

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PAULA MAIA PEIXOTO CAMARGO

**Psicanálise e hospital: desafios para o psicanalista frente à lógica do  
discurso capitalista**

São Paulo  
2022

Paula Maia Peixoto Camargo

**Psicanálise e hospital: desafios para o psicanalista frente à lógica do  
discurso capitalista**

(Versão Corrigida)

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Maria Livia Tourinho Moretto

São Paulo  
2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA  
FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo  
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Camargo, Paula Maia Peixoto

Psicanálise e hospital: desafios para o psicanalista frente à lógica do discurso capitalista / Paula Maia Peixoto Camargo; orientadora Maria Lívia Tourinho Moretto. São Paulo: IP, 2022.

122 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. Psicanálise. 2. Hospital Geral. 3. Discurso Capitalista. 4. Saúde. 5. Ética. I. Tourinho Moretto, Maria Lívia, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Paula Maia Peixoto Camargo

Título: Psicanálise e hospital: desafios para o psicanalista frente à lógica do discurso capitalista

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dra.: Maria Livia Tourinho Moretto

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. Niraldo de Oliveira Santos

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Profa. Dra Daniela Santos Bezerra

Instituição:

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

A Maria Livia Tourinho Moretto. Pela posição honrosa e admirável que despertou em mim o desejo e a coragem de empreender o trabalho e a pesquisa no hospital. Pela transmissão rigorosa, pela orientação cuidadosa.

A Patrícia Bader, que me acolheu desde sempre apostando no meu trabalho e na minha pessoa. Um marco, uma referência.

A Alyne, Layla, Marcus e Thais, por terem me ensinado que uma pesquisa só é possível nas trocas, no laço. Meus queridos amigos, minhas inspirações.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise e Saúde, que acompanharam os percursos sinuosos desta pesquisa. Vocês certamente me ajudaram a entender que o caminho de uma pesquisa não se encontra, se constrói. A Marina, um encontro que permitiu, logo de entrada, um amparo. A Laura e ao Cláudio, pelas contribuições precisas para o trabalho.

Aos meus colegas e amigos do hospital. Este trabalho é fruto do trabalho de vocês, dos relatos, dos desafios, do vivo que não é todo apreendido pela palavra: Andrei, Andressa, Brunas, Clara, Claudine, Dani, Diego, Maju, Karina, Lais, Lari, Livia, Marcela, Mel, Mi, Caio, Silvia, Victorias, Thami, Ana e Gustavo. A Anna Miha, pelo encontro que prevalece. A Janaína Veríssimo, pelo encontro que orienta e aquece.

A minhas irmãs, Júlia Maia e Mariana Maia. Da vida que me foi apresentada, desde sempre, como sendo nossa. Vocês estão comigo sempre.

A Patrícia Maia, por ter me ensinado a amar. Amar as pessoas, o meu trabalho e a vida. Sem amor uma pesquisa não se sustenta. Ao meu pai, Rolando Boldrin (*in memoriam*), minha eterna inspiração. Ao meu pai, Ciro Peixoto Camargo, por ter me apresentado o valor do conhecimento.

Ao Ricardo meu amor, meu companheiro.

## RESUMO

CAMARGO, P. M. P. (2022). **Psicanálise e hospital: desafios para o psicanalista frente à lógica do discurso capitalista**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Este trabalho parte da premissa de que o conceito de saúde norteia as ofertas de cuidado em uma instituição e, como tal, está permeado por ideais de bem-estar que incidem nos modos como são elaborados os dispositivos de atenção à saúde. O mesmo incorre no campo da saúde mental, ou seja, no que concerne ao sofrimento psíquico. A pesquisa analisa a teoria dos discursos de Jacques Lacan no hospital, visando investigar as consequências do discurso capitalista para o estatuto da produção e do tratamento do sofrimento correspondente à própria lógica discursiva, a fim de elucidar os desafios que dizem respeito à ética do sujeito em psicanálise. O que sustenta essa hipótese de pesquisa é a compreensão de que o mal-estar na instituição se autorregula no âmbito das respostas ofertadas, as quais corroboram sua manutenção. Entendemos que a política do discurso capitalista promove tanto um arranjo particular dos modos de funcionamento institucionais quanto subjetivos. A partir daí, extraímos as propriedades do discurso capitalista para fundamentar o que designamos desafios para o trabalho do psicanalista no hospital. Apresentamos essa análise através de quatro eixos: 1) Indivíduo eficaz e gestão: servimo-nos da inversão entre o significante mestre (S1) e o sujeito (\$) na passagem do discurso do mestre ao capitalista para situar a mutação do sujeito ao indivíduo e a abolição da divisão subjetiva. 2) Medicalização: articulamos o objeto *a* à função psiquiatria ao identificarmos o estatuto do objeto no discurso capitalista com o que é produzido pelo saber tecnocientífico. Nesse sentido, a psiquiatria torna-se representante de um campo que promove ofertas de produtos frente às demandas configuradas pelos ideais de saúde. 3) Supereu: analisamos o circuito do supereu na relação com o discurso capitalista, na medida em que essa instância parece propulsionar esse discurso a partir de suas injunções de gozo. 4) Temporalidade lógica: apresentamos a ausência de ruptura no discurso como promotora de uma mutação no tempo: *nonstop!* – a nosso ver, esse eixo impõe desafios para a clínica do sujeito, afinal, quando não há intervalo, há sujeito? Por fim, analisamos a especificidade do discurso do psicanalista frente ao que constitui os seus desafios na vertente clínica e institucional. Concluímos que esse discurso possibilita introduzir um corte no discurso capitalista diante da posição que o psicanalista assume na relação com o outro; posição essa que privilegia incluir o que o discurso capitalista exclui, a saber: a dimensão do real. Restitui-se, então, um lugar para o sujeito, ao mesmo tempo em que identificamos o potencial de contribuição do psicanalista na gestão, dado que a inclusão do real favorece os modos de enfrentamento do que se constitui como problemas institucionais pela lógica gerencialista. Depreende-se, assim, a dimensão da ética da psicanálise como orientadora da escuta e da construção das situações clínicas, denotando uma práxis particular no campo institucional.

