

Projeto de pesquisa apresentado como requisito para admissão como membro da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

Título: Instituição e Verdade: a Construção do Lugar do Analista no Hospital

Autor: Diego Alonso Soares Dias

Resumo: A proposta de trabalho aqui apresentada possui o objetivo de contribuir na construção de pontos de orientação para a prática de analistas no contexto hospitalar. Para isso, buscaremos proceder de forma a entender de maneira aprofundada aspectos relacionados a como o hospital tem se organizado na contemporaneidade, para que a partir daí possamos nos voltar para as contribuições próprias da psicanálise a este campo. Apostamos que os tensionamentos existentes entre os saberes e lógicas hospitalares e a psicanálise podem possibilitar reflexões e avanços no processo de elucidação do lugar ocupado por um analista no momento em que entra em um hospital. A prática da construção do caso clínico será privilegiada em nossa discussão, uma vez que entendemos que por meio dela surge uma proposta de intervenção que incide de maneira bastante interessante nos casos e junto às equipes, considerando a singularidade dos casos. Associada à construção de casos, o projeto de pesquisa aqui elaborado busca também abordar o tema da verdade tal como é entendido pela psicanálise e suas implicações no trabalho possível de se realizar no hospital.

Palavras-chave: Psicanálise, Hospital, Construção do Caso Clínico, Verdade.

1 Apresentação

A proposta de pesquisa aqui esboçada vincula algumas das elaborações da pesquisa de doutorado realizada tempos atrás e a atuação clínica que realizei em contexto hospitalar. A tese construída, em sua constante tentativa de lançar luz sobre algumas das questões sobre as quais se debruçou, fez com que novas perguntas surgissem. Foram várias, sendo que muitas delas necessitam de uma investigação mais cuidadosa e acurada. Buscaremos, com o projeto que aqui se insinua, dar continuidade aos estudos até então realizados.

De forma paralela aos estudos relacionados ao doutoramento, é possível dizer que minha atuação enquanto psicanalista em um hospital universitário também tem feito com que eu me depare com os mais diversos impasses e perguntas. Elas pedem, cada uma à sua maneira, para serem abordadas e investigadas.

O projeto de pesquisa apresentado, portanto, tentará relacionar conceitos e construções teóricas com uma prática clínica e institucional realizada de forma contínua ao longo de anos no contexto hospitalar. O material de nossa reflexão estará vinculado aos atendimentos realizados no hospital, às atividades de formação que se realizam neste ambiente e às discussões com equipes de trabalho compostas por diferentes campos de saber, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, dentre outros.

É possível dizer, assim, que há aqui um primeiro recorte estruturante de nossa proposta. Afinal, buscaremos articular algumas das questões e contribuições da pesquisa de doutorado com o contexto hospitalar. Tomaremos os avanços de estudos realizados previamente como um ponto de partida, o que nos possibilitará o entendimento cada vez mais aprofundado a respeito da atuação do analista em uma instituição hospitalar.

2 Introdução

A tese de doutorado intitulada “Especificidades da Prática Analítica em sua Apresentação em um Contexto Institucional” (2018) teve como um de seus objetivos principais elaborar uma reflexão que problematizasse aspectos relacionados à atuação de psicanalistas em ambientes institucionais, seja na área da educação, saúde, assistência social, dentre outras. Partiu da constatação de que a atuação de analistas em instituições se pauta, de forma significativa, pela consideração do que se convencionou chamar de “construção do caso clínico”. Ao considerar esse método de trabalho e intervenção, encontrávamos formas de atuação e orientação que incidiam sobre os casos em acompanhamento e também sobre as difíceis relações que poderiam se estabelecer em equipe e entre saberes. Autores como Figueiredo (2004), Teixeira (2010), Alkmim (2012) e Viganò (2012) trazem consigo diversas produções que tomam a construção do caso clínico como uma forma propriamente psicanalítica de atuação em ambientes institucionais diversos.

Refletir sobre o que está em jogo na construção de casos fez com que nos deparássemos com a necessidade de nos debruçar sobre o tema da verdade em psicanálise. Aos poucos, fomos nos dando conta de que o trabalho de construção pode ser vinculado ao tema da verdade em toda sua relevância para a teoria psicanalítica.

No texto de Freud dedicado ao tema da construção (Construções em Análise, de 1937), observamos que o autor se vale do trabalho de construção para refutar críticas direcionadas à psicanálise, tanto em termos técnicos e, de certa forma, também teóricos. Freud enfrenta aqui questionamentos que colocam à prova a legitimidade da psicanálise ou, para dizer de outra maneira, o estatuto de verdade passível de se atribuir a teoria analítica. A crítica direcionada a psicanálise é a seguinte, segundo o texto:

Dizia ele (o crítico) que quando apresentamos ao paciente as nossas interpretações, estaríamos agindo contra ele, segundo o famoso princípio: *Heads I win, Tails, you lose*. Isso significa que se ele concorda conosco, estamos com razão, mas se ele nos contraria, então seria apenas um sinal de sua resistência e, portanto, também mostraria que temos razão (Freud, 1937/2017, p. 337).

Do ponto de vista técnico, o problema é patente. Como tomar uma prática como legítima e detentora de um estatuto de verdade se, no fim das contas, o analista, a partir de seu ponto de vista, com sua intervenção, tem sempre razão? A mesma crítica acaba por se direcionar a teoria psicanalítica. Afinal, que teoria é essa que sempre se mostra correta e inabalável, independente do que se lhe apresenta?

