



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

Tipo de documento: Artículo de investigación

2024

Ronaldo Sales de Araujo

O trabalho psicanalítico em um hospital público brasileiro: considerações teórico-clínicas

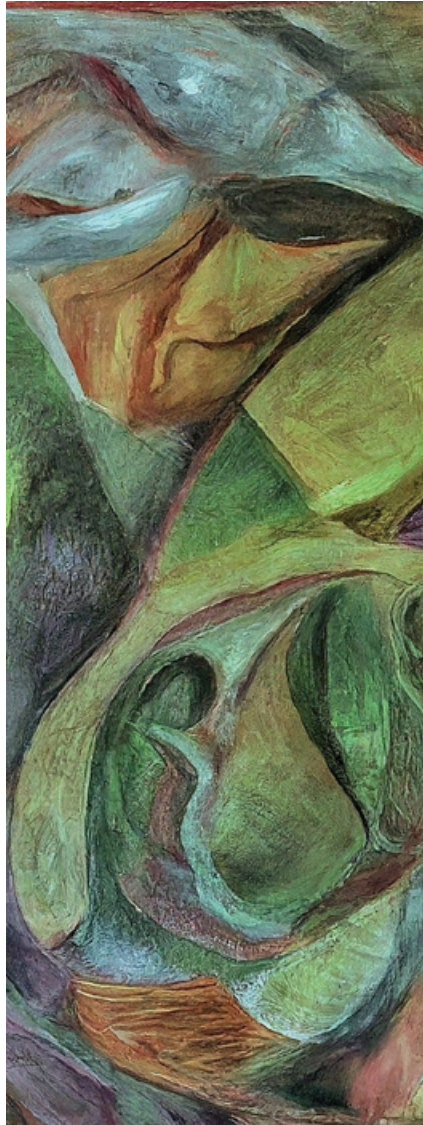
Revista Affectio Societatis, Vol. 21, N.º 40, enero-junio de 2024

Art. # 06 (pp. 1-24)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN



O TRABALHO PSICANALÍTICO EM UM HOSPITAL PÚBLICO BRASILEIRO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS

Ronaldo Sales de Araujo¹

Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais, Brasil

rsales.psi@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2204-697X>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v21n40a06>

Resumo

O artigo é o resultado de uma pesquisa acadêmica, no nível de mestrado, sobre o trabalho do psicanalista em um hospital público brasileiro. Considera-se urgente refletir sobre os riscos da exaltação do saber científico, no contexto hospitalar, que não leve em conta outros fatores envolvidos na produção de uma doença: como os sociais, econômicos, políticos e subjetivos. A metodologia elegera foi a vinheta clínica proposta no arcabouço teórico da psicanálise, em especial por Freud e Lacan. Os resul-

tados evidenciaram que o trabalho psicanalítico no hospital seria acolher o sujeito, porque, ao falar, ele expõe suas fantasias, constrói um saber possível sobre sua doença e seu corpo, em uma tentativa de articular a palavra ao real do corpo. Ademais, uma possibilidade de o sujeito ser agenciador de discursos e, conseqüentemente, protagonista no seu tratamento hospitalar.

Palavras-chave: psicanálise, medicina, corpo, subjetividade.

-
- 1 Psicanalista. Doutorando em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Psicólogo Clínico na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e Professor da Faculdade de Psicologia - PUC Minas. Bolsista CAPES.

EL TRABAJO PSICOANALÍTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO BRASILEÑO: CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CLÍNICAS

Resumen

Este artículo es el resultado de una investigación académica, a nivel de maestría, sobre el trabajo del psicoanalista en un hospital público brasileño. Se considera urgente reflexionar sobre los riesgos de la exaltación del conocimiento científico en el contexto hospitalario, que no tiene en cuenta otros factores involucrados en la producción de una enfermedad: como los factores sociales, económicos, políticos y subjetivos. La metodología elegida fue la viñeta clínica propuesta en el marco teórico del psicoanálisis, especialmente por

Freud y Lacan. Los resultados mostraron que el trabajo psicoanalítico en el hospital sería acoger al sujeto, porque cuando habla, expone sus fantasías, construye un saber posible sobre su enfermedad y su cuerpo, en un intento de articular la palabra a lo real del cuerpo. Además, es una posibilidad para que el sujeto sea el agente del discurso y, consecuentemente, el protagonista de su tratamiento hospitalario.

Palabras clave: psicoanálisis, medicina, cuerpo, subjetividad.

THE PSYCHOANALYTIC WORK IN A BRAZILIAN PUBLIC HOSPITAL: THEORETICAL AND CLINICAL CONSIDERATIONS

Abstract

This paper results from a master's degree academic research on the psychoanalyst's work in a Brazilian public hospital. It is urgent to reflect on the risks of exalting scientific knowledge in the hospital context, which does not consider other factors involved in the production of a disease, such as the social, econom-

ic, political, and subjective factors. It follows the methodology of the case report --proposed in the psychoanalytic theoretical framework, especially by Freud and Lacan. The results showed that the psychoanalytic work in the hospital should be to foster the subject who, by speaking, exposes their fantasies and

builds a possible knowledge about their illness and their own body in an attempt to articulate the speech to the real of the body. It is also a possibility for the subject to be an agent

of discourse and, consequently, to be the focus of the hospital treatment.

Keywords: psychoanalysis, medicine, body, subjectivity.

LE TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE DANS UN HÔPITAL PUBLIC BRÉSILIEN : CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES ET CLINIQUES

Résumé

Cet article, issu d'une recherche académique dans le cadre d'un master, porte sur le travail du psychanalyste dans un hôpital public brésilien. Il est considéré comme urgent de réfléchir aux risques de l'exaltation de la connaissance scientifique dans le contexte hospitalier, qui ne prend pas en compte les autres facteurs impliqués dans la production d'une maladie : des facteurs sociaux, économiques, politiques et subjectifs. La méthodologie choisie a été la vignette clinique proposée dans le cadre théorique de la psychanalyse, en particu-

lier par Freud et Lacan. Les résultats ont montré que le travail psychanalytique à l'hôpital consisterait à **accueillir le sujet, car lorsqu'il parle**, il expose ses fantaisies, construit un savoir possible sur sa maladie et son corps, dans une tentative d'articuler la parole au réel du corps. De plus, c'est une possibilité pour le sujet d'être l'agent du discours et, par conséquent, le protagoniste de son traitement hospitalier.