**Palavras-chave:** Hospital Geral. Psicanálise. Discurso Capitalista. Saúde. Sofrimento.

## ABSTRACT

CAMARGO, P. M. P. (2022). **Psychoanalysis and hospital: challenges for the psychoanalyst facing the logic of capitalist discourse.** Dissertation (Master in Clinical Psychology) - Institute of Psychology, University of São Paulo.

This work is based on the premise that the concept of health guides the offers of care in an institution and, as such, is permeated by ideals of well-being that affect the ways in which health care devices are elaborated. The same applies to the field of mental health, that is, with regard to psychic suffering. The research analyzes Jacques Lacan's theory of discourses in the hospital, aiming to investigate the consequences of the capitalist discourse for the statute of production and treatment of suffering, corresponding to the discursive logic itself, in order to elucidate the challenges regarding the ethics of the subject in psychoanalysis. What supports this research hypothesis is the understanding that the malaise in the institution is self-regulated within the scope of the answers offered, which corroborate its maintenance. We understand that the politics of capitalist discourse promotes both a particular arrangement of institutional and subjective modes of operation. From there, we extract the properties of the capitalist discourse to support what we designate as challenges for the work of the psychoanalyst in the hospital. We present this analysis through four axes: 1) Effective individual and management: we make use of the inversion between the master signifier ( $S1$ ) and the subject ( $\$$ ) in the passage from the discourse of the master to the discourse of the capitalist to situate the mutation of the subject to the individual and the abolition of subjective division. 2) Medicalization: we articulate the object  $a$  to the psychiatry function when we identify the status of the object in the capitalist discourse with what is produced by techno-scientific knowledge. In this sense, psychiatry becomes a representative of a field that promotes product offers in face of the demands shaped by the ideals of health. 3) Superego: we analyze the circuit of the superego in relation to the capitalist discourse, insofar as this instance seems to propel this discourse from its injunctions of jouissance. 4) Logical temporality: we present the absence of rupture in the discourse as a promoter of a mutation in time: nonstop! – in our view, this axis poses challenges to the clinics of the subject; after all, is there a subject when there is no interval? Finally, we analyze the specificity of the psychoanalyst's discourse in relation to what constitutes its challenges in the clinical and institutional aspects. We conclude that this discourse makes it possible to introduce a cut in the capitalist discourse in face of the position that the psychoanalyst assumes in the relationship with the other; a position that privileges the inclusion of what the capitalist discourse excludes, namely: the dimension of the real. A place is then given back to the subject, while we identify the potential contribution of the psychoanalyst to management, given that the inclusion of the real favors the ways of facing what is constituted as institutional problems by the managerialist logic. Thus, the dimension of the ethics of psychoanalysis as a guide to listening and the construction of clinical situations can be understood, denoting a particular praxis in the institutional field.

**Keywords:** General Hospital. Psychoanalysis. Capitalist Discourse. Health. Ethic.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Impossibilidade e Impotência.....	87
Figura 2. Estrutura geral dos discursos.....	89
Figura 3. Discurso do Mestre.....	90
Figura 4. Discurso da Histórica.....	91
Figura 5. Discurso do Psicanalista.....	92
Figura 6. Discurso do Universitário.....	93
Figura 7. Discurso Capitalista.....	97

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
INTRODUÇÃO .....	14
OBJETIVOS .....	23
METODOLOGIA .....	24
PARTE I - PSICANÁLISE E SAÚDE.....	27
CAPÍTULO I - Transformações no campo da saúde: a construção do problema de pesquisa .....	27
1.1 Um lugar para o psicanalista na saúde: uma questão permanente.....	27
1.2 Transformações do hospital.....	34
1.3 Cientificação da Medicina .....	37
1.3.1 Distanciamento entre a medicina e a clínica: demanda de tratamento ou tratamento da demanda?.....	41
1.3.2 Caso Lúcia: o sujeito insiste .....	43
CAPÍTULO II- Saúde Mental e Sofrimento Psíquico .....	49
2.1 Noção de sofrimento no hospital .....	50
2.2 Paradoxos da noção de Saúde Mental.....	55
2.3 A captura do mal-estar pela psiquiatra .....	63
2.3.1 A lógica DSM.....	65
2.3.2 Do mal-estar ao bem-estar .....	67
PARTE II – DISCURSO .....	71
CAPÍTULO III – .....	71
A TEORIA DOS DISCURSOS EM JACQUES LACAN.....	71
3.1 Do mito à estrutura .....	73
3.2 De um Outro ao objeto a .....	79
3.3 Contexto político da teoria dos discursos .....	83
3.4 A teoria dos quatro discursos em 1969-1970.....	85
3.4.1 Saber, verdade e gozo .....	85
3.4.2 Os quatro discursos .....	88
CAPÍTULO IV -.....	95
O DISCURSO CAPITALISTA.....	95
4.1 A escrita do discurso capitalista .....	95