Freud, ao se valer do recurso da construção para defender a psicanálise das acusações sofridas, procura demonstrar que a questão possui nuances que não devem ser desconsideradas. A resposta de um analisando, ao ser submetido a uma determinada construção, não deve se pautar simplesmente por uma afirmação ou negação. O material construído se mostra pertinente quando é capaz de tocar em uma verdade da história do paciente, suscitando com isso novas rememorações, elaborações e posicionamentos. Construções em análise são, nesse sentido, construções sempre incompletas e que necessitam de uma confirmação no decorrer do tratamento. Elas visam uma verdade, são elaboradas a partir da necessidade de se buscá-la, e, ao mesmo tempo, são causadas pela verdade de um caso. As construções são, portanto, uma das principais responsáveis para que um trabalho analítico se mantenha em marcha.

Freud lança mão do artifício da construção para sustentar a legitimidade das intervenções analíticas. Talvez seja possível dizer que algo análogo a isso ocorre no momento em que a psicanálise passa a atuar em ambientes institucionais. Por meio da construção de casos na instituição, torna-se possível, assim como nos sinaliza Freud, sustentar a legitimidade do saber e das intervenções analíticas.

Em uma instituição, é comum nos encontrarmos com propostas de atuação que tentam se colocar de forma completa, sem furos. Um protocolo utilizado em uma instituição hospitalar, por exemplo, se vale dos mais diversos saberes para assim ser capaz de estipular formas de atuação e condução de determinadas situações de maneira pretensamente segura e ágil. Trata-se, efetivamente, de uma concepção de verdade em que se realiza uma identificação entre verdade e saber. Os diversos saberes elaborados em um determinado campo, em conjunção com outros saberes de outros campos, se associam de maneira a encontrar a resolução para um determinado impasse. Há aqui uma verdade, porém tomada, se nos utilizarmos das contribuições lacanianas, de um ponto de vista formal (Lacan, 1965/1998).

Com a psicanálise e com a possibilidade de construção de casos, novas perspectivas se abrem. Afinal, tanto a noção de verdade histórica em Freud (Freud, 1937/2017) quanto a pontuação de Lacan de que, para a psicanálise, a verdade deve ser considerada a partir de uma causalidade material (Lacan, 1965/1998) sugerem que o que está em jogo na abordagem de um caso não se reduz à identificação entre saber e verdade. A verdade, em um caso clínico ou em uma determinada situação, não se mostra completamente assimilável a um determinado saber. Algo escapa. E é justamente daí que novas propostas de atuação encontram meios de se desenvolver.

A construção de casos traz como possibilidade uma subversão. Ao se apresentar em uma instituição, propõe outros olhares para uma determinada situação. Está em jogo aqui uma outra concepção de verdade, capaz de abarcar e considerar o que não se restringe às malhas de um determinado saber. De acordo com Dias:

Uma construção clínica que se configura como pertinente se mostra capaz de sinalizar algo a respeito de um ponto material que se encontra perdido e que foi alvo de uma excitação pulsional. Mesmo que essa construção não consiga estabelecer uma elaboração final a respeito desse acontecimento (pois ela remete a um lugar onde as palavras não alcançam), é possível a localização de um efeito sobre o sujeito, levando a novas elaborações e modificações de sua posição subjetiva. A construção, em suma, auxilia na elaboração de um saber a respeito daquilo que escapa a qualquer forma de saber, uma vez que ela toma como referência a verdade histórica do sujeito (Dias, 2018, p. 94).

Interessa-nos, em nossa pesquisa, estabelecer uma aproximação entre a discussão sobre a construção de casos (em sua intrínseca relação com o problema da verdade em psicanálise) e o contexto hospitalar. Esperamos, assim, realizar um trabalho de depuração e aprofundamento. Afinal, a tese que mencionamos ao longo das linhas precedentes se volta para a atuação do analista em ambientes institucionais diversos, sem se preocupar com as particularidades existentes em cada um destes contextos. A proposição elaborada ao final desse percurso, a saber, a de que “o analista, em uma instituição, se configura como aquele que sustenta a consistência da verdade que se apresenta em uma situação” (Dias, 2018, p. 137) deve ser vista como uma diretriz passível de estabelecer orientações iniciais. No entanto, o alcance das consequências dessa diretriz deve ser relacionado a singularidade que cada uma dessas situações comporta.

Algumas características que encontramos no ambiente hospitalar se mostram particularmente instigantes no momento em que nos propomos a investigar o que se encontra em jogo no tipo de atuação analítica possível nesse ambiente. Um hospital, em sua forma de organização, esforça-se por excluir ou mesmo desconsiderar quaisquer manifestações que sejam de ordem subjetiva em um caso. Trata-se de uma instituição que é em grande parte regida por protocolos, e que tem como norte um ideal de cura muito bem estabelecido. Em muitos casos, a cura é tomada pela medicina como um dever a ser perseguido continuamente (Dias e Mendonça, 2023). A doença precisa ser tratada da forma mais eficaz possível, sendo que o diagnóstico com sua propedêutica deve servir à realização de um determinado tratamento de maneira otimizada. O saber, principalmente o saber médico, tem portanto grande prevalência, e quaisquer manifestações que apontem para aquilo que escapa à esse saber, é, em muitos casos, prontamente rechaçado.