Mots-clés : psychanalyse, médecine, corps, subjectivité.

Recibido: 05/25/2023 • Aprobado: 11/15/2023

Introdução

Neste artigo, será feita uma reflexão sobre o lugar do psicanalista no hospital e, em especial, sobre as especificidades do seu trabalho nessa instituição de saúde pública. Em um hospital sediado na cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais, cabe ao Analista de Gestão e Assistência à Saúde (AGAS) na função de Psicólogo Clínico garantir o espaço de trabalho do profissional de psicologia na esfera pública estadual, através da sustentação e defesa da sua prática naquele contexto.

O setor de psicologia hospitalar de que se trata este artigo foi criado por uma psicóloga servidora pública em 1983. Naquela época, o setor visava ao atendimento de pessoas portadoras de leucemia. No início da década de 1990, iniciaram os atendimentos aos pacientes encaminhados pela equipe da mastologia. Desde então, a equipe foi reformulada com as nomeações de profissionais aprovados em concurso público. Atualmente, a equipe é formada por seis profissionais praticantes da psicanálise, investidos na formação psicanalítica.

Os pacientes atendidos nesse serviço são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e os profissionais atuam em todas as unidades do hospital e no ambulatório hospitalar. Os usuários do serviço comumente são adultos, de ambos os sexos, com doenças oncológicas diversas. A única exigência, no caso de atendimento psicológico ambulatorial, é a de o paciente ter sido atendido naquela unidade hospitalar ou encaminhado pela rede SUS. Caso contrário, o usuário do SUS deverá procurar a unidade de saúde pública de sua referência, clínicas universitárias ou clínicas particulares.

Na instituição hospitalar, os protocolos médicos descrevem a forma de tratamento de uma determinada doença buscando o máximo nível de excelência, o que, geralmente, se aproxima do campo do ideal: um saber total em detrimento a um possível saber do particular que poderia não ser sinalizado através dos protocolos. Entretanto, cabe aqui uma ressalva: o saber médico, como um saber científico, não pode ser desprezado. O que se busca é fazer uma reflexão sobre os riscos da exaltação do saber científico e da desconsideração dos

fatores envolvidos na produção de uma doença, como os sociais, econômicos, políticos e subjetivos.

A medicina moderna, segundo Foucault (2004/1980), tenderia a privilegiar o mecanismo corporal, o organismo como uma coleção de órgãos passíveis de substituições por dispositivos biotecnológicos no ambiente hospitalar. Constata-se uma “festa” do cientificismo construída por instrumentos tecnológicos sobre os quais a medicina opera hoje: “festa em que o corpo irradiava ainda há pouco por ser inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e capaz de ser condicionado” (Lacan, 2001/1966, p. 11). Assim, o sujeito tenderia a ficar como um resto nessa cena ou, até mesmo, sairia de cena, quando o que está em questão é a organicidade.

No hospital, o discurso do médico é o representante do discurso da ciência, aquele discurso que exclui a subjetividade dos atores que estão na cena, a do médico e a do paciente. Pode-se inferir que a objetividade esperada do médico está sustentada pela exclusão da subjetividade do paciente. Tal objetividade tem que ser cumprida por todos os atores nesse contexto, conforme a prescrição médica e os exames clínicos propostos para definir um diagnóstico. Sem esses instrumentos, parece não ser possível o tratamento médico. Por isso, é preciso obedecer ao comando dos protocolos, como um imperativo científico. Ao mesmo tempo em que o paciente fica reduzido a uma doença, o médico também “desaparece” diante das exigências do seu saber. Para Lacan (2001/1966), “o desenvolvimento científico inaugura e põe cada vez mais em primeiro plano este novo direito do homem à saúde, que existe e se motiva já em uma organização mundial” (p. 10). Ainda segundo Lacan:

Na era científica, o médico encontra-se em uma dupla função: por um lado, ele lida com um investimento energético do qual não suspeita o poder se não o lhe explicarmos, por outro lado ele deve colocar este investimento entre parênteses em razão mesma dos poderes dos quais dispõe, daqueles que ele deve distribuir, no plano científico em que está situado. Quer queira quer não, o médico está integrado neste movimento mundial de organização de uma saúde que torna-se pública e por este fato novas questões lhe serão colocadas. (p. 14).

Diante dessa realidade, não se pretende sustentar que não há relação entre médico e paciente na sua clínica. O que ocorre diante do discurso científico é o imperativo do saber total via procedimentos, prescrições e condutas concretas. As subjetividades do médico e do paciente, tamponadas pelos protocolos impostos no dia a dia dentro do hospital, ainda conseguem exercer alguma influência nessa relação. Mas, quando elas não são consideradas, os sujeitos permanecem sem voz diante do tratamento médico proposto. Nessa relação médico-paciente, a subjetividade tende a ser excluída tanto de um como do outro e o que sustenta essa relação é o distanciamento entre ambas as partes.

No entanto, é comum uma mudança da relação médico-paciente para uma relação instituição médica-doença, tendo em vista a destituição subjetiva dos atores envolvidos na cena, quando o médico passa a ser apenas um coadjuvante do tratamento e a doença um objeto descrito nos códigos internacionais de doenças; isso não é, pois, sem efeitos. Como salienta Foucault (2004/1980): “e o hospital desempenha alternadamente este duplo papel: lugar das verdades sistemáticas para o olhar do médico, e o das experiências livres para o saber que formula o mestre” (p. 52).

Após esses esclarecimentos de Foucault (2004/1980), pode-se verificar que nos hospitais, de maneira geral, por um lado, o paciente não escolhe o médico e a equipe que vai atendê-lo, sujeitando-se às normas das instituições – a subjetividade do paciente não é considerada pelas instituições. Por outro lado, o médico também é atravessado por suas determinações inconscientes que interferem em sua prática clínica, mesmo que isso não seja levado em conta pela instituição hospitalar. Segundo Foucault, a relação médico-paciente é algo que não interessa à medicina, uma vez que esse campo de atuação é nitidamente delimitado do ponto de vista metodológico: “para conhecer a verdade do fato patológico, o médico deve abstrair o doente” (p. 7). Foucault continua:

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença: são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neu-

tralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o conhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências. (p. 8).