4.2 Discurso capitalista no hospital geral.....	98
4.2.1 Indivíduo eficaz e gestão.....	99
4.2.2 <i>Medicalização</i> .....	104
4.2.3 Supereu.....	105
4.2.4 Mutação da temporalidade lógica.....	107
4.2.5 Alta performance, não uma performance-total: efeitos de um trabalho .....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS: .....	111
O psicanalista frente aos três tempos do discurso capitalista.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa nasceu das inquietações advindas do meu trabalho como psicóloga em um hospital geral de uma rede privada de São Paulo. Há seis anos integro uma equipe de psicologia, que sustenta o trabalho a partir da psicanálise de orientação lacaniana, na qual assumi o cargo de psicóloga nos setores de Pronto Atendimento, Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Internação. Além da função assistencial, que tem por objetivo oferecer atendimento ao paciente e ao familiar, integrando a equipe multidisciplinar, atuei na formação de psicólogos com interesse em Psicologia Hospitalar no curso de aprimoramento, na mesma instituição. Inicialmente, tornei-me uma das responsáveis pela supervisão dos alunos e, após algum tempo, dediquei-me à coordenação das atividades teóricas de professores convidados, de modo a participar das discussões sobre os temas relativos ao trabalho do psicanalista no hospital.

Concomitante a essa experiência no hospital geral, trabalhei por dois anos em um Centro de Especialidades Médicas, em outro hospital privado de São Paulo, no formato ambulatorial. A proposta era a de realizar atendimento nas condições ofertadas pela saúde suplementar. Por mais que estivesse em um *setting* próximo ao dos atendimentos clínicos realizados em consultório, no que se refere à disposição de uma sala e de acompanhamento frequente com agendamentos prévios, essa experiência possibilitou ampliar minha percepção sobre o contexto multiprofissional da intervenção no campo da saúde. Reconhecer a configuração dos pedidos de encaminhamento da equipe de saúde em contraste às formulações das demandas por parte dos pacientes é o que possibilitou o reconhecimento do lugar e manejo do psicanalista nesse contexto, sobretudo no que é demarcado pelos discursos que interpelam esses espaços.

Nos últimos dois anos, período de elaboração desta dissertação, tornei-me coordenadora de Ensino e Pesquisa na mesma instituição, ampliando o campo de formação de profissionais psicólogos para o trabalho com a psicanálise no hospital e de investigação dos desafios inerentes ao campo da saúde. Também assumi a supervisão clínico-institucional de oito grupos de psicólogos que trabalham em diferentes unidades hospitalares da mesma rede privada de hospital, posição que proporcionou acompanhar de perto o desenho possível para as diferentes situações que o trabalho impõe ao psicanalista. Desse encontro entre diferentes experiências clínico-institucionais, fui decantando os desafios relativos ao processo de inserção e formação enquanto psicanalista, como também atentando ao que se repetia nos relatos e que poderia dizer

não apenas do processo de um caso específico, mas do que pude chamar, em um primeiro momento, de impasses relativos ao trabalho do psicanalista no hospital. Essas são algumas das situações que incitaram a construção da proposta de pesquisa.

No trabalho realizado no Centro de Atendimento Médico, atentei-me para o fato de que, após procurarem um médico, muitos pacientes chegavam com queixas como: sofrimento em relação ao excesso de trabalho, dificuldades nas parcerias amorosas, ansiedade, compulsões, desânimo, dentre outras. Quando a medicina não localizava uma etiologia orgânica para o mal-estar, a demanda ganhava um redirecionamento: o psiquiatra da instituição. Esse, por sua vez, após a prescrição de uma medicação, indicava um acompanhamento complementar no modelo de psicoterapia. Desse modo, os pacientes chegavam para o atendimento confiantes de que, do ponto de vista de um tratamento para o conflito em questão, o plano terapêutico já estava determinado e atuante; e, portanto, o que poderiam fazer ali era ter alguém para amenizar e dividir o sofrimento.

Também era muito comum a chegada de pacientes encaminhados por neurologistas (quadros de cefaleias, depressão, confusão), endocrinologistas (que diagnosticavam transtornos alimentares, transtornos de humor, além de disfunções hormonais), reumatologistas (com encaminhamentos de pacientes com dores crônicas e/ou persistentes), dermatologistas (queixas de lesões ou outro sintoma que irrompe na pele). De modo geral, ao serem procurados por esses pacientes, os profissionais iniciavam um processo de investigação laboratorial ou de imagem e, diante dos resultados, propunham um plano terapêutico. Não raras vezes, os sintomas eram nomeados como *psicogênicos* e os pacientes encaminhados à psicologia.

Os pacientes então chegavam e, em diversos momentos, indagavam sobre a abordagem teórica, a orientação de trabalho – já que o médico, além de propor o tratamento psicológico, havia aconselhado uma linha comportamental, pois essa seria, na sua concepção, mais específica e efetiva para o sintoma em questão. Propostas como reeducação alimentar, organização da rotina de trabalho, técnicas de diminuição do estresse, adesão aos tratamentos de cronicidade, auxílio na sensibilização dos processos saudáveis de ciclo de sono, alimentação e atividade física, somavam-se a muitas outras recomendações.

