

## Articulações entre o discurso médico e o discurso do analista no contexto hospitalar

### Articulations between the medical discourse and the discourse of the analyst in the hospital

Arthur Kelles Andrade (orcid.org/0000-0003-4558-4639)<sup>1</sup>

---

#### Resumo

O presente trabalho é um estudo teórico que objetiva realizar uma análise das possíveis articulações e disjunções entre a psicanálise e o discurso médico em uma instituição hospitalar, sob a ótica da teoria lacaniana dos discursos, desenvolvida no Seminário 17. Para isso, inicialmente introduz-se a teoria lacaniana dos discursos, para então desenvolver as noções de discurso médico e discurso do analista, contextualizando os conceitos para o cenário hospitalar atual, que envolve equipes multiprofissionais. Aponta-se posteriormente as possíveis relações que podem existir entre os dois discursos dentro de um hospital, bem como as impossibilidades referentes a esta articulação discursiva. Por fim, conclui-se com considerações sobre a inserção do analista na multidisciplinaridade.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Hospital. Discursos lacanianos.

#### Abstract

The present work is a theoretical study that aims to carry out an analysis of the possible articulations and disjunctions between psychoanalysis and medical discourse in a hospital, based on the Lacanian discourse theory, developed in the Seminar 17. To this end, the Lacanian Discourse theory is initially introduced, for then to develop the notions of medical discourse and discourse of the analyst, contextualizing the concepts for the current hospital scenario, which involves multiprofessional teams. Subsequently, the possible relations that may exist between the two speeches within a hospital are pointed out, as well as the impossibilities related to this discursive articulation. Finally, it concludes with considerations about the insertion of the analyst in multidisciplinary.

**Keywords:** Psychoanalysis. Hospital. Lacanian discourses. Multidisciplinary

---

## Introdução à teoria lacaniana dos discursos

Lacan desenvolve, no *Seminário 17* (1969-70/1992), o conceito de discursos como formas de laço social, onde o discurso analítico pode intervir com seu funcionamento nos demais. O autor nos apresenta quatro discursos principais, seus quadrípedes, a saber: o discurso do mestre, o discurso do universitário, o discurso do analista e o discurso da histórica.

O discurso é entendido como uma estrutura necessária, que ultrapassa a palavra. É um discurso sem palavras, mas por que sem palavras? Porque ele existe mesmo sem palavras em certas relações fundamentais, relações que definem cada um dos quatro discursos radicais. No entanto, o autor ressalta: sem palavras, mas com a linguagem. Dentro da linguagem se instauram relações estáveis, em que pode se inscrever algo bem mais amplo e profundo. Os discursos não só se inscrevem no mundo em que vivemos, mas fazem parte de seus pilares (Lacan, 1969-70/1992).

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: arthur.kelles@gmail.com

Para o autor, os laços sociais são estruturados e tecidos como linguagem. Os discursos são modos onde a linguagem é vivenciada como vínculo social, onde o sujeito se utiliza da articulação da cadeia significante. A estrutura discursiva não contempla somente o que é da ordem do significante, existe um resto que opera mesmo fora da significação ou da articulação significante. Isso se refere ao fato de que os discursos são fundados sobre uma impossibilidade, além de incluir o gozo nessa relação, com a utilização do objeto a nos quatro termos dos discursos (Lacan, 1969-70/1992).

Freud diz, em *Análise terminável e interminável* (1937/1980), que nos deparamos na experiência psicanalítica com três impossibilidades: governar, educar e psicanalisar. Lacan adiciona ainda o impossível de se fazer desejar. A partir destes impossíveis, tem-se, respectivamente, o discurso do mestre, em que o poder do senhor domina; o do universitário, o dominado pelo saber; o do analista, que se coloca no lugar do objeto a; e da histérica, que interroga o mestre e produz um saber próprio (Lacan 1969-70/1992). Como os quatro discursos estão baseados em quatro ofícios impossíveis, eles também são fundados sob um impossível. Assim, os diversos discursos existentes podem apenas se aproximar dos quatro radicais (Jorge, 2002).

Jorge (2002) ressalta que, por desenvolver os quatro discursos como liame social, não significa que Lacan se refira a uma relação intersubjetiva. Assim, é possível entender que todo discurso tem em sua base uma articulação entre o sujeito e o Outro, não entre diferentes sujeitos. Por isso, todo discurso, além de possuir o campo do sujeito (as duas posições do lado esquerdo), dispõe também do campo do Outro (as duas posições do lado direito). Os discursos seriam uma tentativa de relacionar o campo do sujeito e o campo do Outro, tentativa esta fracassada, pois essa relação em sua totalidade é impossível.

Na teoria lacaniana, os quatro discursos funcionam como polo de atração para todos os discursos existentes, em um movimento de balança constante. Portanto, em determinado momento, cada discurso estará relacionado a um dos quatro discursos lacanianos. Desse modo, evidencia-se a interdependência dos discursos: nenhum existe sem os outros três (Jorge, 1983).

