

O Contexto Hospitalar e a Escuta Psicanalítica

The Hospital Context and the Psychoanalytical Listening

Tiago Ravello, Flávia Milanez de Farias

Resumo

Neste trabalho foi discutida a inserção da teoria psicanalítica no contexto hospitalar, o seu posicionamento teórico e questionamentos sobre a possibilidade da utilização de suas técnicas diante das especificidades do hospital. O artigo propõe a delimitação de um conjunto de orientação técnico-metodológica, a partir da revisão de literatura em psicanálise a respeito da prática, de forma particular, no contexto hospitalar, bem como da avaliação – do ponto de vista epistemológico – da manutenção ou transformação dos fundamentos da prática psicanalítica quando aplicados num contexto hospitalar. Simultaneamente, por se tratar da inserção da técnica em hospital geral, fez-se necessário o estudo sobre o posicionamento da psicanálise frente às questões das doenças orgânicas, do dualismo corpo-mente e dos limites da clínica psicanalítica frente aos desafios do social.

Palavras-chave

Psicanálise; saúde; transferência.

Abstract

This paper discussed the inclusion of psychoanalytic theory in the hospital context; it's positioning and theoretical questions about the possibility of using their techniques across the hospital specificities. This paper proposed to define a set of technical and methodological guidance, researching the psychoanalysis literature about the practice, in a particular way, in the hospital context, as well as evaluating – in an epistemological point of view – the maintenance or transformation of psychoanalytic practice fundamentals when applied in a hospital setting. Simultaneously, once it is related to the insertion of psychoanalytical technique in a general hospital, it was necessary to study on the psychoanalysis positioning forward issues of organic diseases, of the mind-body dualism and the limits of psychoanalytical clinic in front of the problems in the social order.

Keywords

Psychoanalysis; health; transfer.

Tiago Ravello

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Doutor em Teoria Psicanalítica pela UFRJ, Professor Adjunto do Departamento de Ciências Humanas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

tiagoravello@yahoo.com.br

Flávia Milanez de Farias

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Graduanda do curso de Psicologia (bacharelado) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Bolsista de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq.

fla-psi@hotmail.com

Introdução¹

O objetivo principal deste artigo é a abordagem da inserção da psicanálise no contexto hospitalar, fundamentalmente nas questões teóricas e técnico-metodológicas. A atuação psicanalítica em outros contextos é uma questão discutida desde Freud, no sentido de ampliar e defender o uso da psicanálise em campos não restritos aos dos consultórios psicológicos e psiquiátricos, bem como em afirmar a construção da psicanálise como ciência. Podemos encontrar esta discussão em alguns textos como: *O futuro de uma ilusão* (1996 [1927]), *A psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos* (1996 [1906]), *O interesse científico da psicanálise* (1996 [1913a]), *A história do movimento psicanalítico* (1996 [1914a]), *Análise terminável e interminável* (1996 [1937a]), e *Artigos sobre técnica* (1996 [1911-1913b]). Contudo, esta questão ainda não está concluída, sendo um problema amplamente discutido, pois, o campo da psicologia – neste trabalho focamos a psicanálise – está gradativamente sendo requisitado e reconhecido em outros contextos, como por exemplo, nos programas de promoção à saúde. Portanto, é necessário o desenvolvimento de pesquisas que tenham o intuito de abrir espaço para o questionamento sobre a atuação da psicanálise quanto ao uso de suas técnicas e à conservação da especificidade teórica.

Este trabalho teve como foco a atuação da psicanálise dentro de hospital geral, no qual se lida prioritariamente com a dimensão orgânica, porém, a promoção da saúde mental do indivíduo vem ganhando importância, permitindo a inserção do campo psicológico neste contexto. A saúde, de acordo com a Constituição da OMS - Organização Mundial de Saúde (1976) – trata-se de um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doenças. Dessa forma, percebe-se então a necessidade da psicanálise em contextos ligados à saúde. Nesse sentido, foram levantadas muitas questões pertinentes ao trabalho na perspectiva da teoria psicanalítica na área hospitalar, pois é um contexto que possui características específicas e variações que delimitam a atuação da psicanálise, bem como a aplicação dos elementos técnicos utilizados por esta teoria. Assim, fatores como a burocracia presente no hospital, suas condições de estrutura, a forma de pensamento da ciência moderna, os quais são constituintes do contexto hospitalar, podem inviabilizar a atuação da psicanálise neste local? Seria necessário mudar determinados elementos da técnica psicanalítica, quais seriam, e esta pode vir a perder sua especificidade? Considerando a afirmação de Figueiredo (1997), a própria noção de contexto comporta variações e não possui uma especificidade suficiente para definir a clínica psicanalítica em função de seu lugar físico de atuação ou de suas condições práticas. Em suas palavras, “[...] recontextualizar a psicanálise pode ser entendido como uma revisão conceitual, no campo próprio da teoria, como uma realocação de sua prática no campo da clínica em suas variações” (FIGUEIREDO, 1997, p. 31). Contudo, a autora defende ainda a necessidade de atenção para que a prática não se perca durante os procedimentos de recontextualização ou em sua revisão conceitual. Para explorarmos estas questões, foi necessário começar o estudo a partir das recomendações técnicas descritas por Freud (FREUD, 1996[1913b]) com a finalidade de iniciarmos pela crítica e avaliação da especificidade do campo psicanalítico.