Do ponto de vista do trabalho no hospital geral – que compreende atendimentos na assistência em UTI's, PS e enfermarias –, a clínica se apresenta de forma expressiva. Trata-se de escutar desde casos crônicos, com visível instalação de um modo particular de relação com as condutas médicas estabelecidas – como atribuição de si aos significantes encontrados no discurso médico –, a horror de um acontecimento surpresivo e emergência de angústia em

alterações ou perdas de funções orgânicas estabelecidas. Nesse sentido, o hospital é marcado por um pedido de socorro em função de algo que vai mal; algo que se expressa no limite do corpo.

É possível localizar nesse contexto uma demanda que ultrapassa as ofertas terapêuticas das clínicas médicas. São fenômenos de crise de ansiedade, taquicardia, dor no peito, cefaleia, dentre outros, que retiram as pessoas de uma suposta homeostase de suas vidas para verificarem um mal-estar presente no corpo. A exemplo das intoxicações exógenas, tão recorrentes em adolescentes, um mal súbito ou mal-estar generalizado são nomenclaturas atuais de encaminhamentos para uma avaliação psicológica na tentativa de reordenar os lugares de endereçamento do cuidado em questão.

Não se trata de uma tentativa de afirmar um dualismo presente na cultura, de sintomas psíquicos e sintomas físicos, pois, na perspectiva da psicanálise, uma lesão no corpo, uma doença orgânica, carrega uma forma singular e intrínseca ao modo como se coloca a questão do sintoma para o sujeito. O que me ocorreu, e ainda me toca, é a questão sobre o que engendra, em nossa sociedade, os modos de relação com o sofrimento psíquico e de que forma o abordamos.

Nos grupos de supervisão clínico-institucional que coordeno, isso fica cada vez mais evidente. Trata-se de um contexto, sobretudo, frente às demandas de saúde mental que invadiram o hospital em decorrência da COVID-19, que vem colocando questões que concernem à ética do que estamos estabelecendo enquanto propostas terapêuticas. As situações em que os psicanalistas estão sendo convocados a atuarem, despertaram em mim o desejo de saber como estavam sendo, mesmo que indiretamente, fundamentados tais pedidos. Afinal, compreendo como desafios os pedidos que visam, em última instância, reforçar certo modo de vida que, a meu ver, tem apontado exatamente para o que, dessas formas de vida, tem se mostrado insustentável.

## INTRODUÇÃO

Encarnado na figura do psicólogo, o psicanalista tem sua atuação no hospital geral em duas vertentes de trabalho: a vertente clínica e a vertente institucional. Isso significa que, ao mesmo tempo em que presta assistência a pacientes e seus familiares, também atua junto à equipe de saúde em tomadas de decisões concernentes à condução dos tratamentos e no desenvolvimento de fluxos e protocolos institucionais. A formalização acerca do trabalho de um psicanalista em um hospital geral já é bem conhecida e serve de norte para aqueles que pretendem atuar nessa área, portanto, não nos ocuparemos com essa temática na presente dissertação. Nossa proposta é a de ampliar, sem prescindir daquilo que já conhecemos, a discussão de algo que cada vez mais se torna nítido para o psicanalista que se encontra no hospital: i) a incidência do discurso capitalista e as repercussões observadas na maneira como se compreende a saúde mental e, em decorrência dessa compreensão, ii) como são estabelecidos os tratamentos dados ao sofrimento, seja do paciente, seja dos próprios profissionais de saúde.

Ora, o hospital é o lugar para onde se vai quando algo não está bem, quando algo supostamente gera sofrimento. Ou seja, a experiência de uma hospitalização não se dá, a rigor, sem sofrimento. No entanto, não raro observamos o quanto o sofrimento como resposta natural a uma situação de adoecimento tende a ser patologizado. É o caso, por exemplo, de levar um paciente que acabou de receber o diagnóstico de uma doença grave e incurável a ser medicado como se sua expressão de sofrimento não estivesse condizente com aquilo que experiencia. Outra maneira de contornar o sofrimento é fazer uso de práticas sugestivas que tencionam apontar o lado positivo e de aprendizagem da experiência de adoecimento sem, no entanto, dar lugar ao mal-estar produzido por ela. *Coachings* em saúde e práticas positivas são exemplos disso.

Por outro lado, testemunhar cotidianamente pacientes que se encontram em situações de fragilidade física, psíquica e social, enquanto se está sob um empuxo de produtividade incessante, não é sem efeitos para a equipe de saúde. Apesar disso, o que se observa das ações por parte dos administradores hospitalares é que não objetivam legitimamente o cuidado do sofrimento produzido pelo próprio local de trabalho, mas estabelecem ideais inalcançáveis de conduta que, calcados na lógica neoliberal, localizam perversamente nos profissionais a causa de seu sofrimento – o indivíduo como gestor de si mesmo encontra lugar fértil nas prerrogativas institucionais. Portanto, longos turnos de trabalho, má remuneração, exposição constante a

situações iatrogênicas, exigência de produtividade que não condizem com as condições de trabalho oferecidas, dentre outras, são calculadamente elididas por ações que pretendem estabelecer maneiras de se gerir o tempo, a saúde do corpo e, em última instância, a felicidade.