Se o discurso da ciência opera via exclusão da subjetividade do paciente, quais os efeitos dessa exclusão? Um dos efeitos é a identificação do paciente com a doença que porta, ficando na posição de objeto da investigação científica (médica). Desde a sua invenção por Freud, a psicanálise possui uma maneira própria de operar sobre um fenômeno que desafia os médicos: um mal-estar relatado pelos pacientes que está fora de uma causa orgânica e que é possível testemunhar até hoje na prática hospitalar. O fenômeno histérico, por exemplo, interpretado geralmente pelos profissionais de saúde como sendo uma forma de se chamar a atenção, ou como um fingimento do paciente, coloca um impasse ao saber da ciência, na medida em que este não consegue curá-lo, algo não cessa de não se inscrever (Lacan, 2008b). Reitera-se a pergunta de Ansermet (2014): “afinal esse par [psicanálise e medicina] não se funda sobre um mal-entendido primordial?” (p. 4).

Se considerarmos a questão dos fenômenos que não têm a estrutura de sintomas e estão localizados na interseção entre medicina e psicanálise, eles podem receber o estatuto de fenômenos analíticos, desde que se inscrevam presentemente em uma relação. Por meio da operação de transferência, eles podem ser transformados, traduzidos em sintomas analíticos. Mas, para isso, é preciso primeiro reconhecê-los como fora do simbólico: esta é, paradoxalmente, uma das condições para que eles possam encontrar a função de um dizer nas coordenadas de um encontro singular. (Ansermet, 2014, p. 4).

O psicanalista, no hospital, não observa o doente, mas escuta o sujeito, oferecendo uma contribuição decisiva para o seu tratamento. Freud (1996/1901) constatou, no início de sua prática clínica, a existência de lapsos nas falas das suas pacientes. Isso o intrigou e revelou a ele uma influência de instâncias psíquicas para além da consciência do sujeito: as leis do inconsciente. Essas produções livres e espon-

tâneas versadas pelo sujeito poderiam ter um efeito de livre encaideamento de associações. Nesse sentido, a partir dos estudos sobre a histeria, Freud (1996/1905[1901]) utiliza o método da associação livre indicada por suas pacientes, deixando de operar numa abordagem médica, via hipnose, e elegendo a associação livre como o método clínico de tratamento psicanalítico. Freud (1996/1923[1922]) esclarece sobre o método:

A “Regra Técnica Fundamental” desse procedimento de “associação livre” foi desde então mantida no trabalho psicanalítico. O tratamento é iniciado pedindo-se ao paciente que se coloque na posição de um auto-observador atento e desapaixonado, simplesmente comunicando o tempo inteiro a superfície de sua consciência e, por outro lado, não retendo da comunicação nenhuma ideia, mesmo que (1) sinta ser ela muito desagradável, (2) julgue-a absurda ou (3) sem importância demais ou (4) irrelevante para o que está sendo buscado. Descobre-se uniformemente que justamente as ideias que provocam as reações por último mencionadas são as que têm valor específico para a descoberta do material esquecido. (p. 256).

Seguindo na trilha freudiana, segundo Lacan (1998/1957), a psicanálise inaugura algo novo, ou seja, ela se manifesta pelo efeito da relação de linguagem entre esses sujeitos, utilizando como método de investigação a associação livre, no qual “se justificam todos na concepção de inconsciente de seu inventor” (p. 517). Essa regra é válida para toda clínica psicanalítica, independentemente do contexto em que ela se dá. Assim, a clínica psicanalítica no hospital segue os mesmos princípios da clínica psicanalítica no consultório. Pois, “o que é uma práxis? Parece-me duvidoso que este termo possa ser considerado como impróprio no que concerne à psicanálise. É o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico” (Lacan, 2008/1964, p. 14).

Esses esclarecimentos corroboram as considerações de Nogueira (2004) sobre a metodologia psicanalítica: para ele, a metodologia científica em psicanálise se confunde com a própria pesquisa. Assim, ao levar isso em conta, foi eleita como metodologia a construção do caso

clínico. Entretanto, para este momento, foram selecionados apenas alguns fragmentos, como se verá mais adiante neste artigo.

Pôde-se pensar que a grande novidade de Freud para a ciência foi a de demonstrar que, a partir do singular, da construção do caso clínico, é possível construir conceitos universais. Poli (2006) considerou que mesmo que as produções discursivas, sobre as quais e com as quais a psicanálise opera, tragam sempre a marca do singular e do contingente, mantém-se o compromisso – ético e epistêmico – do singular ser portador da verdade. A verdade do sujeito é interna à experiência que a produz, mas pode ser transmitida e, portanto, compartilhada por uma comunidade, sociedade ou cultura.

Freud, diante dos seus estudos, sobretudo na chamada primeira tópica (1900/1915) ou teoria topográfica, apresentou à comunidade o aparelho psíquico. Foi constatado que através de uma clínica que ofertasse minimamente uma escuta, o sujeito poderia construir um saber sobre seu mal-estar, sobre seu corpo para além de uma causa orgânica. Isso sinalizaria um caminho para a cura ou um apaziguamento do sofrimento. Consequentemente, abriria uma possibilidade da prática clínica que ultrapassaria o corpo anatômico (Freud, 1996/1905[1901]). O autor sustentou, naquele período de seu ensino, uma junção particular entre o corpo e a mente, apresentando o conceito de pulsão.

A pulsão nos apareceria como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo. (Freud, 1996/1915, p. 127).

Corroborando os estudos freudianos, Lacan (2001/1966) esclareceu que o sujeito se apresenta com um corpo que goza, portanto, possui um organismo vivo. Além disso, pôde-se pensar que o corpo poderia ser um efeito do enlaçamento que ocorreu entre imaginário, real e simbólico, ultrapassando aquele corpo que é objeto de estudo

no campo da medicina, ou seja, no real de um corpo, não apenas biológico, mas pulsional, sobretudo pela via dos discursos.