A abertura para a crítica desta teoria é fundamental, pois trata-se de sua inserção em um contexto que aborda objeto, concepções e métodos distintos, por exemplo, o corpo biológico é o objeto, o qual compõe um sujeito invariável, “passivo e dócil às manipulações e manifestações externas” (CANGUILHEM, 2005, p. 11). Dessa forma, há que se investigar também a necessidade de aperfeiçoamento da técnica psicanalítica para alcançar uma intervenção eficaz e uma base sólida na construção da práxis

1

Os autores agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pelo incentivo à pesquisa no formato de bolsa de iniciação científica.

no contexto hospitalar. Portanto, ao longo da pesquisa priorizamos fatores constituintes do determinado contexto que vão de encontro com a técnica psicanalítica, para podermos analisar se esta pode adentrar no hospital sem perder a sua especificidade.

Portanto, com a finalidade de caracterizar a particularidade e avaliar a relevância da entrada da psicanálise no hospital, optamos por abordar primeiramente alguns conceitos utilizados tanto por esta teoria, quanto pelo contexto hospitalar, os quais são: saúde e doença. O estudo destes elementos possibilitou relacionarmos posteriormente conceitos fundamentais utilizados pela psicanálise, os quais constituem a base da teoria e de sua atuação, seja em um contexto privado (clínico), bem como especificamente em um contexto hospitalar. Entre estes conceitos abordamos o de transferência, o qual é a base para a intervenção psicanalítica, e que Freud defende diversas vezes em seu trabalho como o motor da análise. Então, começaremos a discussão pelos conceitos de saúde e doença, pois serão utilizados como suporte para posteriormente abordarmos a transferência.

Após a discussão referente à técnica e sua especificidade teórica, propomos o questionamento sobre como o objeto inerente ao contexto hospitalar – o corpo orgânico – acabaria por impor obstáculos à teoria psicanalítica, que possui a base de seu pensamento na existência do aparelho psíquico, quando lançada num contexto que atua frente a fenômenos prioritariamente de cunho biológico. Assim, buscamos delimitar um posicionamento para a teoria e técnica psicanalítica, bem como a apreciação dos limites de sua atuação, em contextos nos quais o corpo orgânico é o foco principal.

Resultados e discussão

Para organizarmos a apresentação dos resultados e sua discussão, separamos o texto em cinco subtópicos. O primeiro deles, intitulado *Saúde e doença*, visa abordar estes conceitos como inerentes à prática em um hospital, mas que tocam na atuação da teoria psicanalítica. No subtópico da *Transferência*, esta foi relacionada com os conceitos acima, bem como analisado seu possível manejo e suas implicações em um hospital geral. No subtópico *Especificidade da Técnica Psicanalítica no Contexto Hospitalar* discutiremos primeiramente a respeito da teoria psicanalítica e posteriormente abordaremos os elementos que podem possibilitar a atuação em um contexto diferenciado de sua construção de pensamento e analisando se existe a perda de sua especificidade². Ainda neste último item, retomaremos o tema do dualismo corpo-mente, na medida em que a discussão sobre a inserção da psicanálise em hospitais gerais implica na consideração do sofrimento psíquico imposto a partir de doenças de etiologia biológica. Não pretendemos esgotar a questão, mas consideramos relevante fazermos essa discussão para delinear a especificidade da psicanálise frente a esses fenômenos que se fazem presente no contexto hospitalar, bem como a relevância de sua atuação.

Saúde e doença

Começaremos pela especificação sobre o normal e o patológico, visto que a psicanálise está sendo com frequência chamada a atuar em contextos de promoção à saúde, sejam estes voltados prioritariamente ao orgânico ou ao psíquico. Com a reforma psiquiátrica houve uma ampliação do campo de atuação da psicologia e, conseqüentemente, da psicanálise. A

2

Nesse sentido, optamos por não destacar um item para a discussão do contexto hospitalar, mas sim, tomá-lo como um tema transversal a ser discutido em cada um dos subtópicos.

desospitalização como objetivo principal de tal processo de reforma aproximou os serviços de saúde mental com a nova perspectiva de saúde pública indicada nos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no conceito de integralidade, entendido não somente como igualdade no acesso aos serviços essenciais, mas também, como ampliação das formas do cuidar. Neste sentido, a esfera do psiquismo humano passa a ser encarada como questão de saúde básica, tanto através da humanização no tratamento do campo das psicoses quanto no campo da atenção mais fundamental.

Assim, considerando a promoção de saúde na esfera psicológica, utilizamos o autor Canguilhem como interlocutor e abordamos algumas de suas contribuições sobre saúde e doença, para posteriormente discutirmos a interface deste tema com a atuação da psicanálise. O diferencial no trabalho deste autor é justamente o de discutir a saúde e a doença a partir do conceito de normatividade, sendo esta designada como a capacidade ativa de corresponder criativamente às infidelidades do meio e, nesse sentido, propõe a saúde enquanto possibilidade de criação de novas normas. Canguilhem (2005, p. 63-70) afirma que a saúde, “é a unidade espontânea das condições do exercício da vida [...]. Porque a saúde não é uma constante de satisfação, mas o *a priori* do poder de dominar situações perigosas, esse poder é usado para dominar perigos sucessivos”. De acordo com essa concepção, uma aproximação com a psicanálise poderia ser útil no sentido da prioridade dada à promoção de saúde e de condições para que o sujeito lide com seus sintomas e situações que antes não conseguiria enfrentar sem grandes sofrimentos em detrimento da satisfação imediata. Assim, o sujeito da psicanálise não exclui o sofrimento e o sintoma, mas procura possuir meios para a criação de novas normas diante dos perigos sucessivos.