Talvez a radicalidade do tipo de experiência que acontece no meio hospitalar nos permita dizer que o analista que se propõe a atuar neste local passa por uma verdadeira prova de fogo, vendo-se assim diante da necessidade de problematizar toda sua prática, teoria e suas formas de aplicação. Ansermet, ao refletir sobre a psicanálise possível em um hospital, nos diz o seguinte:

Cabe precisar que nossa prática em meio hospitalar muito pouco se parece com o que se imagina da psicanálise: não há enquadre definido, não há consultório privado, nem sessões programadas, tampouco necessariamente o projeto de voltar a se encontrar. Na maioria das vezes, vai-se ao encontro do paciente em seu leito, ou os encontramos nos corredores, raramente a partir de uma demanda deles, quase sempre dos médicos (Ansermet e Borie, 2007, p. 154).

Ainda que a atuação de um analista no contexto hospitalar não se paute pelos elementos que muitas vezes se ligam a prática analítica tal como mencionado acima, não devemos dizer que ela não ocorra. A posição de um analista, de alguma forma, favorece um processo de desconstrução, problematização e reposicionamento. Ansermet e Borie, mais adiante, neste mesmo texto, acrescentam:

O essencial -ou seja, o modo de encontro- é inventar sempre, no instante em que acontece o encontro. A posição psicanalítica não é a de compreender, mas de deixar um lugar para a surpresa, para o encontro, para a contingência. Trata-se de nós mesmos aprendermos a ser leves, e fim de descongelar o outro, para que se abra novamente um espaço de potencialidade, mais além das forças constrangedoras do acontecimento médico e suas dimensões traumáticas (Ansermet e Borie, 2007, p. 154).

Seria possível dizermos que a necessidade de invenção mencionada acima possui uma relação intrínseca à noção de construção, tal como a abordamos? Afinal, um caso só é passível de ser construído se levar em conta o laço transferencial existente em uma dada situação e também a singularidade desse mesmo caso (Viganò, 2012). Ao mesmo tempo, a construção só se mostra efetiva e promotora de giros e reposicionamentos se capaz de tocar em uma verdade de uma situação, verdade esta que não se reduz a uma atuação protocolar ou um tipo de saber. Inventa-se, ou constrói-se uma forma de se bordear essa verdade. Com isso, certas transformações e subversões tornam-se possíveis. De que forma se daria tal movimento? E quais os desafios existentes para a psicanálise no momento em que nos encontramos com as particularidades do saber médico, a instituição hospitalar e o fenômeno do adoecimento, com todas suas nuances e complexidades?

3 Justificativa

Podemos considerar que este projeto de pesquisa caracteriza-se por buscar contribuir no estabelecimento de pontos de orientação sólidos que se relacionem à prática do analista no contexto hospitalar. A complexidade do tema e os diversos impasses que surgem em relação a ele nos levam a considerar que se trata de um campo de estudo que pode se beneficiar de novas produções e reflexões que abordem pontos e elementos menos explorados, a saber, as relações entre verdade e saber para a psicanálise e para outros saberes que compõem a instituição hospitalar.

Nesse sentido, observamos que nossa proposta vai ao encontro de contribuições de autores como Moretto (2019), que defende que “quando estamos falando de Psicanálise e Hospital, estamos falando do lugar do psicanalista. Esse lugar não é um lugar dado *a priori*, e precisa ser construído em cada experiência, de um modo tal que ele, o psicanalista, possa operar” (p. 20-21). A autora pontua ainda que a presença de um psicanalista em uma instituição de saúde carreia em si um potencial transformador, via transferência (Moretto, 2019, p. 22). Consideramos que a nossa proposta de pesquisa pode trazer novas contribuições e aprofundamentos às pontuações como as colocadas acima. Afinal, refletir sobre o lugar de um psicanalista em uma instituição de saúde por meio do trabalho de construção de casos e suas implicações pode provocar interessantes giros, principalmente se trouxermos para a cena a relação próxima entre a construção de casos e o problema da verdade em psicanálise.

No que se refere a construção de casos propriamente dita, cabe observar a existência de produções que apontam para a potência existente na proposta de atuação e intervenção via construção de casos clínicos. Santos, Aires & Silva (2023) argumentam que “a construção do caso clínico propicia um diálogo com a equipe e possibilita a transmissão de um saber sobre o sujeito que adoece, um saber que não é todo, que aponta para a falta” (Santos, Aires e Silva, 2023, p. 03). Na mesma linha de raciocínio encontramos as considerações de Dias e Moretto, que sustentam que por meio da construção do caso clínico surge uma importante maneira de transmissão da psicanálise junto às equipes. As especificidades do saber psicanalítico encontram assim um meio de serem trabalhadas em equipe, o que possibilita o surgimento de formas de abordagem e reposicionamentos diversos (Dias e Moretto, 2017). Abrem-se possibilidades de interlocução com outros saberes, portanto:

Sustentamos que no hospital geral e nas instituições de saúde, o método da construção do caso clínico pode configurar, igualmente, a via para o psicanalista sustentar e transmitir a

especificidade de seu modo de abordar o sofrimento do paciente e contribuir no trabalho em equipe. Sem visar propriamente uma questão diagnóstica, mas sustentando, frente aos diversos saberes, uma *lógica singular do sintoma* que reintroduza a dimensão do sujeito na compreensão do caso e na tomada de decisões (Dias e Moretto, 2017, p. 59).