No seu último ensino, especialmente no *Seminário 20*, Lacan (2008/1972-73) desembocará na concepção do sujeito corporificado, levando-se em conta o corpo na constituição da subjetividade. Segundo ele, o sujeito torna-se um ser de linguagem que possui um corpo. É isso que vai interessar à psicanálise: a construção e a eclosão do sujeito.

Assim, no cenário hospitalar, primeiramente se faz necessário destacar as demandas dirigidas ao psicólogo e posteriormente refletir sobre o seu manejo clínico, pela via da psicanálise, a partir das demandas institucionais a ele dirigidas. No entanto, como afirma Ansermet (2014), “o apelo à psicanálise se faz, doravante, a partir de um ponto de perplexidade, de estranheza, por vezes de horror, resultante do confronto com novas formas de gozo, versão moderna do mal-estar na civilização” (p. 2). A autora considera que a psicanálise seria convocada para o campo da medicina pela via de universais, no entanto o manejo psicanalítico ocorreria apenas pela via do particular.

Posto isso, a clínica psicanalítica que ocorre em uma instituição hospitalar apresenta algumas especificidades. No hospital, o trabalho do psicanalista pode ser realizado com o paciente, com a família e/ou com a equipe multiprofissional. Por exemplo, a prática se dá frequentemente mediante discussões de casos clínicos no ambulatório, nas unidades de internação e nas reuniões multiprofissionais, visando contribuir para o trabalho em equipe e a oferta de uma clínica ampliada, capaz de incluir na cena hospitalar a singularidade de cada sujeito.

No campo psicanalítico é sabido que não se deve perder de vista a posição ética que se funda na orientação clínica voltada para o singular de cada caso. Diante disso, o psicanalista não responderia à demanda que lhe é feita geralmente sobre a adequação do paciente ao tratamento nem responderia à demanda atual de cura rápida, de acabar com o mal-estar que é ainda mais prevalente na cena hospitalar. O manejo psicanalítico apostaria na impossibilidade de se prever a duração de um tratamento, levando em conta a dimensão atemporal

dos processos inconscientes. No entanto, diante da brevidade ou não da permanência de um paciente no contexto hospitalar, como seria o manejo clínico do psicanalista?

A clínica psicanalítica no *setting* hospitalar

No hospital, o saber da medicina é fundamental, o que confere ao médico um lugar assegurado de trabalho neste local. Já o psicanalista deverá marcar ali a relevância do seu trabalho, tendo em vista que a inclusão da psicanálise neste espaço é contingencial. É possível abordar o encontro que se dá entre a psicanálise e a medicina no hospital pela via da antinomia: se não há coincidência entre esses dois saberes, há um encontro possível entre médicos e praticantes da psicanálise dentro do contexto hospitalar. O psicanalista e o médico atendem o mesmo usuário do SUS, no mesmo local. Mas o discurso que anima a clínica, a ética que a sustenta e o lugar do profissional na direção do tratamento demarcam algumas das principais diferenças entre os dois campos. O psicanalista tem como pressuposto fundamental o determinismo do inconsciente na vida de um sujeito. A direção do tratamento é sustentada pelo funcionamento psíquico do sujeito do inconsciente, que emerge no intervalo entre dois significantes (S1 e S2). Assim, o psicanalista considera que nenhuma resposta do sujeito no ambiente hospitalar é por acaso, seus atos e palavras dizem algo sobre ele, tendo em vista que o psicanalista não sabe sobre o desejo do Outro. Ademais, “indica que a psicanálise não é da ordem do esgotável, pelo menos enquanto houver falantes” (Voltolini, 2020, p. 191).

Assim, a transmissão da psicanálise se dá pela via do ato e não pela via do saber teórico. Como salienta Teixeira, “o saber que rege a pesquisa em psicanálise emerge como efeito de sua colocação em ato” (2010, p. 28). A condução do tratamento é orientada pelo interesse nos aspectos singulares de cada caso, ou seja, a clínica psicanalítica é sustentada pela “operação de esvaziamento do saber prévio, indispensável à construção do caso clínico” (Teixeira, 2010, p. 59). Operar com o saber da psicanálise é reconhecer que há uma relação indissociável entre investigação e tratamento.

Lacan (1992), através da sua teoria dos discursos, pode auxiliar no sentido de analisar o manejo clínico do psicanalista no contexto hospitalar. A noção de discurso surge em alguns momentos no ensino de Lacan, mas é em seu *Seminário 17* que ele defende a ideia de um discurso para além da fala, colocando-o como protagonista do laço social: “mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas” (p. 11).

O Discurso da Universidade (Figura 1), tendo como agente o S₂, possui como efeito o exercício do domínio pelo saber. O saber, na posição de agente do discurso, leva a considerar a possibilidade de se alcançar um saber universal. Nesse discurso, segundo Lacan (1992), o saber se traduz em um conhecimento organizado, cumulativo e burocrático que pode apagar o desejo, o desejo de saber.

$$\begin{array}{ccc} & U & \\ \frac{S_2}{S_1} & \rightarrow & \frac{a}{s} \end{array}$$

Figura 1. Discurso da Universidade

Nota: Lacan (1992, p. 27).

Pode-se perceber que o produto desse discurso é “o S barrado que vem a seguir, à direita e abaixo. A diferença está aí. Resultou desse produto, um sujeito. Sujeito do quê? Sujeito dividido em todo o caso” (Lacan, 1992, p. 156). Para Lacan, “o discurso da ciência só se sustenta, na lógica, fazendo da verdade um jogo de valores, eludindo radicalmente toda sua potência dinâmica” (p. 95), ou seja, coloca o saber como agente, resultando numa teorização para tudo. Constata-se uma aproximação do Discurso da Universidade ao modo de operação da ciência. Nesse contexto, parece que se está no ideal científico, o qual aposta em uma produção de saber que exclui o saber do cientista, do pesquisador, ou seja, da autoria de um sujeito. Nesse discurso, há a possibilidade de respostas já catalogadas visando à universalidade, portanto, acabando com a diferença.