Já a doença, na abordagem deste, não pode ser considerada como uma condição de anormalidade, pois, esta dimensão é compreendida pelo autor como inexistente. Uma concepção diferente desta é a consideração generalizada sobre a doença. Esta é entendida como um estado anormal diante da impossibilidade de responder ao meio com uma norma de saúde. Entretanto, a doença não deixa de ser outra norma e pode ser considerada inferior à saúde somente por não permitir que o indivíduo produza novas normas diante de uma exigência do meio. Importante ressaltar que o sentido empregado originalmente por Canguilhem ao termo “normatividade” é diferente daquele utilizado por Foucault, pois este o emprega no sentido da implicação que o meio exerce para a criação de discursos controlados pelos meios de dominação cultural. Desta forma, a maneira como Foucault emprega o termo é mais próxima da concepção de “normalização social” utilizada por Canguilhem (2005), o qual afirma que a saúde possui o risco de insucesso e a preservação do indivíduo independe da normalização social.

Canguilhem (1995[1943]) não considera a doença como uma negação, mas como uma possibilidade particular para o sujeito, o qual a vivencia como experiência. Portanto, a doença pode ser considerada como a relação do indivíduo com seu meio e sua singularidade, bem como o prejuízo momentâneo na capacidade em responder a outras normas requisitadas. Nesse sentido, a partir da técnica psicanalítica é possível integrar esta visão do normal e patológico, no sentido de que a psicanálise permite ao sujeito em condições de doença, vivenciar, na experiência de análise, seus sintomas, seus sofrimentos, e, a partir disto, construir novas normas que estejam de acordo com as possibilidades que se abrem ao sujeito no estado de limitação. Portanto, a escuta analítica seria uma oportunidade singular deste em lidar com essa condição e fazer desta limitação uma possibilidade de reconstrução do sentido e da história individual, tomando a condição patológica como um estado limitado, mas que nem por isso deixa de ser

“uma nova dimensão da vida” (CANGUILHEM, 1995[1943], p. 149). Assim, o autor afirma:

A doença é ainda uma norma de vida, mas é uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (CANGUILHEM, 1995[1943], p. 146).

Portanto, o homem em sofrimento está diante da incapacidade momentânea de responder a uma nova norma. Como coloca Badiou em suas *Conferências no Brasil* (GARCIA, 1999), é importante que a doença seja entendida como inerente ao humano e considerada como uma norma. A concepção proposta por Canguilhem sobre a doença, se aproximada com a da psicanálise, vai ao encontro do conceito criado por Freud sobre fixação no sintoma, sendo este um mecanismo que não permite ao sujeito utilizar outras defesas, impedindo a dinamicidade do aparelho psíquico na criação de outras normas subjetivas. A fixação se assemelha à doença, pois o deixa em condições momentaneamente limitadas, contudo, deve ser compreendida como um processo inerente ao modo de funcionamento do aparelho psíquico, súbdito à lógica do princípio de ligação. Nesse sentido, frente ao desafio da fixação, a psicanálise lança mão da transferência para a criação de um novo balanço econômico. Assim, na atuação em um hospital o psicanalista pode buscar nos elementos técnicos, como no manejo da transferência, um suporte para o desenvolvimento de sua prática. Este conceito, portanto, foi integrado a partir do ponto de vista de um sujeito que necessita produzir trabalho psíquico frente à experiência de doença orgânica, como, segundo Badiou, sendo necessário intervir como um produtor de possibilidades para a subjetivação.

Ao longo do texto estamos destacando que a doença na concepção canguilhemiana, permite uma prática multidisciplinar no sentido de integrar todas as possibilidades do humano, pois, diante de uma enfermidade orgânica, por exemplo, não se analisariam somente as condições fisiológicas, mas se buscaria também compreender o estado patológico, de acordo com o sentido que o próprio indivíduo atribui para sua condição. Como ele afirma, “as doenças do homem não são somente limitações de seu poder físico, são dramas de sua história” (CANGUILHEM, 2005, p. 63). Portanto, a doença está inserida na história do sujeito, sendo inerente a esta e podendo modificá-la de forma significativa. Logo, a psicanálise com sua especificidade poderia atuar frente a fenômenos orgânicos, auxiliando na elaboração de um novo posicionamento do sujeito que se encontra em uma condição orgânica qualitativamente diferente da norma de um corpo saudável – estado anteriormente presente em seu lugar ocupado como sujeito.