Temos a impressão de que seria valioso o tensionamento entre as colocações acima e a proposição relacionada à atuação de analistas em contextos institucionais elaborada por nós no trabalho prévio mencionado (“o analista, em uma instituição, se configura como aquele que sustenta a consistência da verdade que se apresenta em uma situação” (Dias, 2018, p. 137)). Um exercício como esse nos permitiria, assim, a abordagem da questão relacionada à construção do caso clínico por um outro viés. Ao mesmo tempo, nos abriria a possibilidade de nos aprofundarmos em outros aspectos, a saber, nos que se relacionam ao trabalho do analista seja no acompanhamento de casos ou mesmo enquanto alguém inserido em uma equipe interprofissional.

Nossa proposta retoma de outra maneira uma importante diferenciação, diferenciação esta fundamental para o desenvolvimento do trabalho de um analista em instituições de saúde diversas. Trata-se da diferença entre a entrada de um analista em uma equipe e sua efetiva inserção. A consideração a se fazer aqui é a de que entrar em uma equipe não é o mesmo que se inserir nela. A inserção de um analista em uma equipe é algo que deve ser permanentemente construído, em intrínseca relação com as situações que se apresentam. De acordo com Dias e Moretto,

O lugar do analista não diz respeito a um lugar físico ou a uma posição no organograma, mas a um lugar ético a partir do qual o analista pode operar. Um lugar que não é dado a priori e que deve ser construído a partir da práxis. A inserção seria justamente o processo de construção desse lugar (Dias e Moretto, 2017, p. 55).

Cabe observar a ocorrência da expressão “construção” na citação em questão, em sua íntima relação com o processo de inserção de um analista em uma equipe, ou mesmo em uma instituição. Parece-nos que aqui novas reflexões se mostrariam pertinentes. Entendermos como se daria essa inserção a partir da tentativa de um analista de sustentar a consistência de uma verdade que se apresenta em uma situação pode tornar os analistas ainda mais advertidos em relação ao seu lugar no ambiente hospitalar. Trata-se, portanto, de se inserir e de sustentar uma verdade, mas permanecendo em um lugar extraterritorial (Lacan, 1966/2001). Mas, de que forma?

Ainda que observemos importantes e robustas contribuições relacionadas à psicanálise que se propõe a se inserir no contexto hospitalar, permanece a impressão de que ainda há algo

a se dizer sobre esse exercício. Nossa aposta é a de que os questionamentos levantados aqui possam se tornar capazes de possibilitar novos retornos a pontos já trabalhados, reabrindo possibilidades e impedindo que enrijecimentos ocorram junto ao trabalho dos analistas em hospitais.

4 Objetivos

4.1 Objetivo principal

Problematizar aspectos relacionados à atuação de psicanalistas em instituições hospitalares, contribuindo assim para que tal atuação ocorra de forma ética e comprometida com os sujeitos que se encontram em situação de sofrimento.

4.2 Objetivos específicos

-Investigar as formas de inserção da psicanálise em instituições hospitalares, levando-se em conta os impasses e particularidades existentes nesse processo;

-Retomar e explorar a noção de construção de caso clínico enquanto um importante dispositivo que caracteriza o processo de inserção de um analista em uma equipe de trabalho, tanto no que se refere a condução dos casos quanto no que se relaciona a transmissão;

-Revisitar a relação possível entre construção de casos e o tema da verdade em psicanálise, buscando entender de que maneira tal relação surge e se apresenta no ambiente hospitalar;

-Abordar alguns dos elementos existentes no contexto hospitalar que especificam e também influenciam a atuação psicanalítica nesse campo, como: saber médico, adoecimento, instituição hospitalar, modelo disciplinar.

5 Referencial Teórico

5.1 Hospital terapêutico

Ao longo dos anos, os hospitais adquiriram diferentes formatos e cumpriram variadas funções. A configuração que iremos privilegiar aqui, e que entende o hospital como o local privilegiado para a realização de um tratamento de saúde, não veio subitamente. Interessa-nos, em nossa elaboração, a concepção de hospital surgida e implementada a partir do século XVIII, segundo as formulações de Foucault (1974/2025).

Antes do século XVIII, observamos a existência de uma separação entre o ambiente hospitalar e a prática da medicina. O hospital, neste momento, é entendido enquanto um espaço de exclusão, assistência e transformação espiritual. Exclusão, pois retira de circulação social os pobres e adoentados. Por estarem doentes, existe a possibilidade de que haja algum contágio, o que torna necessária sua segregação em um lugar específico. A assistência oferecida nos hospitais, nesse sentido, não visa a cura ou a oferta de um tratamento efetivo. Trata-se de uma assistência material e principalmente espiritual. Ofertavam-se assim os últimos cuidados e rituais religiosos para doentes terminais, com o objetivo de assegurar a salvação da alma do pobre que se encontra em processo de morte e também daqueles que caridosamente se propõem a dar assistência aos necessitados: “o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação (...) Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres” (Foucault, 1974/2025, p. 175).

A vinculação entre o saber médico e a instituição hospitalar, de acordo com Foucault, acontece a partir de dois fenômenos bastante significativos. Trata-se da relevância que a disciplinarização dos corpos ganha a partir do século XVIII e de deslocamentos e ajustes na maneira como a intervenção médica deveria acontecer.