O objetivo desta pesquisa é fazer uma articulação entre a teoria dos discursos de Jacques Lacan e o hospital, sobretudo a partir das consequências do discurso do mestre contemporâneo – designado “capitalista” – para o estatuto da *produção* e do *tratamento* do sofrimento. Essa operação intrínseca corresponde à própria lógica discursiva, possibilitando-nos uma análise dos fenômenos decorrentes dessa lógica. Isso quer dizer que a forma como o discurso opera revela tanto as formas de aparecimento da experiência de sofrimento quanto as respostas para tal. É preciso, portanto, abordar essa problemática levando em conta a vertente clínica e institucional, dado que compreendemos o momento atual como propício para uma forma radical de análise crítica da ética em relação ao cuidado. Isso porque, entendemos que as propostas de cuidado estão estritamente ligadas à forma como (ou ao lugar onde) a demanda é escutada e, conseqüentemente, respondida.

Trago um exemplo recolhido de uma situação de supervisão institucional. Uma médica solicita atendimento para um paciente internado na UTI-COVID. O paciente estava há 60 dias internado, tratando de complicações do quadro inicial de infecção por coronavírus. Debilitado, com desconforto contínuo, submetido aos mais diversos tipos de procedimentos invasivos, e sozinho, isolado. A médica percebeu que nos últimos dias o humor do paciente variava em momentos de apatia e choro, o que justifica a solicitação para avaliação da equipe de psicologia. Escuto na transmissão do caso a posição da psicóloga que avaliou o quadro como normal “dado o contexto que estava vivendo”, seu “funcionamento psíquico, mesmo prejudicado, é coerente com a realidade”. Feita a avaliação, pensou que, mesmo que estivesse coerente, não era bom para o paciente se sentir mal diante de tudo isso e, portanto, sugeriu à médica uma interconsulta com a equipe de psiquiatria, “assim o estado psíquico pode se restabelecer, possibilitando a intervenção da psicologia para fortalecer o enfrentamento a partir do décimo quarto dia da medicação”. Foi o suficiente para a médica adotar a conduta. Com isso, interrogo: o que se escutou do paciente? Como funciona o par demanda-resposta em cada posição que se assume no hospital em relação ao cuidado? São perguntas iniciais que ajudarão a conduzir a nossa questão de pesquisa.

Pretendemos colocar nossa questão no âmbito da implicação do psicanalista e da operatividade de seu discurso nos diferentes campos do hospital geral, dado que o que sustenta a pesquisa enquanto hipótese é a compreensão de que o mal-estar na instituição se autorregula

no quesito de respostas ofertadas que corroboram sua manutenção. Nesse ponto, é importante antecipar que a autorregulação comporta um paradoxo: “é que as satisfações obtidas são ao mesmo tempo insatisfações num mercado da falta de gozo generalizado”. E, com isso, “todas as ofertas feitas por esse discurso, consumo e êxito narcísico (...), etc., essa oferta, portanto, é o próprio objeto das insatisfações e das queixas” (Soler, 2012, p. 208).

Não se trata de tomar essas ofertas, essas mercadorias, como objetos em seu sentido literal. O objeto tem seu estatuto a partir do lugar em que se encontra em um determinado discurso. Vejamos, por exemplo, que o discurso capitalista “incentiva a falar, reconhece os benefícios da fala, produz sem descanso psis para os traumatizados de todo gênero”, e é hoje até mesmo “levada à mania” (Id., p. 210). O incentivo a falar se estrutura como um “digam o que quiserem, de qualquer modo vai ser sem consequência”, porém, o que se espera é que “cuide bem dos sofrimentos do consumidor-eleitor”. Terá essa fala o estatuto do objeto que agencia o discurso do analista? Pois bem, não. Essa *falassão* triunfante é “mais compatível com a redução do sintoma a uma desordem orgânica” (Id., p. 211), dado que o reconhecimento do efeito terapêutico da fala não necessariamente inverte a lógica própria ao discurso médico sobre o sofrimento e o sintoma. Nesse ponto, a fala torna-se instrumento para as mais diversas abordagens de restituição da norma institucional ou de adaptação às *condições normais* do paciente, não sem incorrer nas propostas diretivas de um diagnóstico e tratamento correspondente à lógica de patologização do sofrimento nas suas mais diversas classificações diagnósticas.

Não podemos desprezar os efeitos do imaginário social sobre essa discussão, muitas vezes irrefletida pela simples absorção e assimilação das narrativas que circulam de forma muito equivalente a uma suposta realidade. Hoje reconhecemos de forma muito espontânea os fenômenos mentais como subprodutos de um processo físico-químico quando, a partir disso, investimos cada vez mais em tratamentos medicamentosos. A imbricação da noção de saúde com os ideais sociais de uma cultura somática acarreta uma transformação no conceito de patologia, de modo a incluir os aspectos que impeçam o indivíduo de se equivar às expectativas de performance social. Segundo Bezerra Jr. (2006, p. 93), “as noções de disfunção, transtorno, ou déficit vêm transformando nossa experiência de *pathos*”, ou seja, construindo uma nova conotação que inclua “os desvios de funcionamento, erros de programação ou falhas de desempenho”.

Com isso, a aposta na sustentação da psicanálise na instituição se refere à possibilidade de interromper o curto-circuito no problema-solução, abrindo para uma ética do cuidado no

tocante à subjetividade. Consideramos que, mais do que nunca, o campo da saúde mental nas instituições se encontra aberto para as intervenções *psis*, necessitando uma discussão sobre a elaboração de práticas clínico-institucionais que se coadunam com a ética da psicanálise.