Para podermos discutir sobre a especificidade da psicanálise em um contexto diferente do setting analítico, precisamos considerar o surgimento da psicanálise. Esta começou a se formar em um contexto histórico marcado pelo pensamento organicista de cunho localizacionista, o qual buscava encontrar um lugar no corpo para a doença mental³. Roudinesco (2009) e Jorge (2007) fazem um delineamento sobre a revolução que a psicanálise buscou operar no modelo científico do século XIX, momento em que a teoria do inconsciente freudiano buscou abordar a loucura a partir de seu sentido, o qual não necessita estar em um lugar biológico. Elevar a causalidade implicada no campo da linguagem à dignidade de um objeto científico, eis a proposta freudiana. Desse modo, a psicanálise possibilitou uma nova maneira de abordar a doença mental, excluindo de sua construção teórica a causalidade de uma possessão demoníaca⁴ ou puramente orgânica,

3

Ainda encontramos resquícios na atualidade sobre esta concepção determinista, por exemplo, na fala do Presidente do Conselho Federal de Medicina, Roberto d’Ávila, quando este defende no Jornal: O estado de São Paulo, sobre o projeto de lei referente ao Ato Médico, afirmando que os psicólogos para diagnosticarem depressão necessitam estudar psiquiatria: “Como tratarão neuroses, esquizofrenia? Só com papo e conversa? De jeito nenhum. Essas doenças são causadas por deficiências bioquímicas, e os pacientes precisam de medicamentos” (FORMENTI; BASSETTE, 2012).

operando a criação de um espaço para a pesquisa levando o mental em consideração fora das ordens religiosas, transcendentais ou reducionistas.

Com o movimento da construção da teoria psicanalítica, foi criada a possibilidade da implicação do sujeito no tratamento através da associação livre, da cura pela fala e da transferência. Isto demarcou uma forma de pensamento, diferente da psiquiatria clássica do fim do século XIX, na qual o sujeito primeiramente foi considerado como um malfeitor ativo, sendo a exclusão a forma escolhida para mantê-lo longe do contato com a sociedade, o louco foi considerado como sofredor passivo e o seu lugar passou a ser no hospício, onde era praticada a tentativa de normatização. Foucault (1997[1961]) refaz este conceito em seu livro *A história da loucura*, abordando a questão das normas socialmente estabelecidas e que, em função de dispositivos de poder, acabam tomando o aspecto de normas naturalizadas. Porém, este tema, controle e poder, ainda serão abordados neste texto, mas antes, faz-se necessário delinear o conceito de transferência, o qual possibilita um suporte para a compreensão sobre outras questões, como, dispositivo de poder.

Transferência

Destacamos a transferência como essencial para a intervenção no contexto hospitalar. A transferência é um fundamento empregado por Freud como a criação de um espaço subjetivo para a projeção do amor na figura do analista em seu contexto simbólico. Para tanto, é importante a inserção do fenômeno da transferência na discussão sobre a técnica em outros contextos, Freud (1996[1914], p. 170) defende:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível a nossa intervenção.

Assim, a transferência visa possibilitar que o paciente, através da fala, construa novas condições artificiais para lidar com a doença e elaborá-la a partir da experiência de repetição no amor transferencial. A transferência poderia ser utilizada como produtora de normas de saúde psíquica, portanto, em contextos que, diante de uma necessidade para tratar doenças orgânicas, acabe por impor um estado de *passividade* durante o tratamento. Este elemento fundamental na técnica psicanalítica auxiliaria em uma nova construção de subjetividade, ou melhor, na elaboração subjetiva de normas que poderiam fazer frente àquelas impostas e/ou limitadas pela doença. Portanto, em sujeitos acometidos pelo sofrimento de origem orgânica, a transferência pode ser utilizada como técnica pelo psicanalista a fim de permitir reelaborar esta nova condição de vida, auxiliando em novas construções simbólicas que possam dar suporte e recriar condições de normatividade, no sentido canguilhemiano.

Na medida em que a transferência certamente não ocorrerá somente com o analista, mas também, de maneira geral, com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e com funcionários importantes para o paciente), estas relações acabam por se inserir igualmente na lógica dos dispositivos de controle e do biopoder. Estes conceitos foucaultianos marcam uma forma de exercício das práticas de cuidado que tiveram origem no período em que a medicina começou a ser usada não somente para o cuidado da saúde da população, mas também com o intuito de auxiliar no controle social: “o médico torna-se o grande conselheiro e o grande perito senão na arte de governar, pelo menos na de observar, de corrigir, de

4

Sobre esse assunto, indicamos a leitura de como Freud (1996[1923]) aborda o tema em *Uma neurose demoníaca no século VII*, ou sua retomada por Roudinesco (2010).

aprimorar o corpo social e de mantê-lo num estado permanente de saúde” (FOUCAULT, 1976, p. 14). A partir desta discussão, Foucault criou o termo conhecido como docilização dos corpos⁵. Isto é significativo na medida em que os profissionais de saúde assumem uma posição de controle sobre diferentes aspectos da vida e, assim, o que poderia vir a ser a possibilidade de instalação de uma relação de caráter transferencial acabaria se tornando a reiteração de discursos voltados para o domínio e autoridade no acesso aos corpos. Em um hospital, a transferência é objeto de escuta e acolhida para o psicanalista, o qual deve manejá-la enquanto motor do atendimento, bem como na investigação das relações que são estabelecidas entre o paciente e os outros profissionais, podendo assim, se dar como criação de um espaço de reconstrução da história individual frente ao sofrimento imposto tanto pela doença quanto pelas consequências psíquicas dos meios terapêuticos. Nessa perspectiva, Canguilhem (2005, p. 60-61) quando discute sobre a existência ou não de uma pedagogia da cura, pontua sobre a relação médico-paciente e sobre a influência positiva da psicanálise nesta interação:

[...] a formação dos médicos nas faculdades os prepara muito mal para que admitam que a cura não se determina por intervenções de ordem exclusivamente física ou fisiológica. Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo auto justificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre médico e doente. Essa relação era considerada, na idade positivista da medicina, como um resíduo arcaico de magia ou fetichismo. A reatualização dessa relação deve ser creditada à psicanálise, e muitos estudos foram feitos de modo a ser útil retornar a isso.