Por meio da força que o modelo disciplinar vai adquirindo, encontramos a realização de uma análise cada vez mais acurada sobre o espaço hospitalar e das formas como a organização desse espaço deve incidir sobre os corpos daqueles que são tratados. Os motivos que justificam a disciplina aplicada ao hospital, segundo Foucault, são fundamentalmente econômicos. Um hospital que se disciplina, por exemplo, evita que epidemias se propaguem e possibilita o controle de indivíduos que passam a ser objetos de investimento do Estado,

principalmente em termos militares¹. Aqui, os processos de controle passam a ganhar cada vez mais destaque, o que significa que não é somente o resultado de uma ação que deve ser valorizado, e sim como esta ação deve se desenrolar. O hospital vai se configurando como um espaço que interfere diretamente nas formas de se intervir sobre o doente.

As mudanças nas maneiras da intervenção médica ocorrer acompanham de forma próxima a discussão sobre a disciplinarização do espaço hospitalar. A transformação que merece destaque aqui relaciona-se à consideração de que a doença passa a ser abordada levando-se em conta a vinculação entre ela e o ambiente no qual o doente se encontra. O meio se torna determinante no tratamento de uma doença, sendo que a medicina que vai ganhando força não se limita às intervenções em momentos de crise, isto é, à irrupção efetiva de um acometimento que abala um corpo sadio:

A cura é, nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que se endereça, não mais a doença propriamente dita, como na medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a temperatura ambiente, o regime, a alimentação, etc. É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais (Foucault, 1974/2025, p. 183).

Tal modificação em conjunção com a noção de disciplina coloca o médico como a principal figura do meio hospitalar. Ele é agora a principal referência de um hospital, o que concretiza o surgimento de um hospital terapêutico, ou de uma medicina hospitalar.

Ainda assim, cabe dizer que por mais que o hospital contemporâneo mantenha na figura do médico seu principal representante, outros saberes também se fazem presentes na instituição. Atualmente, além da medicina, um hospital também acolhe profissionais da enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, psicanálise, dentre outros.

Tal observação ganha relevância no momento em que nos voltamos para nossa proposta de pesquisa. Afinal, mesmo considerando uma espécie de ascendência do discurso médico em relação à outros campos de saber, percebemos a possibilidade de existência de outras formas de se considerar e abordar os indivíduos que se encontram em tratamento. Isto acaba por se intensificar se levarmos em conta o surgimento de abordagens do indivíduo que se propõem a serem integrais, não se reduzindo ao paradigma biológico. A definição de saúde adotada em 1948 pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948), em que ela é entendida

¹ Foucault defende que a disciplina que se desenvolve nos hospitais se relaciona intrinsecamente com as modificações ocorridas no meio militar no mesmo período. Os hospitais militares e marítimos foram os primeiros alvos das modificações realizadas. Isso se relaciona, dentre outras coisas, com a crescente necessidade de preparação e investimento nos soldados para o manuseio adequado de armas (como o fuzil) em combate. Controla-se mais e de forma mais efetiva por meio da disciplina, e a vigilância constante que surge a partir dela otimiza a realização de determinada atividade com a máxima eficácia (Foucault, 1974/2025).

como um estado de completo bem estar biopsicossocial, de modo importante, fornece as bases para o surgimento de novas maneiras de se tratar e mesmo curar.

Surge, neste momento, segundo Moretto (2019), um paradigma que não se limita ao biológico. A pergunta que surge e que se configura como um dos pontos de orientação para nossa investigação se relaciona, portanto, aos tensionamentos possíveis entre a psicanálise que se apresenta no hospital e a ideia de que o hospital se organiza enquanto um ambiente de forte apelo disciplinar, e que, ao mesmo tempo, é capaz de acolher em seu seio os mais diversos campos de saber, principalmente após o surgimento de um novo paradigma ligado à noção de saúde.

Cabe mencionar também uma outra importante consequência do processo de reorganização do hospital. Trata-se do amplo sistema de registro e sistematização de informações que emerge com sua reestruturação. Uma sistematização como essa, que compara tratamentos e verifica o que melhor funciona em um grupo de casos, além de contribuir no estabelecimento de formas de atuação e intervenção sobre os doentes, leva à possibilidade do hospital se configurar como um local privilegiado de formação e transmissão de saber: “os alunos serão exercitados nas experiências químicas, nas dissecções anatômicas, nas operações cirúrgicas, nos aparelhos. Ler pouco, ver muito e fazer muito, se exercitar na própria prática, ao leito dos doentes” (Foucault, 2011, p. 76).

Percebemos, assim, que no século XVIII e nos anos que se seguem, o hospital, efetivamente, vai se configurando como uma instituição médica, porém não só. Outros saberes se inserem no contexto hospitalar. Surge aqui a pergunta a respeito de até que ponto as diversas especialidades médicas e os outros saberes que passam a atuar no hospital se submetem a proposta de disciplina que passa a vigorar na instituição. Haveria espaço para atuações que se desenvolvam sem necessariamente se vincular a lógica que esboçamos a pouco? Se sim, de que forma isso aconteceria?