A formalização dos discursos se apresenta em uma distribuição topológica de dois níveis: aos termos e às posições. Em relação aos termos, Lacan apresenta quatro elementos de sua álgebra: S1, S2, \$ e a. O primeiro termo, S1, é o significante mestre. É entendido não apenas como um significante, mas como vários deles, que possuem marca fundadora e originária no sujeito, estabelecendo uma referência singular (Jorge, 2002). O segundo termo é S2, o saber. Seria o significante que representa a "bateria dos significantes" (S2, S3, S4, S...). Uma bateria que representa um conjunto faltoso de significantes no campo do Outro e que não possui o valor de S1 para o sujeito (Jorge, 2002). Saber também é entendido como o que produzimos em uma análise (Lacan, 1969-70/1992).

Tem-se também o \$, que designa o sujeito barrado ou sintoma no discurso da histérica. O sujeito é dividido pela castração, e apesar de surgir no intervalo entre dois significantes,

não pode ser totalmente representado por eles. Ele desliza na cadeia de significantes, tendo consciência ou não de qual significante é efeito. O sujeito "não é jamais senão pontual e evanescente, pois ele só é sujeito por um significante, e para um outro significante" (Lacan, 1972-73/2008, p. 195) O último dos quatro termos é o objeto *a*. A perda que se tem na operação de surgimento de um sujeito barrado no intervalo entre dois significantes, torna-se um objeto perdido que a repetição tenta "resgatar", evidenciando sua face de causa de desejo. Ele é o resto da constituição psíquica do sujeito na alienação e também mais-de-gozar, o que quer dizer que a perda do objeto também gera uma hiância, ou seja, o buraco aberto em alguma coisa. Estabelece-se a relação paradoxal do gozo: a perda de gozo inicial, isto é, uma perda inicial de satisfação, é que propicia a hiância do mais-de-gozar (Lacan, 1969-70/1992). Podemos pensar o objeto *a* neste contexto possuindo dupla função: enquanto falta, é causa de desejo; enquanto mais de gozar, é objeto do gozo.

Os quatro elementos da álgebra lacaniana se organizam em quatro diferentes posições, sempre em ordem ( $S1 \rightarrow S2 \rightarrow a \rightarrow \$$ ). Estas posições são fixas e duas delas se situam sob a barra do recalque. As posições do lado esquerdo se referem ao campo do sujeito, e as do lado direito aludem ao campo do Outro. Ao aplicarmos um quarto de giro nos termos, teremos quatro estruturas de discurso. As posições que eles ocupam são:

Figura 1: As quatro posições discursivas

$$\begin{array}{ccc} \underline{\textit{agente}} & \rightarrow & \underline{\textit{outro}} \\ \textit{verdade} & // & \textit{produção} \end{array}$$

Fonte: Elaborado pelo autor

A primeira posição é do agente. Ela se refere àquele que organiza a produção discursiva. O agente não é aquele que faz, mas aquele a quem se faz agir. Ele domina o laço social, possibilitando que haja alteridade. Todo discurso é, portanto, um discurso de dominação, exceto no discurso do analista, em que o agente se coloca na posição de objeto causa de desejo. Após ele, temos a segunda posição, a do outro, a quem o discurso se dirige. O outro precisa do agente para se constituir. É ele quem trabalha, a mando do agente. Da relação dos dois tem-se a produção: o efeito, produto do discurso, aquilo que resta (Lacan, 1969-70/1992). Ela é o resultado do dito do primeiro (agente) e do trabalho do segundo (outro) (Jorge, 2002). Abaixo da barra, do lado do sujeito, temos a verdade: é ela que sustenta o discurso, mas nunca é totalmente acessada. É a mola propulsora do discurso. A verdade é a base do discurso, mas é acessível apenas por um "semi-dito". Não pode ser toda dita, há uma interdição (//) entre a produção e a verdade. Ela expõe o problema do agente, esconde sua verdadeira questão (Lacan, 1969-70/1992).

A partir desta breve incursão, veremos como o discurso do analista opera no hospital, lugar que é dominado pelo discurso médico. Para atingir este objetivo, discutiremos

primeiramente o que é o discurso médico e quais as principais características do discurso do analista.

### O discurso médico: entre o mestre e o universitário

O hospital é um lugar dominado pelo discurso médico. Não pretendemos, neste trabalho, tecer críticas a este discurso, tampouco defender que a psicanálise deva ocupar sua posição de hegemonia. O objetivo deste texto não é declarar que um discurso seja melhor ou pior que o outro, e sim apontar suas especificidades, distinções e como elas se articulam (ou não) dentro de uma instituição hospitalar. É importante esclarecer que quando dizemos do discurso médico, não nos referimos somente aos profissionais formados em medicina, e sim à equipe de saúde no geral, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros. Estas também são profissões que operam sob a égide da ordem médica.

O discurso médico se aproxima mais ao discurso do mestre. Contudo, para Lacan, os quatro discursos principais são fundados por impossíveis estruturais, e os demais discursos existentes apenas se aproximam deles. Não objetivamos propor a existência de um discurso primordial, ou estabelecer uma hierarquia entre eles, julgando algum como intrinsecamente bom ou mal, e sim mostrar como são interdependentes, demonstrar como um discurso não existe sem os três restantes. Assim, apesar de se relacionar mais com o discurso do mestre, o discurso médico também tem pontos em comum com o discurso universitário, oscilando a maior parte do tempo entre os dois polos. (Clavreul, 1983).