Lacan discorreu sobre o Discurso da Universidade a partir de sua posição fundamental em que o discurso da ciência se estrutura. Nesse

discurso, o S2 ocupa o lugar de agente, da ordem, do mandamento. Esse lugar foi, primeiramente, ocupado pelo mestre. Ele acrescentou que “é impossível deixar de obedecer ao mandamento que está aí no lugar do que é a verdade da ciência – vai, continua. Não para. Continua a saber sempre mais” (Lacan, 1992, p. 110).

O Discurso da Universidade, nesse caso exemplificado pela medicina, tenta reduzir ao máximo uma possível desordem ocasionada pela subjetividade, tanto do profissional quanto do paciente. No hospital, trata-se da doença e não do doente. É uma supremacia da técnica sobre o sujeito. Contudo, vivencia-se, nessa prática hospitalar, uma limitação, natural, de um posicionamento sobre a abordagem subjetiva que não faz sentido no manejo médico de uma série de necessidades orgânicas. O imperativo técnico, exemplificado pela clínica médica, não construiria uma resposta ao sofrimento humano e a psicanálise entraria neste espaço não compreendido pela técnica humana, mesmo estando dentro de um cenário hospitalar.

Percebe-se frequentemente na prática hospitalar uma desconsideração dos profissionais de saúde com relação à fala dos pacientes sobre os seus sintomas subjetivos. O saber médico sobre a doença se impõe sobre o saber do sujeito acerca do próprio corpo, de suas manifestações e sintomas. O saber médico se mostra ineficiente para codificar as questões subjetivas envolvidas na produção do sintoma. Entraria em cena a diferença entre o sintoma médico e o sintoma trabalhado no campo psicanalítico.

Nesse espaço hospitalar, que mostra um descompasso entre a urgência médica e a urgência subjetiva, a presença do psicanalista se torna possível. Entretanto, existe uma disjunção entre a demanda médica e a resposta do psicanalista. Segundo Beneti (2000), vivenciam-se, nesse espaço, duas clínicas radicalmente diferentes: a da medicina, que opera no corpo biológico (clínica do olhar), e a da psicanálise, que opera com a palavra (clínica da escuta). Se a medicina visa a um tratamento universal para os pacientes, o psicanalista, no ambiente hospitalar, testemunha os efeitos subjetivos da intervenção da ciência sobre o corpo. Tendo em vista que, no hospital, há uma busca por respostas rápidas regularmente estruturadas pelo saber científico, a

clínica psicanalítica opera por outra via. Uma via construída por um corte, uma brecha que deixa um lugar para a particularidade do sujeito abre um espaço para a palavra daquele que sofre.

Ao psicanalista isso não causará um estranhamento, pois ele considera algo que está fora desse campo médico, fora do saber científico, que é o saber de cada sujeito. No entanto, é importante que o analista fique atento às demandas que lhes são dirigidas. No hospital, raras são as vezes em que o paciente busca o atendimento de um psicólogo ou de um psicanalista. Na maior parte das situações, é a equipe ou os familiares do paciente quem aciona o serviço de psicologia. Quando se busca um hospital, busca-se, na verdade, um médico, ou um saber que possa curar a doença. Portanto, trata-se de uma situação diferente daquela em que o sujeito busca uma análise em consultório particular. Entretanto, percebe-se que no ambiente hospitalar há um sofrimento “mais além” do físico. E para que um sofrimento se transforme em demanda, até mesmo analítica, faz-se necessário um modo de operação analítico.

O pedido de atendimento via interconsulta pode indicar a busca de outro saber, de um especialista da psicologia. No entanto, ao ser chamado, o psicanalista não dá consistência a essa especialidade da psicologia. Ele opera no espaço vazio, sem consistência. Assim, não há uma concordância entre o lugar em que ele é chamado a ocupar – de especialista – e o lugar de onde ele pode responder. Na instituição hospitalar, o psicólogo é convocado, assim, a responder geralmente diante de um impasse do saber médico, por exemplo quando o paciente demanda a presença da família fora do horário de visita instituído pelo hospital ou quando ele dorme ou chora muito, quando fala demais ou se cala e, sobretudo, quando não respeita a rotina hospitalar. Ou seja, esta demanda ocorre quando algo acontece fora da previsibilidade médica, que aponta para a particularidade do paciente. É justamente isso que interessa à psicanálise. É nesse momento, quando algo escapa ao saber universal e ao controle, que o psicólogo que trabalha com a psicanálise pode intervir. Se ele não responde à demanda médica nem dá consistência ao lugar de especialista da psicologia, o que pode sustentar o seu lugar nesse espaço?

Nesse contexto, surge uma particularidade do Discurso do Analista: é o único que trata o outro como sujeito (\$). Nele (Figura 2), o

lugar do agente é ocupado pelo objeto *a*, ou seja, assumindo uma posição enigmática, como um resto da operação da linguagem, que, entretanto, opera como causa. “Designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e, no entanto, essencial” (Lacan, 1992, p. 44).

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{S}{S_1}$$

Figura 2. Discurso do Analista

Nota: Lacan (1992, p. 27).

Foi visto que, no Discurso da Universidade, o outro é tratado como objeto (objeto *a*). Tratar o outro como sujeito é propiciar a possibilidade que sua singularidade se manifeste através do produto desse discurso, o *S*₁. “Como pensar o Discurso do Analista onde o saber ocupa o lugar da verdade? Como saber sem saber? Isso é um enigma” (Lacan, 1992, p. 36), ou seja, uma função de enigma, um semidizer. O analista “se faz de causa do desejo do analisante” (p. 39). Lacan continua:

Esse efeito – ponhamos agora isto aqui entre aspas – de ser, seu primeiro afeto só aparece no nível de que se faz causa do desejo, quer dizer, no nível do que nós situamos, por esse primeiro efeito de aparato, do analista – do analista como lugar que tento cercar com essas letrinhas no quadro-negro. É lá que o analista se coloca. Ele se coloca como causa de desejo. Posição eminentemente inédita, senão paradoxal, que uma prática ratifica. (p. 161).