A abertura do campo da saúde mental na instituição de saúde é concomitante, ou resposta, aos grandes prejuízos do adoecimento para o funcionamento das práticas de cuidado na relação com o sofrimento do paciente e, também, do quadro de profissionais de saúde que compõem a instituição. Do ponto de vista da assistência aos pacientes, é notável o aumento das preocupações em relação à saúde mental, tanto pelo efeito do adoecimento orgânico na subjetividade, quanto pela ampliação midiática dos transtornos mentais que de alguma maneira não cessam de reforçar que todos se enquadram ou se enquadrarão em alguma categoria.

O reconhecimento do aumento das demandas *psis* que chegam ao hospital também contribui para isso. O pronto-socorro exigiu, nos últimos dois anos, contratações específicas de psicólogos para o setor. Afinal, notou-se um aumento significativo de jovens com quadros de intoxicação exógena associada a ideação suicida, crises de ansiedade/ pânico, assim como pacientes com visitas recorrentes ao setor por quadros de dores crônicas. O saber médico encerra suas possibilidades e demanda ajuda da equipe de psicologia para o plano terapêutico e para os possíveis encaminhamentos, dado que muitos desses pacientes não têm critério de internação, mas apontam para um limite que se expressa pela via do corpo.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, isso fica mais evidente nos afastamentos por CID-F, absenteísmo, assédios entre hierarquias, e outras problemáticas que vêm preocupando os gestores hospitalares. Portanto, de modo geral, os sintomas psiquiátricos (segundo a linguagem institucional), ou o sofrimento psíquico, têm tomado a cena por seu caráter disfuncional às prerrogativas de um bom funcionamento idealizado. Vale considerar também o alto índice de reconciliações medicamentosas na prescrição dos pacientes internados com diagnósticos e tratamentos de ansiedade e depressão, além dos já mencionados afastamentos por CID-F dos profissionais de saúde. Para essa categoria há também muitos afastamentos decorrentes do chamado *burnout*.

Seguindo a orientação de Lacan ([1966b] 1998, p. 234) a respeito do sintoma, há “uma dimensão que se poderia dizer do sintoma, que se articula com o que ela representa de retorno da verdade enquanto tal, na falha de um saber”. Se essas categorias se tornam hegemônicas é porque há uma transformação do saber articulado ao laço social. Torna-se, portanto, imprescindível pensarmos esses sintomas “como efeitos de uma mudança no laço social, a partir da face neoliberal do discurso capitalista” e “como uma marca que aponta para algo que se

perdeu e que o sintoma passa a ser uma denúncia dos limites das formas contemporâneas de subjetivação” (Calazans; Matozinho, 2021, p. 76).

Se a emergência do sofrimento psíquico é interpelada pelos significantes da época, a nossa questão recai sobre a implicação do psicanalista nesse contexto. Ora, a via da patologização do sofrimento só corrobora a lógica de subtração do sujeito, imputando-nos a responsabilidade de ir *para além* dela. Apostar em determinado lugar de escuta abriria outras vias de laço social, que esta pesquisa pretende abordar, como um processo de separação dos significantes (*se falar* ao invés de *ser falado por*) da época para reinserir o sujeito na relação com o seu sofrimento. Aposta que deverá ser contemplada nas vias clínico-institucionais.

A perspectiva que nos orienta é a de que a atuação do analista no hospital se dá pela concepção de que seu trabalho clínico é indissociável das possibilidades de intervenção no campo institucional. Isso quer dizer que a posição que o analista ocupa em relação ao saber interfere, sobretudo, nos efeitos do seu trabalho frente aos pedidos da instituição. Nesse sentido, o que há de específico no trabalho do psicanalista no hospital não é uma readaptação de seu método por estar alocado fora dos consultórios, mas a “articulação simultânea das duas vertentes” (Moretto, 2019, p. 22): clínica e institucional. Portanto, “o exercício da clínica na instituição não está dissociado de sua interlocução com os demais campos de saber e, ao mesmo tempo, ele não tem como fazer interlocução com os demais campos de saber dissociado do campo da clínica” (Ibid.). Isso nos adverte de qualquer impostura no que diz respeito às propostas de um psicólogo orientado pela psicanálise, afinal, é a partir do lugar que ocupa em relação ao saber que a escuta de cada pedido, ou de cada caso, transmite algo de específico e, com isso, o trabalho certamente não incorrerá em práticas pré-estabelecidas ou generalistas.

Esse é um ponto intrínseco à nossa questão e, para elucidá-la, farei um pequeno desvio, de modo a situar o seguinte contexto: o paradigma da medicina baseada em evidências. Esse novo paradigma, de forma bastante sucinta, minimiza, entre os fatores clínicos, a atuação do médico. Isso quer dizer que, nesse modelo, uma tomada de decisão médica estará respaldada na melhor evidência disponível nos estudos científicos, com base em uma amostragem extensa que caracterize qualquer procedimento diagnóstico, tratamento, medicamentos e intervenções como seguro e eficaz. Frente à inconsistência do Outro e ausência de subterfúgio do sujeito da ciência, o que vemos atualmente pode ser pensado como uma maneira de reintroduzir o limite como medida em um campo vasto e fragmentado. A medicina baseada em evidência “tenta reparar o Outro, tenta fazer existir, sob forma do número, o Outro que não existe” (Brodsky, 2004, p. 71), anulando de maneira mais radical a subjetividade do clínico.