Figura 2: Estrutura do discurso do mestre

$$\frac{S1}{\$} \rightarrow // \frac{S2}{a}$$

Fonte: Elaborado pelo autor

No discurso do mestre, o lugar de agente é do significante mestre (S1), que se dirige ao Outro, aqui sendo o do saber (S2), ou seja, significantes em cadeia. Nesse processo, surge o sujeito cindido (\$) e há uma perda de gozo (*a*), perda essa que o mestre não consegue articular em seu discurso. O \$ como verdade revela que o mestre não é completo, ele é castrado. O sujeito nunca é unívoco, totalmente representado. Ele é barrado, dividido (Lacan, 1969-70/1992). Tratando-se do discurso médico, o \$ barrado revela uma divisão própria deste discurso: de um lado da barra, o homem, do outro, a doença, seu verdadeiro objeto (Clavreul, 1983).

Outro aspecto do discurso do mestre é que ele exclui a fantasia, colocando a interdição entre \$ e *a* – impossibilitando a fórmula da fantasia –, o que faz Lacan dizer que o mestre é

cego, reiterando o assujeitamento promovido pelo discurso (Lacan, 1969-70/1992). Atualmente percebemos o assujeitamento do discurso médico por sua especialização. Há especialistas com habilidades cada vez mais específicas em suas áreas, e temos como consequência disso o apagamento do sujeito.

Passemos à articulação do discurso médico com o discurso universitário:

Figura 3: Estrutura do discurso do universitário

$$\frac{S2}{S1} \rightarrow \frac{a}{\$}$$

Fonte: Elaborado pelo autor

Lacan (1969-70/1992) afirma que o discurso universitário é completamente atual, dizendo do mestre contemporâneo. Essa mudança “entre mestres” ocorre quando o saber muda de posição, isto é, passa da posição do outro para a posição de agente. Há um raptó do saber, o mestre coloca o saber do outro no bolso. Agora é ele quem sabe, não mais o outro.

Deste modo, o agente do discurso do universitário é o saber. A posição do outro, representada pelo aluno, pelo “a estudante” (Lacan, 1969-70/1992, p. 98), é entendida como objeto que tem que incorporar o saber (S2), escrevendo e sendo explorado pelo discurso universitário. A produção, por sua vez, é o sujeito em posição de impotência, que pensa da maneira como foi ensinado, mas com o desejo de saber mais e mais. O S1 na posição de verdade reafirma a impotência do “a estudante” dizendo: “- Vai, continua. Não pare. Continue a saber sempre mais” (Lacan, 1969-1970/1992, p.98). Tomando este discurso inserido na lógica hospitalar, constatamos: o outro se caracteriza pelo doente, que é tido como objeto que deve incorporar da maneira menos resistente possível o saber (S2) médico.

Ao atrelar o discurso universitário à ciência, tem-se uma importante consequência: o apagamento da autoria, do sujeito e de suas singularidades. Os progressos ocorrem em nome da ciência; quem produziu tal artigo científico foi a ciência, não o pesquisador. A produção em série tem como efeito o silenciamento do autor, e em nosso caso, da figura do médico. Quem dita o que deve ser feito com o doente são os protocolos da medicina, não a pessoa do médico ou de outro membro da equipe hospitalar. Para Clavreul (1983), no discurso médico utilizam-se noções vagas como o desejo de saber, a intuição, o desejo de curar no lugar da autoria, excluindo a subjetividade de seus praticantes.

Assim, tomando a objetividade como imperativo metodológico, o discurso médico, ao se aproximar do discurso universitário, é entendido como um discurso que a partir de duas posições – a primeira de médico, que detém o saber (S2), e a segunda do doente (a) – pode ser enunciado por qualquer pessoa sobre qualquer pessoa. No entanto, sabemos que isso causa um mal-estar inevitável, pois nem todos conseguem ser “qualquer pessoa” (Clavreul,

1983). Tomando como base esta discussão, iremos abordar um aspecto importante do discurso médico, como se produzem as relações entre a equipe médica e o paciente.

### **A relação médico-paciente não existe**

Um aspecto importante para o funcionamento do discurso médico é sua função silenciadora, que pode excluir a subjetividade de quem fala e considera apenas o que se inscreve em sua própria linguagem. Os significantes enunciados pelo sujeito doente são compreendidos em signos já existentes no saber do discurso médico. Assim, a “falta de ar” descrita pelo paciente é considerada pelo médico como “dispneia”, ou uma cabeça pesada, com pensamentos que ficam voltando o tempo todo, pode ser traduzida por ele como “cefaleia” (Jorge, 1983). A função silenciadora do discurso médico também pode ser observada, uma vez que não são levados em consideração os significantes do sujeito na construção e diagnóstico de seu próprio sintoma. O diagnóstico é feito a partir da “tradução” do que o paciente diz, que se dialoga com o discurso médico a partir de exames, de medidas objetivas.

Cada discurso busca ler, à sua própria maneira, fragmentos do real. A psicanálise, por sua vez, ao colocar-se como função de objeto a, possui função silenciosa, dando destaque aos significantes do sujeito, promovendo sua inscrição no discurso e sustentando um campo para que seu desejo apareça. Ao contrário do discurso médico, ela não se interessa tanto pelos dados objetivos como aferições corporais (Clavreul, 1983).