O médico, bem como os outros profissionais da saúde, deve considerar que a interação com o paciente está revestida de subjetividade, tanto pelo poder que está implicado na posição profissional, quanto pela confiança que se estabelece por parte do paciente, o qual credita esperanças no médico para sua cura. Nesse sentido, mesmo que determinados procedimentos médicos possam ser considerados invasivos, não se pode esquecer que não há uma interação com um objeto isolado, somente com uma parte do corpo humano, mas há uma relação com o ser humano. Não tem como determinar se a transferência com o médico, por exemplo, será positiva ou negativa, mas se faz necessário que se considere que está sendo estabelecida uma relação com o paciente, permitindo, então, que este tenha um posicionamento frente a esta interação enquanto produção de discurso.

Em relação ao trabalho do psicanalista no hospital, a transferência estabelecida com o paciente deve ser utilizada na intervenção, sendo este uso diferente daquele feito pela equipe de saúde, pois é utilizada para a superação das resistências, sendo manejada e analisada à medida que permite a repetição. Assim, do ponto de vista laciano, o paciente possui uma visão de que o analista tudo sabe sobre seu inconsciente e seu desejo, colocando-o assim no lugar de um sujeito suposto saber. Entretanto, a relação analítica não visa o exercício do poder na análise, o que difere da lógica do biopoder que tende a reger a constituição disciplinar dos espaços de promoção de saúde. De acordo com Breder (2010, p. 2), “desta forma, a constituição do sintoma analítico é correlata ao estabelecimento da transferência que faz emergir o sujeito suposto saber: o analisando supõe que o analista detém a verdade sobre seu sintoma. Trata-se de uma ilusão, um erro subjetivo imanente à entrada em análise.” Nesse sentido, podemos apontar a especificidade do acolhimento do discurso transferencial por parte do analista e a consequente abertura para a fala como delimitação e diferenciação de seu espaço frente a outros profissionais de saúde. Partindo

5

Este conceito refere-se à domesticação da vontade individual e controle do ser humano pelas Instituições para atender a ordem capitalista. Ver em: FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (1975). Petrópolis, Ed. Vozes, 2004.

desta questão, retomaremos, na sequência do artigo, elementos pertinentes para o entendimento da construção teórica da psicanálise para destacarmos a sua especificidade e, por conseguinte, abordaremos a implicação dos fundamentos técnico-metodológicos na inserção da psicanálise no contexto hospitalar.

Especificidade da técnica psicanalítica no contexto hospitalar

A psicanálise possibilitou um caminho diferente para abordar o sofrimento psíquico ao inserir o registro do sentido em sua constituição. Anteriormente à teoria psicanalítica, o sentido era compreendido como um processo apenas consciente, fruto e testemunha da racionalidade lógica, sendo considerado como estanque, único e súbdito à aceitação da sociedade. Esta concepção era diferente em relação ao sentido inconsciente, o qual foi defendido por Freud como aquele que pode conviver lado a lado com outros sentidos contraditórios, “a isenção de contradição mútua, o processo primário (mobilidade das catexias), a intemporalidade e a substituição da realidade externa pela psíquica – tais são as características que podemos esperar encontrar nos processos pertencentes ao sistema Ics” (FREUD, 1996[1915], p. 192). Portanto, a proposição do inconsciente freudiano enquanto possuidor de sentido aponta para a instauração de um novo regime de existência da realidade psíquica como campo da linguagem.

Sobre esta questão, Lacan (1986[1953-1954]) discute o início da reintrodução do sentido como densidade psicológica concreta, primeiramente afirmada por Freud (1996[1900]) na obra *A Interpretação dos sonhos*. Assim, a linguagem enquanto estruturante do inconsciente deveria abrir a possibilidade de uma retomada do conceito de sentido numa concepção ampla, ligado às funções da fala e inserido no contexto de um retorno a Freud, conforme indicado por Lacan (1998[1953]) em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. Portanto, a abordagem do sentido delimitada neste artigo deve ser compreendida como aquela referente ao início do pensamento lacaniano e sustentada durante o período de seu diálogo com o movimento estruturalista⁶. Segundo ele:

Com a *Interpretação dos Sonhos*, efetivamente, algo de uma essência diferente, de uma densidade psicológica concreta, é reintroduzido, a saber, o sentido. Do ponto de vista cientista, Freud pareceu ligar-se então ao pensamento mais arcaico – ler alguma coisa nos sonhos. [...] Mas, quando interpretamos um sonho, sempre estamos em cheio no sentido. 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, 1986[1953-1954], p. 9).

