integralidade do sujeito, que deveria ser preconizado, segundo orientam as políticas de humanização do sistema de saúde. Percebemos que neste âmbito há diversos discursos circulando produzindo um imaginário que visa o sujeito dentro de moldes muito específicos de forma a obedecer aos padrões do discurso científico e capitalista. A produção de saúde parece ter como fim único a produção de sujeitos para o trabalho, para o melhor resultado e performance.

Neste sentido, não somente a medicina como também a psicologia muitas vezes se coaduna às práticas totalizantes no contexto da saúde. A possibilidade de falar e elaborar acerca da experiência do adoecimento e de seu caráter traumático não ganham, dessa forma, espaço para se expressar. Além disso, a construção de um processo de recuperação conjunta não se desdobra, pois já vem pré-formatada pelos protocolos e diretrizes. Fazemos a hipótese de que é justamente por sustentar uma clínica que não é formatada, que lida com o inusitado e que busca refletir com o sujeito seu processo de adoecimento e recuperação, que a psicanálise é muito atacada. Lidar com o acaso, com o resto, com a precariedade de todos os saberes não é posição confortável. O discurso do analista, que se propõe a colocar em análise as experiências, não traz certezas, tampouco previsões precisas.

A escuta ética do sujeito sustentada pela psicanálise faz uma abertura para que o sujeito possa enunciar conteúdos advindos não somente do processo de adoecimento e hospitalização, como também destes conteúdos relacionados com sua história de vida. A mudança subjetiva operacionalizada através da ética do sujeito abre passagem para que o usuário saia do lugar de usuário. Neste sentido é possível pensar em uma direção do tratamento que realmente sustente a centralização do cuidado no sujeito e não nos imperativos dos discursos do mestre que compõem a cena hospitalar.

Referências

Alberti, S. (2000). **Psicanálise: a última flor da medicina**. In Alberti, S. & Elia, L. (Org.) *Clínica e pesquisa em psicanálise*. (pp. 37-55). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Barreto, F. B. ***A Psicanálise aplicada ao campo da saúde mental (uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições)***. Disponível em: http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca. Acesso em: 10 outubro de 2019.

Birman, J. (2000). **Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a Psicanálise**. Rio de Janeiro, Relume Dumará.

Canguilhem, G. (2002). **O normal e o patológico**. 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Campos, G. W. de S., 1997. **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Campinas, mimeo.

Camargo, L. F. E.; Aguiar, F. **Foucault e Lacan: o sujeito, o saber e a verdade**. Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v. 21, n. 29, p. 531-544, jul./dez. 2009

Elia, Luciano. (2000). **Psicanálise: clínica e pesquisa**. In: Alberti, S. & Elia, L. (Org.). *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. p. 19-35.

Foucault, Michel. (2001). **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, Michel. (1979). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal.

Freud, Sigmund. (1919) **Os caminhos da terapia analítica in História de uma neurose infantil “O homem dos lobos”, além do princípio do prazer e outros textos**. (1917-1920). Cia das letras.

Freud, Sigmund. (1890) **Tratamento Psíquico in Fundamentos da clínica psicanalítica**. Obras incompletas de Sigmund Freud. Editora Autêntica.

Freud, Sigmund. (1915) **A pulsão e seus destinos** in **Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**. Vol. 12. Cia das letras.

Hilana Erlich, Sonia Alberti. **O sujeito entre psicanálise e ciência**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 47-63, dez. 2008

Lacan, Jacques. (1959-1960/1988). **O seminário, livro 7: a ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, Jacques. (1992). **O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969- 1970)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, Jacques. (2001). **O lugar da psicanálise na medicina**. In: *Opção Lacaniana*, 32, pp. 8-14. (Trabalho original publicado em 1966)

Marcon. H. H. **A subjetividade no trabalho com saúde mental**. Psychê — Ano XI— nº 20 — São Paulo — jan-jun/2007 — p. 151-164.