O discurso médico pode excluir a subjetividade de quem fala, isto é, dos membros da equipe de saúde, e de quem escuta, o doente. O médico, por exemplo, não fala como representante de si mesmo, mas sim da instituição médica, sendo instrumento do discurso médico. Para operar com esta objetividade, ele paga o preço de se anular enquanto sujeito. Assim, a partir dessa anulação, ele se autoriza enquanto médico (Jorge, 1983).

No atendimento realizado pela equipe hospitalar, essa dessubjetivação se torna clara. Atualmente, trabalha-se em equipe, pode ser que a cada dia um médico faça a ronda. A enfermagem, nutrição hospitalar e fisioterapia também se organizam em turnos. Para o discurso médico, essa troca não é o mais relevante. O foco está nos dados que estão escritos no prontuário.

A particularidade da escuta de cada profissional e o que surge da relação de cada um deles com o paciente perde importância dentro deste discurso. Todos supostamente utilizariam os mesmos métodos de coleta de dados e chegariam aos mesmos resultados. Para Jorge (1983), por não ter como objetivo privilegiar os significantes novos trazidos pelo paciente, o atendimento não é um encontro com o paciente e suas questões, e sim um monólogo do profissional de saúde com seu próprio discurso. O mesmo acontece com o paciente: a partir dos modos de operação de seu discurso, o profissional não se dirige à pessoa que está ali, e sim ao homem são que o paciente era e que graças ao saber médico voltará a

ser. Apesar de atualmente os pacientes terem maior participação em seu processo de diagnóstico e tratamento, eles ainda devem se submeter à ordem médica.

A saúde é vista como questão de ordem pública, comportando aí um caráter jurídico. O homem deve ser saudável, deve fazer de tudo para que esteja bem biológica, psicológica e socialmente. Ele chegará a esse “estado ideal de saúde” se seguir as recomendações da ordem médica. Essa ordem chega na forma da prescrição médica. Ela diz do Bem, da forma como as coisas funcionam: coma isso, beba aquilo, faça exercícios regularmente, entre outras indicações. Até mesmo a sexualidade pode ser regulada através da ordem médica (Miller, 1999).

O diagnóstico é entendido como o ato de domínio inaugural da ordem médica. É a forma utilizada para inserir o paciente, decodificado enquanto classificação de uma doença, em seu discurso, é a porta de entrada para o discurso médico (Clavreul, 1983). O diagnóstico traz consigo um assujeitamento inicial: o paciente possui uma doença que até então desconhecia, quem identificou foi a equipe de saúde. A partir disto, o sujeito passa a se analisar como um outro externo.

Considerando o contexto em que a subjetividade do médico e do paciente não são contabilizadas, Clavreul (1983) faz uso do aforisma lacaniano “a relação sexual não existe” para afirmar que a relação médico-doente não existe, e sim a relação instituição médica-doença. O profissional da equipe de saúde atua enquanto representante anônimo do saber científico do campo médico e de sua objetividade, e o paciente é visto como um território em que a doença se instalou.

### O discurso do analista

Lacan (1969-70/1992) afirma que o discurso do mestre é o avesso da psicanálise. Foi a descoberta freudiana do dispositivo analítico, ou seja, do discurso do analista, que permitiu o destaque dos outros discursos. Este discurso é a resposta que Lacan busca dar à cultura de sua época, indo além do Édipo freudiano.

Figura 4: Estrutura do discurso do analista

$$\frac{a}{S2} \rightarrow // \frac{\$}{S1}$$

Fonte: Elaborado pelo autor

O agente, no discurso do analista, é o desejo inconsciente, que questiona os significantes mestres. A posição do analista é de objeto a como causa de desejo, que permite a ocorrência da associação livre pela via da transferência. O analista, enquanto função de

objeto  $a$ , ordena o discurso, movido pelo desejo do analista, interrogando o sujeito para que ele vá ao encontro de sua causa, ao seu próprio desejo, elaborando seus próprios significantes (S1) neste trajeto. Apesar dos discursos se movimentarem, ou seja, como o analista em determinados momentos pode fazer uso dos quatro discursos, ele deve ir contra a vontade de dominar, onde será fácil deslizar para o discurso do mestre (Lacan, 1969-70/1992). O analista pode operar com o discurso do mestre – que para Lacan também é o discurso do inconsciente – mas com um objetivo claro, sem colocar-se de fato como mestre.

Enquanto no discurso do mestre é o sujeito barrado que está no lugar da verdade, não participando do discurso manifesto, no discurso do analista é o saber (S2) que está sob a barra, ocupando o lugar da verdade. E estando no lugar da verdade, é um enigma, um dito pela metade, e destitui o saber construído pelo mestre, tirando seu valor unívoco (Jorge, 1983).

O discurso do analista se dirige ao outro de forma distinta dos demais: é o único discurso que considera este outro como sujeito, dividido e desejante, capaz de produzir os significantes (S1) de sua própria história. O discurso do mestre se dirige ao outro tomado como saber (o saber do escravo, a partir da dialética do Senhor e do Escravo de Hegel), enquanto o discurso universitário toma o outro como um “a estudante”, um objeto a ser preenchido pelo seu saber.