Dessa maneira, os sonhos são produções de sentido e permitem a interpretação na medida em que Freud delimita o fenômeno enquanto constituído por elementos discursivos e, assim, conduz a leitura lacaniana a definir o inconsciente sendo estruturado como linguagem e os conteúdos inconscientes formados por cadeias de significantes. 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 sonambólico, a psicanálise assentava os fundamentos de uma clínica que se afastava da postura benevolente da consolação. [...] Não nos dirigimos àquele que sofre

6

Deve ser feita a ressalva de que tal leitura do campo lacaniano não está sendo proposta como consensual. O ponto de vista defendido pelos autores pode ser compreendido justamente como a necessidade do fortalecimento do viés de aproximação entre psicanálise e teorias da linguagem, dando prioridade ao projeto de Lacan no texto de 1953, tal como indicado por Beividas (2005) como oposição às tentativas de exclusão do sentido na teoria psicanalítica. Tal posição pode levantar forte resistência tanto na própria obra lacaniana (LACAN, 1985[1972-1973]) quanto na prioridade dada ao conceito de real na releitura empregada por Miller (2005).

passivamente, mas àquele que já aceita, pela transferência analisar seu sofrimento de forma dinâmica e não queixosa ou apática.

A psicanálise, tendo possibilitado outro viés ao sofrimento psíquico, passou igualmente por uma série de mudanças ao longo de seu processo de constituição. O método da associação livre, inicialmente denominado por uma de suas pacientes como *cura pela fala*, poderia ser lido, seguindo a hipótese levantada neste artigo na discussão com a temática canguilhemiana, como uma forma de permitir ao sujeito fazer frente ao seu sintoma através de novas construções subjetivas. Entretanto, para falar tudo o que vem à mente e superar a resistência, é necessária a implicação do sujeito e a relação transferencial estabelecida com o analista, como afirma Freud (1996[1914b], p. 168):

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 uma certa tolerância quanto ao estado de enfermidade.

O sintoma possibilita, segundo a posição teórica freudo-lacanianiana, um gozo proveniente da enfermidade. Freud insere na lógica da clínica psicanalítica a noção de que todo sintoma obedece ao princípio de prazer, mesmo que gerando desprazer no sistema consciente e, desta 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 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. Os métodos anteriores, como a hipnose e a sugestão possuem efeitos temporários na medida em que a experiência revivida por estes métodos não tem seu sentido reintroduzido pelo paciente em sua história individual, ou seja, é apenas removida sem que este possa lidar com o sintoma em um estado consciente. Além de não permitir ao paciente um conhecimento sobre seus conteúdos profundos, a hipnose e a sugestão acirram a resistência em grande intensidade após sua aplicação. Como aponta Freud (1996[1910], p. 41): “A hipnose encobre a resistência, deixando livre e acessível um determinado setor psíquico, em cujas fronteiras, porém, acumula as resistências, criando para o resto uma barreira intransponível.” A sugestão, segundo Freud, não permitia com que o sujeito elaborasse ao seu tempo e ao seu modo seus conteúdos, mas ela utilizava a imposição autoritária, pressionava a cura de um modo insistente e não duradouro, não se importava com o tempo de elaboração do sujeito. Conforme Freud (1996[1937b]), o que é oferecido ao analisando deve ser compreendido como um espaço, um tempo e um suporte para que haja a livre associação, recordações, repetições, vínculos, transferência e elaboração. Dessa forma, a defesa da pertinência do método da associação livre se daria na medida em que permitiria a retomada da história individual e a construção em análise de discursos coerentes com a dinâmica do desejo inconsciente.

Portanto, de acordo com a construção teórica da psicanálise, consideramos que sua inserção em um hospital geral pode auxiliar o sujeito

na elaboração de um novo espaço simbólico diante da condição patológica. A escuta do discurso do sujeito através de artifícios técnicos que não estão presos a determinados contextos, como por exemplo, o manejo da transferência, pode ser utilizado de forma a dar suporte para que o sujeito, a partir da projeção de seus conteúdos no analista, possa elaborar novas normas, no sentido canguilhemiano, visando processos de construção discursiva.

No contexto hospitalar fundamentalmente se lida com o sofrimento que provêm do corpo, porém, como afirma Freud (1996[1930]), há três fontes de sofrimento humano: aquelas que 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 psicanalítica pode ser demarcado, pois essas três fontes de desprazer são intrínsecas. Em diferentes casos, uma fonte pode sobrepor às outras, mas nenhuma delas pode ser desconsiderada pelo fato de não serem excludentes.

A partir disso, a questão que se coloca passa a ser a da 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 da história. Nesse sentido, um dos questionamentos é se a atuação da psicanálise em um hospital é secundária. Assim, faz-se necessário abordarmos como a psicanálise compreende a relação entre orgânico e psíquico. Deve-se considerar que a doença orgânica pode operar para além do corpo biológico, na inclusão que esta exige, enquanto fonte de experiência, na subjetividade, a ser inserida também na história do sujeito. Conforme esta discussão, poderíamos dividir o homem entre esfera biológica e esfera psicológica? Em um hospital geral, uma dessas esferas possui maior importância do que a outra? O psíquico seria uma abordagem auxiliar diante de fenômenos orgânicos? Em linhas gerais, a questão que se coloca especificamente aqui não é estranha à história da psicanálise e poderia ser incluída na temática mais ampla do dualismo corpo e mente.