A posição do analista como agente de um discurso vem substancialmente do objeto *a*. Nas palavras de Lacan:

Na articulação que faço do que é estrutura do discurso, na medida em que ela nos interessa e, digamos, na medida em que é tomada no nível mais radical em que importa para o discurso psicanalítico, essa posição é, substancialmente, a do objeto *a*, na medida em que esse objeto *a* designa precisamente o que, dos efeitos do discurso, se apresenta como o mais opaco, há muitíssimo tempo desconhecido, e, no entanto essencial. Trata-se do efeito do discurso que é efeito de rechaço. (p. 44).

Neste momento, recorre-se ao Discurso do Analista elaborado por Lacan (1992), que versa que é possível sustentar, no *setting* hospitalar, uma posição de escuta, ou seja, não existem duas práticas psicanalíticas, uma para o consultório e outra para o ambulatório. Pode-se apostar na aplicação desse dispositivo para além dos consultórios privados, pois o que determina a especificidade desta clínica é o lugar ocupado pelo psicanalista e sua orientação em direção ao singular de cada um. Nesse sentido vejam o esclarecimento de Moretto e Prizskulnik (2014):

A “inserção” do psicanalista é um processo que tem a ver com o seu ato – o ato do psicanalista. Estamos falando de algo que tem a ver com um posicionamento simbólico, uma localização subjetiva, e que, portanto, leva em conta um processo psíquico que envolve, no mínimo, um “eu”, um “outro” e uma estrutura que os contém e delimita de forma a garantir a qualidade de “dentro/fora” de qualquer que seja o elemento que a constitua. (p. 290).

O ambulatório é um local possível para a prática da psicanálise, uma vez que existe a possibilidade de certa regularidade dos atendimentos por meio da marcação de consultas, do sigilo sobre o caso e de certa autonomia do profissional para exercer a sua prática psicanalítica. O fragmento clínico que será apresentado neste artigo diz respeito a uma paciente que foi atendida no nível ambulatorial. Essa dinâmica de trabalho do serviço de psicologia hospitalar foi viabilizada para possibilitar aos pacientes que apresentam uma demanda de tratamento uma oferta do serviço no nível ambulatorial. O número de atendimentos não é predefinido, ou seja, eles ocorrem de acordo com as especificidades de cada caso, orientados pela ética da psicanálise, que, segundo Lacan (2003/1971), “é a práxis de sua teoria” (p. 238).

Caso Flor

Para ilustrar essa discussão, optou-se por trazer um pouco da clínica hospitalar: Flor (nome fictício), 72 anos na época, mastectomizada havia 6 anos devido a um câncer na mama esquerda, divorciada, mãe de um filho, é encaminhada pela equipe de cirurgia plástica para a psicologia com o objetivo de aceitar o procedimento médico estético. A pa-

ciente inicia o tratamento dizendo que não tinha certeza se queria ou não realizar a reconstrução de sua mama esquerda. Ao ser convidada pelo médico para realizar um procedimento estético (prótese mamária), isto é, no momento em que precisava dar o seu consentimento para a realização do procedimento cirúrgico, a paciente respondeu de forma considerada incompreensível, segundo os médicos.

A urgência da demanda médica, naquela data, foi justificada pelo grande número de próteses que havia chegado à unidade, e que deveria, portanto, ser disponibilizada para a população o mais rápido possível, conforme relatado pelo médico ao psicólogo que trabalha com a teoria psicanalítica. Havia uma oferta grande das próteses e o procedimento de colocação das mesmas era interessante para a instituição naquele momento. Via-se uma expectativa da instituição para utilizar as próteses, mas talvez esta expectativa não fosse tanto por parte de todos os pacientes. Flor, diante da proposta, decide, contudo, esperar “mais tempo para pensar”, sendo então encaminhada para um tratamento psicanalítico no ambulatório do hospital na semana seguinte à consulta com o cirurgião plástico. Naquele hospital, é comum que a demanda de atendimento psicológico surja após a cirurgia e não antes do procedimento, como foi neste caso. Flor se colocou como uma exceção nessa clínica: não consentiu com a oferta da ciência.

No tratamento, Flor fala sobre o seu medo do procedimento cirúrgico. Desde a perda do seio, a paciente coloca um “saquinho de alpiste” no lugar do órgão retirado e diz ter se acostumado a viver sem o seio. Entretanto, desde a cirurgia, não consegue se olhar no espelho. O tratamento avança e Flor endereça ao psicanalista a pergunta que lhe é feita pelo médico: “O que você acha doutor: eu faço a cirurgia? Troco o saquinho de alpiste por um seio sem bico? E depois como vai ser: eu com um peito em pé e outro lá na barriga? Isso não vai ser legal né?”. Esta foi, na época, a pergunta que deu início ao processo psicanalítico desta paciente. Um processo que foi possível graças a uma questão posta e à capacidade e desejo de escuta de um psicanalista. A paciente, que atualmente permanece com suas consultas com a equipe da oncologia, não faz uso de nenhum medicamento e possui rede familiar, laboral e social. No seu atendimento, aborda especialmente as questões relativas ao corpo e à falta de um parceiro amoroso.

Separada há 30 anos, Flor nega um relacionamento amoroso desde então. Após o diagnóstico de câncer de mama, ela passou a questionar a sua vida, se angustiando diante do envelhecimento: “acho que acordei tarde demais, estou com o coração machucado, as pessoas me batem e não consigo falar dos meus sentimentos com elas”.

Durante os atendimentos, Flor se desloca da posição de passividade diante do outro para uma posição reivindicatória: “algo acontece comigo, de um tempo pra cá não levo mais desaforo para casa, agora aprendi a falar”. O atendimento prossegue e, apesar de não se olhar no espelho, ela planeja cuidar do próprio corpo: “quero emagrecer, minha barriga está estufada, comecei nesses dias aí pra trás a fazer uma dieta. Já falei pro meu filho: ‘vai fazer academia, você tá gordinho, precisa emagrecer’, mas ele não vai”.

O impasse médico surgiu pelo não saber da paciente sobre a aceitação do procedimento cirúrgico. O médico pressupõe que todos os que perderam o seio querem colocar a prótese. A medicina propõe um tratamento generalizado, ideal para todos. O psicanalista é chamado a intervir quando surge o mal-estar, o imprevisto, o furo no saber, mas não para reparar a falha ou para fazer o paciente adaptar-se à norma, pois isso excluiria a dimensão subjetiva do paciente.