Em contraponto ao discurso do mestre, que coloca a impossibilidade na fórmula da fantasia ( $\$ \leftrightarrow a$ ), o discurso do analista comporta sua inscrição, permitindo ao sujeito atravessar sua fantasia, bem como dizer de seu sintoma ( $\$ \rightarrow S1$ ) (Jorge, 2002). O que o analista institui, é, portanto, a histerização do discurso (Lacan, 1969-70/1992).

## **Enlaces e distinções entre o discurso médico e o discurso do analista no hospital**

Lacan (1966/2001) afirma que o lugar da psicanálise na medicina é marginal e extraterritorial. Para a medicina, a psicanálise é entendida como um assistente terapêutico, que pode auxiliá-la em pontos em que o discurso médico não alcança, atribuindo uma causa psíquica às enfermidades ou apaziguando a angústia de pacientes ou familiares. Os psicanalistas, por sua vez, preferem considerar a psicanálise como extraterritorial à medicina. A psicanálise se localiza, portanto, êxtima ao território da medicina por operar com um discurso distinto do discurso médico.

Em uma concepção que busca compor um time de especialistas para atender um paciente, a psicanálise seria a responsável por dizer do funcionamento psíquico, ela teria as respostas sobre a subjetividade dos indivíduos. Entretanto, a psicanálise não se enquadra nesta visão. Por se encontrar fora deste paradigma, nas discussões multidisciplinares dentro de um hospital, ela evidencia tanto a dimensão da castração, que fura esta visão holística, quanto a dimensão do sujeito, cujos desejos e interesses podem ser eclipsados pelos outros membros da equipe de saúde.



Não quer dizer que o analista não trabalhe em equipe, não considerando em suas ações seus colegas da equipe multidisciplinar, mas sim que ele não atende ao que se espera sobre seu ofício dentro de uma instituição hospitalar. Laurent (2006), por exemplo, afirma que o analista não deve ter medo nem de avaliar práticas de colegas, nem de ser avaliado. O trabalho em um hospital é coletivo, o analista não pode trabalhar isolado de todos.

É nesse contexto que o analista se insere com seu discurso, causando desencontros estruturais nessa relação. Apesar dos desencontros inevitáveis, a partir dos efeitos terapêuticos da psicanálise – que não são o foco principal do tratamento analítico –, cada vez mais a equipe multiprofissional tem dado importância à atuação do analista nos hospitais.

Como discutido, o discurso médico não considera a dimensão do gozo, que designa uma outra forma de satisfação que o sujeito pode obter com seu mal-estar, com seu sintoma. Ele é normativo, busca padronizar os sinais e sintomas. Tem como objetivo categorizar os sinais e sintomas para que qualquer médico possa ter acesso a esse saber e aplicá-lo. A dimensão do gozo, que não é categorizável, lhe é estranha, não se inscreve em seu discurso.

Lacan em 1966 defende que a ciência terá efeito decisivo sobre a medicina. Esse efeito é denominado de “falha epistemo-somática”. Ele consiste em uma exclusão progressiva do gozo ao se pensar a dimensão do corpo, até excluí-lo totalmente. Atualmente percebemos como isso ocorre, como cada vez mais o corpo é objetificado, categorizado, medido com extrema sofisticação até seus componentes moleculares. O discurso médico está cada vez mais especializado. Dentro do campo da ordem médica, há cada vez mais foco ao aspecto biológico do corpo, à sua materialidade, em detrimento da dimensão do gozo.

Nesta acepção, é possível apontar as relações de identificação, considerando, na estrutura do discurso do mestre, o \$ abaixo da barra de S1 nas duas posições do campo do sujeito. O \$, em uma tentativa de encontrar algo que tampone sua divisão, identifica-se a um significante mestre que supostamente diz de sua castração. Isso acarreta ao sujeito buscar um médico, em uma tentativa de fuga de seu gozo, situando no corpo biológico questões que dizem de seu inconsciente e de seu corpo pulsional, identificando-se a um significante como “depressivo”, “cardíaco” ou “doente”. Contudo, sabemos que o \$ na posição de verdade do discurso do mestre evidencia que essa operação não se concretiza, pois está na constituição do sujeito a impossibilidade de achar um significante que o represente em sua totalidade. Essa operação é sempre fracassada.

Deste modo, o discurso do mestre enquanto médico é um discurso que inicialmente responde à demanda do enfermo. O paciente pode buscar o significante mestre para legitimar sua posição de doente (Lacan, 1966/2001). Identificar-se a esse significante é uma tentativa do sujeito de encontrar um lugar no campo simbólico para si. Muitas pessoas que antes não eram reconhecidas por seus pares ou por sua família, encontram um estatuto social somente ao serem vistos pelos outros como “doentes”.

Para se inserir no discurso médico, o sujeito deve se reconhecer doente. Contudo, esta posição é ameaçada constantemente pelo desejo de curar que vem da equipe de saúde. Estes

profissionais podem se frustrar ao perceber que seus esforços não estão tendo resultados, que o paciente segue da mesma forma, ou ainda, há piora em seu quadro (Clavreul, 1983). Quando se deparam com esta situação, podem tentar manejá-la por conta própria ou encaminhar o caso ao analista, pois pressentem que estão lidando com algo fora de sua expertise. O paciente também pode sentir a intensidade do desejo de cura do lado da equipe e acabar procurando outro médico que aceite realizar a manutenção desta posição.