Para a teoria psicanalítica, sobretudo a partir da posição heurística sustentada por Freud (1996[1915]) em sua metapsicologia, essa discussão se abriria de forma diferenciada a partir do conceito de pulsão, sendo esta delimitada como um estado limítrofe entre o corpo biológico e o aparelho psíquico. Neste contexto, a discussão deveria passar pela reformulação da concepção psicanalítica de corpo, retomada sob o mote de *um corpo pulsional*. Como afirma Birman (1993, p. 34):

[...] a pulsão não se insere no registro psíquico propriamente dito nem no registro somático, mas que é essencialmente um *ser de mediação* e um *ser de passagem* entre os campos do psíquico e do somático. Por isso mesmo enfatizamos anteriormente que as pulsões, irredutíveis ao corpo somático e ao universo das representações, constituíam o corpo pulsional.

Este conceito nos remete a um corpo erógeno, o qual possui como fonte um corpo biológico, havendo um reconhecimento de que há uma excitação proveniente do corpo pulsional, o qual pode auxiliar a constituição de sentido pelo aparelho psíquico. O corpo erógeno descrito sob a luz da psicanálise aparece em vários trabalhos de Freud (1996[1905]), como por exemplo, nos *Três ensaios da teoria da sexualidade infantil*. Segundo este enfoque, o corpo deve ser compreendido como fundamentalmente sexualizado, o qual é excitado com o auxílio da fonte provinda do corpo

biológico. Essa excitação é representada pela pulsão, a qual de acordo com Freud (1996[1915], p. 18), “é um conceito-limite entre o psíquico e o somático, como representante psíquico das excitações, oriundas do interior do corpo e chegando ao psiquismo, como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação corporal”. Nesse sentido, poderíamos lançar a hipótese de uma medida de exigência de trabalho que funcione como uma medida de exigência de produção de novas normas, de construção de uma normatividade, no caso de um corpo biológico doente? Dito de outra forma, a doença poderia exigir uma produção de novas normas subjetivas?

Dessa maneira, para uma leitura freudo-lacanianiana, a intensidade pulsional se inscreveria no aparelho psíquico como exigência de trabalho para a ordem simbólica, como afirma Birman (1993, p. 46), “portanto, a pulsão é o sexual e um dos fundamentos da sexualidade, sendo a ‘exigência de trabalho’ da força na ordem simbólica e ao mesmo tempo não se restringindo ao universo da representação.”

Desde a metapsicologia, portanto, a teoria psicanalítica visa responder ao problema da relação entre os pólos da representação e o da força do corpo pulsional (intensidade e/ou afeto) para a constituição do território da sexualidade. Em certo sentido, o próprio texto freudiano permite tomar estes pólos como oposição na criação de modos de existência no interior do psiquismo. No entanto, a não-oposição entre força e sentido a qual Lacan (1998[1953]) nos conduz, sobretudo a partir de *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, também permitiria, por uma simples questão de lógica, abordar os dois pólos como implícitos à estrutura do conceito de pulsão. Sendo assim, os dois representantes não precisam ser entendidos como modos de existência distintos e opostos, mas sim, como a finalização da pesquisa freudiana no que diz respeito às possibilidades de compreensão da formação dos fenômenos da sensação e do sentido, ou seja, os primórdios do exercício da linguagem no aparelho psíquico.

Portanto, o registro corporal poderia ser entendido como estruturado ao longo da história do sujeito, tendo como principal eixo a sexualidade. Considerando a linguagem estruturante do sujeito, a qual recriaria o corpo orgânico no registro simbólico, poder-se-ia afirmar que este sujeito é fundado pelas suas relações através do discurso, da cultura, do social. Embora o sujeito seja constituído em uma ordem histórica e singular, essa estruturação ocorre fundamentalmente pela linguagem através do discurso cultural, implicando na formação do desejo, bem como do corpo erógeno. É nesse limiar da experiência, impossível de ser delimitado senão artificialmente, entre as categorias de “individual” e “social” que se coloca a questão do corpo em psicanálise. Lacan (2005[1962], p. 32-33) aborda a questão pela via do significante e sua forma de estruturação a partir do discurso do Outro, como afirma no fragmento a seguir:

[...] o Outro existe como inconsciência constituída como tal. O Outro concerne a meu desejo na medida em que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado da maneira mais pregnante, porque, para mim, não há outro desvio para descobrir o que me falta como objeto de meu desejo. É por isso que, para mim, não só não há acesso a meu desejo, como sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isto, o \$, que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro como tal. [...] É o Outro como lugar do significante. É meu semelhante entre outros, mas apenas por ser também o lugar em que se institui como tal o Outro da diferença singular [...].

O sujeito é constituído dinamicamente e o corpo é tomado por investimento erógeno, pelo qual a sexualidade é fundamentada, e estando revestido de linguagem exige um trabalho simbólico. Portanto, diante desta discussão, é necessário 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 psicanalítica, a qual possibilita 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.”

Assim, consideramos que para a atuação da psicanálise em um hospital, a transferência pode ser manejada promovendo a possibilidade de subjetivação daqueles que encontram em um estado orgânico limitado, sendo este simbolicamente integrante do aparelho psíquico e parte de sua realização.