Do ponto de vista técnico e financeiro, há, porém, uma dupla vantagem para quem se detém no assunto: a segurança e eficácia das condutas médicas e o controle e minimização dos custos para a instituição. Isso está longe de ser um problema ou de se apresentar como uma questão a ser interrogada. Como dito anteriormente, é uma afirmação que tem por objetivo situar um contexto. Ora, isso se torna uma questão a partir do instante em que esse paradigma povoa o imaginário no cálculo de que toda e qualquer intervenção baseada em evidência traga mais qualidade para o campo da saúde – excluindo, evidentemente, as diferenças epistemológicas.

No ponto em que isso se expande para o campo da subjetividade é que vemos que o paradigma também corrobora certo modo de incluir o sofrimento e o sintoma nessa expropriação lógica: predominância dos *estudos de uma doença* em relação aos estudos do doente. Em entrevistas no consultório, não é incomum que pacientes que já passaram com um psiquiatra afirmem que a orientação do profissional foi pela busca de um psicólogo de terapia cognitivo comportamental (TCC), haja vista que suas intervenções são baseadas em evidências e, portanto, mais eficazes para síndrome do pânico, fobias, compulsões alimentares, entre várias outras comunidades diagnósticas. Há nesse raciocínio uma relação necessária entre a evidência e a eficácia para o campo das intervenções em saúde.

Antes de retomar a proposta central do texto, é importante dar mais um passo em direção à questão da eficácia – afinal, o que estamos chamando de eficácia? Brodsky (2004, p. 72) diz que, segundo a definição do dicionário *Le Robert*, o que é eficaz é “o que produz o efeito que se espera”, ou seja, sua estrutura é pré-estabelecida, pois “concebe-se uma finalidade, definida idealmente, e logo se inventam os procedimentos, os meios, os métodos para que essa finalidade ideal se converta em uma realidade efetiva” (Ibid.). É nesse ponto que gostaríamos de chegar para levantar a pergunta: que modelo ideal subjaz às intervenções na instituição de saúde concernentes às manifestações de sofrimento psíquico? Para respondermos a essa questão apresentamos, na Parte I – Psicanálise e Saúde, uma discussão que visa precisar o que permeia a noção de saúde, como também a noção de saúde mental. Afinal, interrogar os modos de tratamento ao sofrimento no hospital exige que nos debruçemos sobre o modo como o campo da saúde mental tem se apresentado nesse espaço no qual o que se espera está intrinsecamente relacionado à interpretação do fenômeno.

A preponderância dos significantes de eficiência e eficácia levaram-nos a investigar os desafios do trabalho do psicanalista nesse contexto em que o modelo do hospital contemporâneo parece marcado por “tecnologias administrativas e empresariais que lhe dão aura de eficiência

e resolutividade nunca tida antes” (Ribeiro, 1993, p. 27). Ou seja, esses significantes nos conduziram à seguinte questão de pesquisa: quais seriam os desafios e as dificuldades para a atuação do psicanalista quando o discurso capitalista parece operar na sua relação com a lógica *gerencialista*?

No capítulo I, objetivamos realizar uma leitura do campo de pesquisa com a finalidade de elucidar a nossa questão. Tal questão se encontra articulada a uma mudança que notamos no hospital e que permitiu sustentar a hipótese de que o discurso capitalista se impõe nesse campo de modo a estabelecer desafios para o trabalho do psicanalista. A nosso ver, esses desafios estão relacionados ao que chamamos de lógica gerencialista. Para contextualizar essa hipótese, empreendemos o trabalho de apresentar uma transformação no âmbito do hospital, do ponto de vista estrutural, ao mesmo tempo em que localizamos uma mudança na lógica do cuidado instituída nesse campo.

Essa mudança decorre dos avanços da ciência, tanto do ponto de vista das tecnologias que caracterizam o hospital contemporâneo, quanto do ponto de vista da lógica de gestão que caracteriza o seu modelo de funcionamento. Elegemos como referência de base para a construção do nosso argumento a conferência de Lacan ([1966] 2001) *O lugar da psicanálise na medicina*. Fundamentalmente, consideramos esse texto profético, ao antecipar o que temos testemunhado no hospital: uma lógica técnico-científica cada vez mais avançada e modificações internas no campo da clínica médica.

Finalizamos esse capítulo com a constatação de que as modificações referidas imprimem novas configurações de demandas institucionais. Tratando-se de uma pesquisa que interroga a psicanálise no hospital, entendemos que o desdobramento da análise deve recair sobre o campo específico da saúde mental e do sofrimento psíquico. Portanto, no capítulo II, apresentamos esses conceitos com o intuito de promover uma análise das demandas de saúde mental como subsídio para demarcar a lógica própria ao discurso capitalista. A ascensão do discurso científico no que concerne à saúde mental no hospital é correlata à presença de demandas que convidam novos integrantes à cena. Em prol da saúde, abre-se um mercado de ofertas para responder a um contexto em que o mal-estar ou as variações de respostas subjetivas são interpretadas como disfunções. Com isso, fica evidente o crescimento das medicações psicotrópicas prescritas sem necessidade de avaliação de especialistas – no caso, da psiquiatria –, e vê-se a entrada de *coachs* de saúde, de programas de bem-estar e a prevalência de

psicólogos alicerçados em discursos homólogos aos das linhas científicas. O que se delinea como problema é que há um movimento de inclusão de aspectos de humanização importantes e sem precedentes na cultura hospitalar que, no entanto, ainda reforçaria, mesmo que indiretamente, a exclusão do singular em prol do particular. Esse problema interessa ao psicanalista, pois tem como ética do cuidado incluir aquilo que em face a um contexto homogeneizador o discurso contemporâneo tenta foracluir, qual seja: a questão do sujeito.