Neste sentido, o discurso médico ignora os demais discursos, inclusive o do próprio sujeito que está enfermo. O que não se articula em seus significantes não é de seu interesse. Como abordado, isto não é uma especificidade do discurso médico, o mesmo ocorre com o funcionamento dos demais discursos. A particularidade é que o discurso médico ordena sua lógica excluindo os saberes dos demais discursos sobre seu objeto, ou seja, sobre a doença (Negro, 2008).

Enquanto a equipe de saúde tem seu foco nos sintomas físicos, observáveis e quantificáveis, a psicanálise volta seu olhar não apenas para o sintoma, e sim para o sofrimento e o mal-estar vivenciados pelo sujeito que está enfermo e hospitalizado. Apesar de estarem relacionados ao sintoma médico, esses mal-estar e sofrimento não se reduzem a ele, pois dizem de questões que vão além da doença que acomete o paciente (Moretto, 2019).

O analista em sua prática maneja os atendimentos no sentido de que o sujeito reinvente a dimensão do Outro, que foi abalada a partir do surgimento da doença. O paciente deve criar novas relações com o Outro, considerando também sua doença e suas possíveis consequências. Por exemplo, uma pessoa que acaba de passar por uma cirurgia de amputação de perna deve reinventar suas formas de laço social, como trabalho, lazer, deslocamento, vida sexual etc. Não é possível tratar este acontecimento como se a vida fosse voltar à forma com que era antes.

A psicanálise, ao tratar do sofrimento experienciado pelo sujeito e não da doença em si, privilegia o discurso do sujeito, pois somente ele poderá dizer de seu sofrer. O sofrimento – em sua complexidade que ultrapassa o biológico – não é o núcleo da atuação do discurso médico, sendo ali traduzido por febre, cefaleia, sintomas corporais. A subjetividade expressa pela fala do paciente pode ter a veracidade questionada pelo discurso médico, mas é imprescindível para o discurso analítico.

No discurso do mestre, o escravo, que tem em seu campo o saber (S2), está situado no campo do Outro. É ele que tem o saber-fazer, não o senhor. O senhor, por sua vez, não quer saber, ele quer que as coisas andem. Essa urgência é notável na prática hospitalar. A urgência médica exige que decisões sejam tomadas imediatamente. Não há tempo para pensar. Contudo, na urgência subjetiva, a urgência com que o analista trabalha, é necessário considerar o tempo do sujeito. Destaca-se o tempo do sujeito, não a demanda do discurso médico que exige que os conflitos sejam resolvidos rapidamente.

É muito fácil, na prática hospitalar, sair do discurso do analista e cair no discurso médico, figurando como seu assistente terapêutico. O analista poderia, por exemplo, em vez

de ouvir os motivos pelos quais um paciente se recusa a iniciar um tratamento de hemodiálise, privilegiando os significantes do sujeito, ir até ele com a incumbência dada pela equipe de saúde de romper sua resistência e convencê-lo a aderir ao tratamento.

O discurso médico, enquanto discurso do mestre, busca categorizar, dar diagnósticos. O discurso do analista vai por outra direção, buscando a particularidade na exceção. Busca averiguar como o sujeito vive o traumático, que é universal por estrutura, em sua singularidade. A própria situação de urgência subjetiva, que culmina na hospitalização, pode ser uma exceção na vida do sujeito, como um momento de irrupção do real que foge de toda programação, ocasionando em um antes e depois na vida do paciente (Belaga, 2006).

Para Miller (2008), o psicanalista representa a reivindicação, a rebelião do “como todo mundo” imposto pelo discurso do mestre. O discurso do analista reivindica o “não como todo mundo”, a particularidade do gozo. Para o autor, a psicanálise está em um lugar frágil, sempre ameaçado, pois só se sustenta no desejo do analista de colocar o singular em questão.

Em um contexto dominado pelo discurso médico, não devemos agir como contramestres. Não se trata de combater o mestre, tampouco de se pôr a seu serviço (Stevens, 2003). O analista fura os S1 da instituição, barra-os, fazendo aparecer a opacidade desses significantes. Esse efeito é produzido na prática clínica quando o analista põe em primeiro plano o S1 do sintoma do paciente e não a demanda do mestre. Quando a equipe pede ao analista sua opinião diagnóstica, que ele ofereça respostas sobre o quadro psíquico do paciente, o analista evidencia o desejo e a subjetividade do paciente que é objeto das intervenções, mostrando como ele também deve participar nas decisões sobre o tratamento.

A partir da fundação do discurso analítico, Freud realiza a passagem do uso da hipnose e da sugestão, práticas que se referenciam ao discurso do mestre, para a associação livre, que privilegia os significantes do sujeito a partir da transferência. Isso foi propiciado a partir da escuta de suas pacientes histéricas. Os sujeitos históricos sempre se mostraram como um desafio para o discurso do mestre, já sendo vistos como bruxos, loucos ou possuídos por seres sobrenaturais.