Conclusões

Este artigo, primeiramente, teve o objetivo de abordar como a psicanálise poderia ser inserida e demarcar seu lugar sem perder sua especificidade técnica, em um contexto que compreende o psíquico como secundário em relação ao corpo orgânico. Partindo deste delineamento surgiu a necessidade em pesquisar o papel da psicanálise frente à concepção psicanalítica sobre orgânico e psíquico. Estes, para a psicanálise possuem em comum a estruturação através da linguagem, a qual forma o corpo erógeno, dotado de sentido. Portanto, é fundamental que a partir deste delineamento, a psicanálise comece a demarcar seu espaço e seu posicionamento ético frente a questões que são discutidas desde o surgimento da práxis psicanalítica. Com isto, é fundamental que a psicanálise construa seu espaço oferecendo-se de forma crítica e questionadora, e então, demarcar sua especificidade dentre as diferentes formas de bem-estar.

A discussão sobre a transferência orientou o texto para uma nova questão, pois, sendo essa passível de ser inserida em diferentes contextos, neste caso o hospitalar, faz-se necessário o estudo sobre o posicionamento da psicanálise visando o dualismo corpo-mente, bem como o discurso cultural/social inserido nas formas de apresentação do desejo e do corpo erógeno. Com o intuito de propiciar uma escuta qualificada para a busca do significativo, tendo a compreensão de que o discurso da cultura está tecido no corpo que sofre e que a doença orgânica pode ser um evento na história do sujeito, a psicanálise no contexto hospitalar poderia atuar na abertura do campo da linguagem frente a diferentes formas de sofrimento.

Sobre o artigo

Recebido: 04/10/2012

Aceito: 24/11/2012

Referências bibliográficas

BEIVIDAS, W. Psicanálise do sentido: Semiótica do inconsciente. **Pulsional**, São Paulo, ano XVIII, n. 184, p. 16-27, 2005.

BIRMAN, J. **Ensaio de Teoria Psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

BREDER, B.; GUSSÃO, F. C.; MATTOS, P. R. Caso Severino e as peculiaridades do trabalho psicanalítico no território médico. In: IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba PR. **Anais eletrônicos...**, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010, p. 1-4. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr60-breder-barbara-gussao-fernando-calvi-mattos-paulo-roberto.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.

BREDER, B.; MATTOS, P. R.; SERRA, C. H. A. Transferência e Poder: Algumas reflexões. In: IV Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e X Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba PR. **Anais eletrônicos...**, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010, p. 1-4. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr60-brederbarbara-mattospaulo-roberto-serracarlos-henrique-aguiar.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012, p. 1-4.

CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico** (1943). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FORMENTI, L.; BASSETTE, F. **Atuação de profissionais da saúde é ampliada em votação no senado**. O Estado de São Paulo, 2012, p. 1. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,atuacao-de-profissionais-da-saude-e-ampliada-em-votacao-no-senado,833205,0.htm>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica** (1961). São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. La politique de la santé au XVIII siècle. In: _____. **Les Machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne; dossiers et documents**. Paris: Institut de l'environnement, 1976, p. 11-21.

FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. **Nascimento da prisão** (1975). Petrópolis: Vozes, 2004.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos (1900). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IV, p. 39- 263.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII, p. 128- 217.

- FREUD, S. A Psicanálise e a Determinação dos Fatos nos Processos Jurídicos (1906). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX, p. 95- 104.
- FREUD, S. Cinco Lições de Psicanálise (1910). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XI, p. 27- 65.
- FREUD, S. O Interesse Científico da Psicanálise (1913a). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p. 125- 158.
- FREUD, S. Artigos sobre Técnica (1913b). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII, p. 169- 192.
- FREUD, S. A História do Movimento Psicanalítico (1914a). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 18- 53.
- FREUD, S. Recordar, Repetir e Elaborar (1914b). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XII, p. 163- 171.
- FREUD, S. O Instinto e suas Vicissitudes (1915). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV, p. 123- 144.
- FREUD, S. Uma neurose demoníaca do século XVII e Outros trabalhos (1923). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago, 1996, v. XIX, p. 87- 120.
- FREUD, S. O futuro de uma ilusão (1927). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI, p. 15- 71.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXI, p. 15-63.
- FREUD, S. Análise Terminável e Interminável (1937a). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII, p. 231- 270.
- FREUD, S. Construções em Análise (1937b). In: _____. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XXIII, p. 275- 287.
- GARCIA, C. **Conferências de Alain Badiou no Brasil**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- JORGE, J. D. **A construção da associação livre na obra de Freud**, 2007, 135f. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.
- LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos (1953)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 237-322.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 10: A angústia (1962)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. **O Seminário, livro 20: mais, ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985
- MILLER, J.-A. **Silet: os paradoxos da pulsão, de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Documentos básicos**. Genebra, OMS, 26^a ed., 1976. Disponível em:

<http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2012.

ROUDINESCO, E. Medicina, psiquiatria e psicanálise: semiologia do sujeito. In: _____. **Em defesa da psicanálise: ensaios e entrevistas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009, p. 215-224.

ROUDINESCO, E. **Retorno à questão judaica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.