O hospital, ao se apresentar enquanto um espaço privilegiado para formação acadêmica, acaba por reforçar uma pergunta como essa. Afinal, as tensões possíveis de se estabelecerem entre saberes (e, particularmente, entre a psicanálise e estes outros saberes) podem, por vezes, revelar e colocar em questão certos modos de funcionamento existentes. A esse respeito, parece-nos importante a contribuição de Darriba (2019), que sustenta que a psicanálise, ao se fazer presente no hospital, traz questionamentos sobre as possibilidades de transmissão, ao estar “apoiada em uma experiência que tem por pivô o que se produz na contingência do encontro singular, em um cenário em que prepondera o empuxo à universalização sob a designação do científico” (Darriba, 2019, p. 247). Diante disso, pelo

menos dois caminhos possíveis surgem. Ou o processo de disciplinarização e silenciamento do que destoa ganha uma força ainda maior, ou, de alguma forma, aberturas criativas se tornam possíveis.

5.2 Psicanálise e Instituição Hospitalar

Acreditamos ser possível dizer que o lugar de um analista em uma instituição se torne possível a partir de alguns tensionamentos. Estes tensionamentos, de alguma maneira, possibilitam a atuação de um psicanalista na instituição hospitalar, gerando, nesse mesmo movimento, subversões que especificam este tipo de prática.

Caracterizarmos o hospital terapêutico do ponto de vista da disciplina e, mais adiante, o vincularmos a formação acadêmica, traz consigo a possibilidade de abordagem dos casos de um outro ponto de vista. Afinal, no momento em que o hospital se debruça sobre indivíduos a serem tratados, abre-se como perspectiva a abordagem da subjetividade destes mesmos indivíduos, mesmo que isso se dê de maneira involuntária. A subjetividade irrompe, e mecanismos disciplinares falham constantemente na tentativa de contê-la.

Um ponto que merece atenção e que possui grande impacto na atuação da psicanálise em hospitais refere-se à consideração de que sua inserção neste contexto deve se dar de forma não especializante. Tomarmos isso como um ponto central de nosso argumento nos permite estabelecermos bases que possibilitam darmos continuidade a nossa proposta de pesquisa.

De acordo com Stevens:

O psicanalista não é um especialista do sujeito ou do gozo. Ele é desespecializante, ele fura a instituição e o trabalho analítico através de uma construção do caso que atravessa todos os pontos de vista dos especialistas. (...) . A prática cotidiana, porém, a que presentifica a psicanálise aplicada na instituição, desdenha todas as identificações dos especialistas (Stevens, 2007, p. 79-80).

A psicanálise, em sua especificidade, e seguindo a orientação de Stevens, não se deixa apreender por meio da ideia de especialidade. Seu corpo teórico, e sua forma de inserção em um hospital, nesse sentido, faz com que algo escape, o que tem diversas consequências. Ficamos com a impressão de que uma equipe, ao solicitar a presença de analista, demanda algo, e que o resultado disso (a ação do psicanalista) é completamente diferente do que se espera dele em um primeiro momento. A pergunta que surge aqui relaciona-se aos desdobramentos que podemos extrair de uma colocação como essa. Como as características

que elencamos e que se vinculam a instituição hospitalar lidam com um tipo de atuação que continuamente foge aos protocolos estabelecidos, e que não se deixa apreender pela lógica de divisão de saberes via especialidade?

Cabe, nesse sentido, realizar uma observação que porta algo de paradoxal. Por um lado, torna-se possível dizer que os múltiplos saberes que compõem o campo hospitalar, de alguma maneira, possibilitam a entrada da psicanálise no hospital. No entanto, a psicanálise, em relação a medicina, ocupa um lugar denominado por Lacan de extraterritorial (Lacan, 1966/2011). As diversas práticas que adentram o hospital, em especial a psicologia, em alguma medida, contribuem para que o contexto hospitalar se deixe tocar pelas contribuições da psicanálise², mas não como mais uma especialidade que integra o rol hospitalar.

O paradoxo reside no fato de que características próprias da psicanálise fazem com que ela não se torne mais um saber estabelecido que compõem as equipes de saúde no hospital. Isto tem consequências, inclusive, sobre práticas acadêmicas que encontramos no ambiente hospitalar, como estágios, residências multiprofissionais e atividades de extensão. A situação não deixa de ser curiosa. A psicanálise entra no hospital, mas, ainda assim, não é possível dizer que ela passa com isso a ser mais um dos saberes especializados que integram as equipes de tratamento. Algo permanece fugidio, o que, no limite, está intrinsecamente vinculado a psicanálise enquanto teoria:

A natureza da experiência psicanalítica, calcada fundamentalmente na experiência clínica, nos leva a concluir que a psicanálise enquanto conceito possui em si um vazio de intensão. Miller propõe que, no caso da psicanálise, o que se concebe como intensão, isto é, como o aparato conceitual que a determina, não surge de uma forma clara. Há, no momento em que nos propomos a definir a psicanálise, algum tipo de hiato, algum tipo de falha que faz com que a sua própria significação se torne escorregadia (Dias, 2018, p. 32).

A pergunta, portanto, permanece e insiste. A psicanálise entra no hospital, o que não significa necessariamente que o psicanalista esteja, por meio desse momento, inserido no hospital. Como efetivar esta inserção, tal como formulado por Moretto (2019)?

² De acordo com Klumb, Martins-Neto e Freitas (2025), a psicologia iniciou sua efetiva inserção no contexto hospitalar a partir da década de 1950, antes mesmo da regulamentação da profissão. Alguns anos depois, os autores pontuam que a psicanálise começa, por sua vez, a se fazer presente nos hospitais, sendo o marco aqui os anos 70. A nosso ver, parece-nos que uma coisa não vai sem a outra. A psicanálise, em sua intrínseca relação com a psicologia no Brasil, acaba por encontrar um ambiente mais propício para sua entrada no hospital a partir da entrada da própria psicologia nos hospitais.