Assim, é importante refletir sobre a resposta do psicanalista às demandas que lhes são dirigidas, tendo como guia o Discurso do Analista. O discurso científico oferece um procedimento cirúrgico, invasivo, com o objetivo estético. Dessa vez, o pedido de interconsulta foi acionado com o objetivo de precipitar uma decisão da paciente em consentir ou não com o procedimento cirúrgico. A equipe médica demandava uma resposta rápida, pois ela não tinha o tempo que a Flor demandava. O impasse estava posto.

Flor, quando pressionada a responder fora do seu próprio tempo subjetivo, ou seja, ao ter que atender a uma perspectiva temporal regida por uma determinação externa, não dá conta de fazer uma escolha. Pode-se presumir que, nesse caso, o saber médico deixou escapar a dimensão subjetiva. O psicanalista, por sua vez, segue outra determinação, a da escuta da subjetividade, respeitando a atemporalidade dos

processos inconscientes. Pode-se observar, pelo fragmento clínico, que Flor sustentou o seu posicionamento diante da imposição médica, se deslocando do plano objetivo, médico (prótese mamária), para o plano subjetivo, do desejo: “eu preciso ou quero um peito novo?”.

Acredita-se que, à medida que Flor se serviu do espaço analítico para falar, ela pôde escolher, no seu tempo, se queria colocar a prótese ou não, sustentando a sua escolha e comunicando-a ao médico. O campo de atuação de um psicanalista em um hospital é subjetivo, ou seja, não se trata de adaptar o sujeito ao desejo do Outro, mas, sim de levar o sujeito a fazer a sua escolha, orientado pelo próprio desejo, responsabilizando-se por ela. Segundo Swinerd e Darriba (2022), há um

Descompasso, mal-entendido entre dois discursos: a medicina, atestando a cura, a ausência de doença, a condição assintomática, “sem nada”; e o dispositivo da psicanálise, atestando a presença de um sujeito dividido, às voltas com seus sintomas, por vezes devastado pela presença do câncer em sua vida. Face a isso, damo-nos conta de que a psicanálise tem com que contribuir, à condição da aposta de que se trata de um outro discurso. (p. 296).

As discussões sobre a prática do psicanalista fora do consultório particular têm ganhado notoriedade na época atual. Lacan (1998/1953) já afirmava que o analista deve considerar “a subjetividade de sua época” (p. 312). Continua Laurent (1999): “há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação; um analista capaz de entender qual foi sua função e qual lhe corresponde agora” (p. 13). A presença do analista na instituição não visa à adequação à norma nem se mostra compreensiva. Laurent (2007) afirma que é esta a particularidade da clínica do um a um que define o lugar do psicanalista, pois ele “não se identifica com nenhum dos papéis propostos pelo seu interlocutor, nem qualquer mestria ou ideal existente na civilização. Em certo sentido, o semblante de analista é aquele de alguém que só se pode atribuir o lugar da questão sobre o desejo” (p. 216).

Na condição de psicanalista dentro do hospital, pode-se, de alguma maneira, criar um espaço que favoreça a manifestação do singular. O papel do psicanalista está pautado na construção do caso

clínico. A estratégia da sua ação está subordinada ao saber elaborado pelo sujeito. Essa prática é atravessada por uma série de variáveis. A transferência que o sujeito estabelece com a instituição exige um cuidadoso manejo por parte do psicanalista, considerando que a demanda que lhe é feita implica, muitas vezes, numa urgência médica como causa da sua chegada em uma instituição hospitalar.

Nesse contexto da cena médica, o psicanalista não pode ser um personagem incluído, porque a clínica psicanalítica se dá em outra cena, como mencionou Freud (1996/1901) acerca da posição do inconsciente. O psicanalista, segundo os estudos de Lacan (2001/1966), seria como um estrangeiro, portando uma estranheza que deve ser mantida no espaço hospitalar.

Considerações finais

Pretendeu-se transmitir o trabalho de um psicanalista no cenário hospitalar público brasileiro a partir de um fragmento clínico. A presença do psicanalista fora do consultório tradicional, como, por exemplo, numa instituição hospitalar, coloca essa possibilidade da presença da psicanálise no mundo. Como afirmaram Iannini e Tavares (2017) “o fazer clínico não pode ser limitado à leitura de textos, mas sim essencialmente transmitido pela experiência do encontro com o analista, no divã ou fora dele” (p. 10) ou seja, “o pressuposto é o de que um dos mais importantes destinos da psicanálise, hoje e no futuro, será fora dos consultórios psicanalíticos, ao lado de outros profissionais da saúde, e, também, nas áreas da educação, do trabalho social e comunitário” (Figueiredo, 2019, p. 10).

Nesse sentido, Freud em seu texto “Linhas de progresso na terapia psicanalítica”, já havia considerado a participação do psicanalista no sistema público de saúde, indicando sua relevância para além dos consultórios privados: “vamos presumir que, por meio de algum tipo de organização, consigamos aumentar os nossos números em medida suficiente para tratar uma considerável população. (...) Tais tratamentos serão gratuitos. Pode ser que passe um longo tempo antes que o Es-

tado chegue a compreender como são urgentes esses deveres” (Freud, 1996/1919[1918], p. 180). Ou seja, o pai da psicanálise já considerava a prática psicanalítica como um processo em constante movimento.

No cenário hospitalar, percebe-se que as doenças orgânicas são atravessadas por questões subjetivas, como pôde ser visto neste artigo. Um sujeito com diagnóstico de câncer pode apresentar uma variedade de sintomas que não estão diretamente relacionados à doença e que podem sugerir a interferência de fatores subjetivos no seu quadro clínico. No entanto, tais interferências podem não ser percebidas pela clínica médica. Neste contexto, a escuta psicanalítica seria uma possibilidade de dar lugar ao sujeito subjugado pela doença.

Lacan (2001/1966), em seu texto “O lugar da psicanálise na medicina”, considerou que o lugar da psicanálise visto pela medicina é um lugar marginal, como uma espécie de ajuda externa, comparável a outras categorias profissionais, tais como a dos psicólogos. Já do ponto de vista do psicanalista, esse lugar seria extraterritorial, pois mesmo atuando no mesmo lugar, com o mesmo paciente, é importante que o psicanalista se mantenha numa posição de extraterritorialidade.