Figura 5: Estrutura do discurso da histeria

$$\begin{array}{ccc} \underline{\$} & \rightarrow & \underline{S1} \\ a & // & S2 \end{array}$$

Fonte: Elaborado pelo autor

Atualmente, eles são tratados pelo discurso médico como: “você não tem nada”. Marco Antônio Coutinho Jorge (1983) completa: “Você não tem nada.... que se inscreva em meu discurso”. O sujeito histórico nem sempre consegue se passar pelo papel de doente, ele se

inscreve em outra cena, que o discurso médico não alcança. O discurso da histeria busca um mestre que lhe dê respostas sobre sua divisão. Contudo, o objeto a na posição de verdade deste discurso revela que estes sujeitos não querem saber realmente sobre seu gozo, acarretando na destituição desse mestre que antes lhe trouxe respostas. Isso é o que ocorre no hospital, a equipe de saúde não consegue lidar com a histeria. Em certos momentos, os tratamentos médicos são efetivos, e em outros não o são, os sintomas podem regredir sozinhos, sem nenhuma intervenção.

Os sujeitos histéricos são acusados de simular seus sintomas, dizendo de uma teatralidade própria da histeria. É como se eles não cumprissem bem seu papel de doente, não seguissem a ordem médica à risca. É um discurso que remete ao próprio sujeito. Esses pacientes se opõem em grande força à univocidade de sentido do discurso vigente. A histeria pode se assemelhar com várias doenças, sem na verdade ser nenhuma delas. Ela mostra a importância e a potência dos próprios significantes do sujeito (Jorge, 1983).

Os exames clínicos adotados pela equipe multidisciplinar trabalham com signos, isto é, aquilo que representa algo para alguém que saiba lê-lo, aqui, os profissionais de saúde. O sentido é sempre o mesmo, os exames sempre buscam atingir os resultados ideais. Já o analista trabalha com os significantes e suas infinitas possibilidades de sentido, incluindo o próprio sujeito que os enuncia, pois o significante é aquilo que representa um sujeito para outro significante (Lacan, 1972-73/2008).

O profissional de saúde utiliza de várias estratégias para evitar o erro, pois suas ações colocam vidas em risco. A objetividade de seus métodos, o foco nos dados escritos no prontuário, o apagamento da autoria nas ações, como o atendimento em equipe em que cada dia um profissional atende o paciente, são formas de se prevenir e fugir do erro.

A psicanálise, por sua vez, visa os erros, as falhas, os objetos dejetos da linguagem. Estes erros são o fio condutor de sua práxis. Ela os toma e os constitui como objeto de trabalho. Um ato falho, uma passagem ao ato em um momento de urgência subjetiva pode ser muito valioso para o analista. Estas manifestações comportam uma lógica própria.

Um ponto que difere a clínica médica e a psicanalítica é a forma como cada uma lida com a transferência. A clínica médica reconhece a existência das questões transferenciais, a equipe de saúde percebe quando há o estabelecimento de uma boa relação ou não com o paciente. Contudo, este fator não é determinante para sua atuação, a transferência ocorre de maneira marginal à prática médica. O tratamento, o diagnóstico e as prescrições não dependem dos afetos conscientes e inconscientes entre a equipe de saúde e o sujeito que está enfermo.

A psicanálise, por outro lado, toma a transferência como fator central de seu tratamento. Saber manejar a transferência é essencial para o andamento do processo analítico. No hospital, o analista é visto inicialmente como representante da instituição. Ali, muitas vezes o paciente já tem de antemão alguma transferência estabelecida com a própria instituição hospitalar, seja ela positiva ou negativa. Se for positiva, por exemplo, acreditar que está em

um hospital de qualidade, isto pode facilitar o estabelecimento da transferência. Se for negativa, se o paciente crer que o hospital é péssimo, que as pessoas vão ali para morrer, isso pode causar resistências iniciais.

No âmbito hospitalar, é uma estratégia interessante para o analista utilizar, em alguns momentos, de seu próprio corpo para favorecer a transferência (Moura, 2000). Ao acolher um familiar que acabou de receber a notícia de um óbito, por exemplo, abraçá-lo, acolhê-lo mais próximo fisicamente, pode acarretar estabelecimento de uma transferência de maneira mais rápida.

Para os demais membros da equipe multidisciplinar, ainda que seja de interesse de alguns, não é essencial para a execução de seu ofício saber como o paciente chegou ali, mas sim avaliar seus sinais e sintomas, estabelecer um diagnóstico, para então propor uma terapêutica. A atuação da psicanálise toma a demanda como outro fator importante. Em um hospital, é necessário que o analista saiba ler de onde vem a demanda de atendimento: se ela é da equipe, por alguma insegurança em lidar com a subjetividade do paciente, se vem porque a equipe ou a família identificaram instabilidade psíquica no paciente, ou se é o próprio paciente que pede atendimento durante sua internação ou de modo ambulatorial. O analista acolhe a demanda que recebe, mas não a responde, ele a sustenta para que o sujeito possa produzir seus próprios significantes.

Muitas das demandas que chegam ao analista em contexto hospitalar advêm quando a subjetividade e o gozo aparecem em cena, sejam eles do paciente, de sua família ou da própria equipe de saúde. Ao operar com o sintoma, com a transferência e com a subjetividade, o analista tem um campo amplo de atuação dentro das instituições hospitalares.