5.3 Verdade e Construção de Casos no Contexto Hospitalar

A inserção de um analista em uma equipe de cuidados se dá, em inúmeras situações, conforme mencionado, por meio da construção do caso clínico. Casos que se constroem revelam algo da verdade de uma situação. No entanto, não se trata de uma verdade tal como é entendida pelo mecanismo institucional. Saberes, protocolos e formas de atuação muito bem estabelecidas não dão conta de uma gama de situações institucionais que envolvem, em sua grande maioria, irrupções subjetivas (seja do paciente ou mesmo dos trabalhadores da saúde). O analista se torna aquele com alguma possibilidade de fazer algo com isso que irrompe, e que desencadeia questões e impasses.

A concepção de verdade privilegiada aqui, portanto, é a que encontramos com Lacan. O autor, na década de 70, enuncia o seguinte, ao falar sobre a verdade: “a verdade situa-se por supor o que do real faz função no saber, o que se acrescenta a ele (ao real)” (Lacan, 1970/2003, p. 443). Parece-nos que o analista, em uma equipe, no processo de construção de um caso, é aquele que dá consistência a isso que escapa no caso e que pode, no fim das contas, promover giros e subversões no funcionamento de uma instituição.

A investigação desta hipótese, em um hospital, ganha nuances que não devem ser desconsideradas. Por um lado, deve-se dizer que ao dar consistência a esse tipo de verdade que aqui aventamos abre-se a possibilidade de que o caso seja encarado de forma inédita. Efeitos no tratamento e na instituição podem se fazer sentir por meio disso. Resta-nos elaborar uma investigação que nos diga até que ponto estes efeitos podem colocar à prova certos modos de disciplina que vigoram no hospital. Até onde a instituição hospitalar, com funcionamentos que nos parecem por vezes de grande rigidez, podem se deixar tocar pelas novidades (e verdades) que um caso clínico eventualmente engendra?

Outro ponto que merece atenção aqui refere-se a transmissão. Afinal, de fato, via caso clínico surgem formas de transmissão de saberes que muitas vezes não se entendem enquanto tal. O desafio passa a ser, portanto, o de se estabelecer meios de se legitimar a transmissão de algo que escapa de tudo aquilo que é praticado protocolarmente no hospital. A entrada da psicanálise no hospital, segundo Klumb, Martins-Neto e Freitas (2025): “não apenas enriquece o repertório clínico, mas também promove a formação de equipes multidisciplinares mais sensíveis às nuances do sofrimento e da experiência humana, contribuindo para a construção de espaços de escuta que valorizem o diálogo e a empatia” (Klumb, Martins-Neto e Freitas 2025, p. 07). Talvez seja possível dizermos que o

enriquecimento do repertório clínico e a formação de equipes tenha intrínseca relação com o tema da verdade da forma como é abordado pela psicanálise. Afinal, conforme Lacan nos sinaliza, “nós não somos sem ela” (Lacan, 1969-70/1992, p. 60-61). E, no momento em que ela é tocada, algo de novo se torna possível.

6 Metodologia

Em termos metodológicos, temos como proposta proceder de forma análoga aos principais pontos desenvolvidos no texto “O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental” (Magtaz e Berlink, 2012). Consideramos que nesse manuscrito existem pontos capazes de nos orientar na proposta de trabalho aqui esboçada.

Nesse sentido, partimos do pressuposto de que a atuação psicanalítica no contexto hospitalar com suas especificidades gera um enigma, que por sua vez nos conduz na formulação do problema de pesquisa. O enigma, ou “surpreendente enigmático” (Magdaz e Berlink, 2012, p. 76), relaciona-se aos inúmeros desafios que o tratamento de um sujeito em situação de hospitalização suscita ao clínico que atende o caso e ao restante da equipe, principalmente em termos subjetivos. Há aqui um tipo de discrepância que gera os mais diversos impasses e desafios. Afinal, o que surge diante do clínico e da equipe é diferente daquilo que deveria ser o tratamento proposto.

O hospital, em toda sua complexidade, se torna, portanto, uma instituição a se colocar sob investigação, sendo que algumas das características que dele delimitamos se configuram como pontos de tensionamento e problematização no que se refere a abordagem analítica dos casos que se ligam a instituição em busca de tratamento.

Deve-se considerar ainda que não se busca, com a breve teorização feita nas linhas anteriores, comprovar aquilo que já se pretensamente sabe por meio de uma bibliografia disponível. Ao contrário, nosso exercício aqui será justamente o de se colocar a prova muito do que já se produziu a respeito da psicanálise que entra em um hospital a partir de outros referenciais pouco acessados ou mesmo não utilizados nessa situação. O que percebemos é que os impasses clínicos existentes em um hospital ainda se mostram capazes de gerar as mais diversas dificuldades, o que torna fundamental o retorno ao problema de outras maneiras. Trata-se, efetivamente, dos casos clínicos como surpreendentes enigmáticos capazes de colocar sob investigação os mais diversos contextos em um hospital. Afinal, o “surpreendente enigmático tira o clínico de suas convicções preconceituosas, da dimensão da dúvida e da necessidade de comprovação teórica e o coloca em lugar neutro, posição que favorece a entrada do estrangeiro no inconsciente do clínico” (Magtaz e Berlink, 2012, p. 77).