A palavra, quando escutada, pode ter efeitos sobre o corpo, levando ao desaparecimento de sintomas não relacionados à doença clínica e favorecendo o protagonismo do paciente na unidade hospitalar. A psicanálise, assim, apostaria na escuta da subjetividade, permitindo que ela emergja no encontro com esse outro para além de uma nomeação institucional.

Lacan já esclarecia que uma dimensão importante da palavra em ato é a tentativa de quem fala ser reconhecido, uma vez que o sujeito só pode se colocar na linguagem. Bleichmar (2021), corroborando os esclarecimentos de Lacan, assinala que “é necessário recuperar a ideia central da psicanálise de que a palavra é a ferramenta privilegiada” (p. 246). Contudo, seguindo a trilha dos estudos lacanianos, a linguagem para a psicanálise é, além do ato da fala, da palavra em si; a linguagem constitui o campo simbólico que inclui a impossibilidade de dizer tudo, destacando-se uma incompletude. Há uma outra dimensão que não abarcaria a linguagem, um resto, como apontado

por Lacan (2008/1972-73), é aquilo que “não para de não se escrever”, sinalizando o impossível estrutural da linguagem. Ou seja, a linguagem não se restringe a um ato de comunicação. A linguagem para a psicanálise é pensada a partir de uma *outra* cena, na qual há uma disjunção entre aquele que fala e aquilo que é falado. A palavra pode possuir mais de um sentido, há um outro querer dizer. Coloca em cena, uma *outra* cena, a realidade psíquica.

O psicanalista, com a sua presença física, dentro do hospital, pode, de alguma maneira, criar um espaço que favoreça a manifestação do singular e anunciar algo sobre o particular de quem o anunciou. Essa prática é atravessada por uma série de variáveis existentes no hospital. Percebe-se “que o hospital é um ambiente complexo, marcado de modo inegável pela presença da dor e do sofrimento humano” (Moretto, 2019, p. 19).

Conclui-se que sustentar o mal-estar no cenário hospitalar é o avesso da medicina e isso, paradoxalmente, é o que caberia à psicanálise. Ao levar em conta que a linguagem funda uma relação particular entre o ser falante com o seu corpo, tem-se um corpo. O psicanalista, como causa desse novo discurso, é parte integrante da realidade ali criada. Assim, ao distanciar dos protocolos institucionais e escutar o particular, a experiência psicanalítica encontra-se com a questão da verdade. Uma dimensão da verdade que não pode ser toda dita, não cabendo dentro dos limites das palavras. Qual seria o efeito disso na clínica psicanalítica? O sintoma, seja ele orgânico ou não, poderá ser um representante do modo de irrupção da verdade para o sujeito. Uma verdade que tenta sobrepor uma máxima científica e ancora uma verdade produzida a partir da contingência do encontro: do sujeito com o psicanalista, decididos ao trabalho.

Referências

Ansermet, F. (2014). Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana Online*, 5(13), 1-5. http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf

- Beneti, A. (2000). Corpo na psicanálise e na medicina. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*, 3(5), 8-10.
- Bleichmar, S. (2021). *Clínica psicanalítica e neogênese*. Linear B Editora.
- Figueiredo, L. C. (2019). Prefácio. In Moretto, M. L. T., *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde* (pp. 9-11). Zagodoni.
- Foucault, M. (2004/1980). *O nascimento da clínica*. Forense Universitária.
- Freud, S. (1996/1901). A interpretação dos sonhos. Em J. Stratchey (Ed.) e J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. IV, 434p.). Imago.
- Freud, S. (1996/1905[1901]). Fragmento da análise de um caso de histeria. Em J. Stratchey (Ed.) e J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. VII, pp. 13-116). Imago.
- Freud, S. (1996/1915). Os instintos e suas vicissitudes. Em J. Stratchey (Ed.) e J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 115-144). Imago.
- Freud, S. (1996/1919[1918]) Linhas de progresso na terapia psicanalítica. Em J. Stratchey (Ed.) e J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVII, pp. 169-181). Imago.
- Freud, S. (1996/1923[1922]). Dois verbetes de enciclopédia Em J. Stratchey (Ed.) e J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII, pp. 249-274). Imago.
- Iannini, G., & Tavares, P. H. (2017). *Fundamentos da clínica psicanalítica. Obras incompletas de Sigmund Freud*. Autêntica.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise (1969-70)*. Zahar.
- Lacan, J. (1998/1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. Em *Escritos* (pp. 238-324). Ed. Zahar.
- Lacan, J. (1998/1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde de Freud. Em *Escritos* (pp. 496-533). Ed. Zahar.
- Lacan, J. (2001/1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Revista Opção Lacaniana*, 32, 8-14.
- Lacan, J. (2003/1971). Ato de fundação. Em *Outros escritos* (pp. 235-247). Ed. Zahar.
- Lacan, J. (2008/1964). *O Seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Ed. Zahar.
- Lacan, J. (2008/1972-73). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Ed. Zahar.
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise*, 13, 12-19.
- Laurent, E. (2007). *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Contra Capa Ed.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.

- Moretto, M.L.T & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, 46(2), 287-298. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007
- Nogueira, L. C. (2004). A pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 15(1/2), 83-106. <https://www.scielo.br/j/pusp/a/nMGDnFmKgySBkGkdshtfzPg/?lang=pt>
- Poli, M. C. (2006). "Eu não procuro, acho": sobre a transmissão da psicanálise na universidade. Em Bianco, A. C. L. (Org.), *Freud não explica: a psicanálise nas universidades* (pp. 39-52). Contra Capa Livraria.
- Swinerd, M. M., & Darriba, V. A. (2022). Do ato médico ao ato analítico: considerações sobre o psicanalista no hospital. *Tempo Psicanalítico*, 54(1), 288-309. <https://tempopsicanalitico.com.br/tempopsicanalitico/article/view/525>
- Teixeira, A. (2010). *Metodologia em ato*. Scriptum Livros.
- Voltolini, R. (2020). Clínica ampliada. *Estilos da Clínica*, 25(2), 190-192. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v25n2/a01v25n2.pdf>