Citamos alguns exemplos clínicos que podem ocorrer nestes encontros discursivos: em um trabalho conjunto do psicanalista, do nutricionista e do fonoaudiólogo, estabelecer procedimentos para que um paciente em fim de vida, impossibilitado de ingerir líquidos, possa tomar um copo de sua bebida preferida; ou o analista expor, em uma reunião da equipe multidisciplinar, o desejo ainda não dito do paciente de adiar uma cirurgia elegível. E ainda, quando um paciente se recusa a realizar exercícios respiratórios propostos por um fisioterapeuta, o psicanalista pode auxiliá-lo a entender o motivo pelo qual a resistência apareceu nesse momento do tratamento. Há, portanto, múltiplos resultados das articulações entre os dois discursos.

## **Momento de concluir**

Quando atua em um hospital, o analista realiza seus atendimentos de maneira individual. Mesmo assim, está inserido em uma equipe multidisciplinar, em que cada membro cuida do paciente a partir dos conhecimentos adquiridos em sua formação. Partindo do ensinamento laciano de que a psicanálise é extraterritorial à medicina, é importante os analistas estarem cientes sobre a particularidade de sua atuação e das bases teóricas que as pressupõem.

A multidisciplinaridade é uma intenção que nem sempre é possível, mesmo que todos os atores envolvidos estejam engajados. Ela envolve diferenças epistemológicas, conceituais e de hierarquias de discursos herdadas da tradição médica. O analista, ao se inserir em uma equipe multidisciplinar, precisa de delicadeza e de uma leitura crítica dos lugares e dos discursos que ali circulam (Negro, 2008).

O conhecimento mútuo é algo esperado e extremamente valorizado, e ele pode enriquecer a prática de todos da equipe multidisciplinar. É proposta uma condição para a multidisciplinaridade: a evidência que o fator “multi” está ativo ou que funcionou é quando o encontro com o outro saber produz uma nova construção antes de se atuar com o paciente ou proporcionar uma leitura a posteriori que seja diferente da que ocorreu no ato do profissional (Negro, 2008).

Moretto (2019) aponta uma das principais contribuições do analista em uma equipe multidisciplinar: colocar em jogo nas discussões a subjetividade, a particularidade de cada paciente que ali é atendido, reintroduzi-lo nas decisões terapêuticas e metodológicas. Ainda que fundadas por uma falha de estrutura, psicanálise e medicina podem trabalhar cada um com sua especificidade na instituição hospitalar, podendo retirar desta relação importantes efeitos.

Ao apontar a subjetividade e a particularidade nos encontros com o discurso médico, o analista também se transforma. Passa a considerar, em sua prática, outros aspectos que organizam o sujeito, não apenas sua subjetividade. Fatores biológicos, sociais e econômicos, que nem sempre são lidos com o devido cuidado durante os atendimentos em consultório, passam a ganhar destaque nos atendimentos em uma instituição hospitalar.

Deste modo, apesar de ser uma intenção pautada em um impossível estrutural, há sim encontros contingenciais que podem acontecer, que tentam escrever o que não cessa de não se escrever deste impossível. Profissionais que atuam em equipes denominadas “multidisciplinares” percebem que o contato com outras áreas de saber pode sim gerar bons frutos.

Não é objetivo da psicanálise despertar o interesse na equipe pelos ensinamentos psicanalíticos, não pretendemos que todos pensem da mesma maneira (Moretto, 2019). É importante para nós, analistas, que as diferenças discursivas se sustentem. Trabalhar em uma equipe multidisciplinar não significa que todos devam partilhar as mesmas bases epistemológicas. A diferença entre os campos e sujeitos é justamente um dos pontos de contribuição da psicanálise para as discussões interdisciplinares. Buscamos, dentre outros aspectos, mostrar que é possível produzir algo do encontro entre discursos tão distintos entre si.

## Referências

Belaga, G. (2006). Presentación. In G. Belaga (Org.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 11-12). Grama.

- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Freud, S. (1980). Análise terminável e interminável. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 239-287). Imago. (Trabalho original publicado em 1937)
- Jorge, M. A. C. (1983). Discurso médico e discurso psicanalítico. In J. Clavreul (Org.), *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Brasiliense.
- Jorge, M. A. C. (2002). Discurso e liame social: apontamento sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In M. A. C. Jorge; D. Rinaldi (Orgs.), *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rios Ambiciosos.
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32, 8-14. (Trabalho original publicado em 1966)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, Livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-70)
- Lacan, J. (2008) *O Seminário, Livro 20: mais, ainda* (3a ed). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973)
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 13, 13.
- Miller, J.-A. (1999). Saúde Mental e ordem pública. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Seção Minas Gerais*, 13, 20-31.
- Miller, J.-A. (2008). Coisas de Fineza em Psicanálise. Documento on-line na Seção de Textos do site do IPISM-MG. <http://institutopsicanalise-mg.com.br/horizontes/textos/licoes.pdf>.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Moura, M. D. (2000) Psicanálise e urgência subjetiva. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital* (pp. 3-15). Revinter.
- Negro, M. (2008). *La otra muerte: Psicoanálisis y cuidados paliativos* (2a ed). Letra Viva.
- Stevens, A. (2003). A instituição: prática do ato. In Associação do Campo Freudiano (Org), *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos* (pp. 76-85). Forense Universitária.

Recebido em: 1/08/2020

Aprovado em: 23/03/2021