Outro ponto que merece atenção relaciona-se ao próprio pesquisador em si. Afinal, o clínico pesquisador acumula anos de experiência clínica no contexto hospitalar. Os vários casos atendidos por ele tiveram diferentes desfechos, e as discussões clínicas que foram suscitadas nestes acompanhamentos tiveram os mais diversos efeitos. Cada uma dessas

experiências, é necessário pontuar, foram capazes de provocar seus enigmas, sejam elas situações que possam ser consideradas de sucesso ou fracasso. Efetivamente, é necessário mencionar, com alguns ajustes, que

é do clínico (em nosso caso, do pesquisador) que se trata quando se trata do caso (ou de uma investigação) do clínico (pesquisador) e de seu desejo de transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada por meio de um tema de investigação” (Magtaz e Berlink, 2012, p. 77).

Ao transformar sua vivência em experiência socialmente compartilhada, abrem-se possibilidades de novos avanços nas questões levantadas, seja por meio do próprio pesquisador ou através do auxílio de novos colaboradores e pesquisadores tocados pelo tema. Uma experiência socialmente compartilhada, portanto, que diz da realização de um desejo por parte do pesquisador. Inevitável não realizarmos nesse momento uma aproximação entre esta colocação e a definição do desejo do analista enquanto um desejo que busca a obtenção da diferença absoluta (Lacan, 1964/2008, p. 260), capaz de nos lançar em direção ao novo.

Por fim, deve-se dizer que nosso plano de ação se constitui a partir do levantamento bibliográfico relacionado à organização hospitalar, a contínua caracterização e problematização da psicanálise que se pratica no hospital e ao resgate de vinhetas de atendimentos clínicos e discussões em equipe realizados no ambiente hospitalar.

7 Referências

- Alkmim, W. (Org.). (2012). *Carlo Viganò: novas conferências*. Belo Horizonte, MG: Scriptum Livros.
- Ansermet, F, Borie, J. (2007). Apostar na contingência. In: Associação do Campo Freudiano. *Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro, RJ: Forense universitária.
- Berlinck, M. T., Magtaz, A. C. O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 1, pág. 71-81, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000100006>
- Darriba, Vinicius Anciães. (2019). Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão. *Revista da SBPH*, 22(spe), 240-251. Recuperado em 10 de setembro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200017&lng=pt&tlang=pt.
- Dias, D. A. S. (2018) Especificidades da prática analítica em sua apresentação em um contexto institucional [manuscrito] *Tese doutorado*. Belo Horizonte: UFMG.
- Dias, D. A. S., Herzog, M. M. (2023). O Trabalho de Escuta no Hospital: Contribuições da Psicanálise à Luz de um Caso Clínico. *Revista Psicologia E Saúde*, 15(1), e15132177. <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2177>
- Dias, E. C., Moretto, M. L. T. (2017). A construção do caso clínico como via de transmissão da psicanálise nas instituições de saúde. In *Atualidades na investigação em psicologia e psicanálise*. São Paulo: Blucher. doi:10.5151/9788580393101-03
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição à psicopatologia da psicanálise, à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental* Vol. 7(1), 75-86. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142004000100075&script=sci_abstract&tlang=pt
- Foucault, M. (2011). *O nascimento da clínica*. (7^a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Foucault, M (2025). *Microfísica do Poder* (19^a ed.). Organização, Introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra. Trabalho original publicado em 1974.
- Freud, S. (2017). Construções em análise. *Fundamentos da Clínica Psicanalítica*. (tradução Claudia Dornbush) – Belo Horizonte, MG. Autêntica (Obras incompletas de S. Freud; 6). Trabalho original publicado em 1937.

Klumb, F. N., Martins-Neto, A., & Seixas, C. M. (2025). Psicanálise no hospital: elementos de uma práxis outrora e na atualidade. *Revista da SBPH*, 28, e025. <https://doi.org/10.57167/RevSBPH.2025.v28.760>.

Lacan, J (1992). *O Seminário, livro 17: O Avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido no ano de 1969-70).

Lacan, J (1998). A Ciência e a Verdade. In: Lacan, J. *Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1965).

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

Lacan, J. (2003). Radiofonia. In: Lacan, J. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1970).

Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar (Seminário proferido em 1964).

Moretto, Maria Lívia Tourinho. (2019). Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Revista da SBPH*, 22(spe), 19-27. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200003&lng=pt&tlang=pt.

Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagadoni.

Santos, V. de J., Aires, S., Silva, R. dos S.. (2023). Escuta Psicanalítica Diante da Morte: Uma Construção de Caso Clínico. *Revista Psicologia e Saúde*, 15, e15282085. Epub 09 de agosto de 2024. <https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2085>

Teixeira, A. (2010). *Metodologia em ato*. Belo Horizonte, MG: Scriptum livros.

Viganò, C. (2012). A construção do caso clínico. In: Alkmim, Wellerson Durães de (org.). (2012). *Carlo Viganò: Novas Conferências*. Belo Horizonte, MG: Scriptum Livros.

Stevens, A. (2007). A instituição, prática do ato. In: Associação do Campo Freudiano. *Pertinências da Psicanálise Aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano*. Rio de Janeiro, RJ: Forense universitária.

World Health Organization (1948). *Constitution*. Recuperado em 04 de Julho de 2025, de <https://www.who.int/about/governance/constitution>