Assim, interessa-nos abordar esses fenômenos, não para denunciá-los, mas fundamentalmente para interrogá-los naquilo que os determina e, com isso, contornar as implicações subjetivas nos modos possíveis de respostas em face do real. Torna-se, portanto, fundamental pensar a forma de apresentação das demandas no âmbito hospitalar; pensar, sobretudo, em como acolhê-las, mas não sem um giro necessário, que se orienta na contramão das promessas de sutura ofertadas pois, embora bastante sedutoras, as intervenções normativas mostram-se insuficientes e fracassam diante da expectativa de *erradicar* o mal-estar atual.

A partir da formulação dos quatro discursos, na Parte II – Discurso e Instituição, o psicanalista passou a ter a seu alcance um importante referencial com consistência teórica, o que lhe possibilita estar advertido de sua função no campo social (Alberti, 2019). A aposta conceitual é intrínseca à operatividade da práxis institucional, e nos valem desse recurso como orientador do trabalho clínico-institucional e de pesquisa. No capítulo III, apresentamos a teoria dos quatro discursos de Lacan com o intuito de estabelecer as bases teóricas necessárias para investigar os efeitos do discurso capitalista no hospital. No capítulo IV, finalmente, debruçarmo-nos na leitura da escrita do discurso capitalista, extraindo propriedades de sua estrutura que se articulam com o que designamos desafios do discurso capitalista no que tange ao trabalho com a subjetividade no hospital.

A proposta de investigar os efeitos do discurso capitalista no campo específico do hospital geral parte da premissa de que essa configuração discursiva está aí e produz uma série de operações no tocante à dinâmica do sujeito no laço social. Portanto, se esse discurso é tomado como dado e operativo em suas coordenadas lógicas, o que é possível interrogar são seus efeitos no que configura a produção de fenômenos no campo correspondente às práticas de cuidado em saúde. Com o intuito de contribuir com a prática do psicanalista nesse campo, o que se objetiva neste trabalho, enquanto aposta teórica, é a possibilidade de construir um percurso que lance luz ao que está em questão na configuração desses fenômenos. É a partir dos impasses e até entraves éticos, decorrentes da lógica que perpassa o cuidado, que pretendemos situar a

nossa questão. Uma definição preliminar apresentada por Lacan ([1968-1969] 2008, p. 33) no seminário 16, *De um Outro ao outro*, ressoa enquanto orientação: o discurso “se apresenta como prenhe de consequências, só que obscuras”.

Consideramos o hospital geral um lugar privilegiado para as interrogações dessa pesquisa, na medida em que constatamos os efeitos da transformação em nível institucional de uma empresa capitalista produtiva, cujos princípios e formas de gerenciamento não são sem consequências nem para os indivíduos que ali oferecem o seu trabalho, tampouco para os que vêm pedir a cura. Consideramos que o discurso capitalista não só exclui a subjetividade como produz sofrimento. Enquanto estabelece ideias de conduta e de saúde inalcançáveis – localizando a causa do sofrimento no próprio sujeito –, produz frustração e sofrimento. Não é possível, portanto, analisar os efeitos do discurso capitalista sem considerar a instância do supereu em seu empuxo ao gozo.

Nossas interrogações neste trabalho são fruto das inquietações e escutas dos fenômenos que nos incitam a discutir a sustentação da clínica psicanalítica, não sem desafios, tendo “em seu horizonte a subjetividade de sua época” (Lacan, [1953] 1998, p. 321).

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral

- Discorrer sobre os efeitos do discurso capitalista no hospital, naquilo que tange às demandas feitas ao psicanalista e às ofertas de tratamento do sofrimento na vertente clínica e institucional. Entendemos que o modo como o discurso capitalista opera imprime certos desafios para o psicanalista no tocante à ética do sujeito que a pesquisa objetiva elucidar.

### Objetivos Específicos

- Apresentar uma articulação entre o hospital contemporâneo e a lógica gerencialista.
- Analisar a construção das noções de saúde mental e de sofrimento psíquico.
- Apresentar a teoria dos discursos de Jacques Lacan.
- Apresentar as propriedades do discurso capitalista articulado aos desafios encontrados no contexto do hospital.
- Demonstrar que o discurso capitalista não só exclui a subjetividade, mas também produz sofrimento.
- Discutir a posição do psicanalista, enquanto discurso, no hospital a partir da vertente clínica e da vertente institucional.

## METODOLOGIA

Este trabalho é uma investigação teórico-clínica em psicanálise, na medida em que se impõe à prática ao mesmo tempo em que dela advém. Decorre, portanto, do que foi recolhido como questão, ou seja, da atuação da psicanalista-pesquisadora no campo específico do hospital geral.

A escuta dos casos clínicos, discussões com a equipe de saúde do hospital e os espaços de supervisão permitiram que a pesquisadora tivesse em mãos uma série de situações que ilustram o que foi abordado na pesquisa, no entanto, entendemos que esse material promove um efeito ainda mais fundamental. Essas situações extraídas do contexto do trabalho da psicanalista no hospital permitiram, sobretudo, desvelar o campo de pesquisa investigado. Ou seja, o trabalho parte do que se apresentou como enigmático nesse campo. Uma definição preliminar do conceito de discurso ressoou enquanto orientação para a pesquisadora: o discurso “se apresenta como prenhe de consequências, só que obscuras.” (LACAN [1968-1969] 2008 p. 33).

Inicialmente, a partir do que foi suscitado na prática, realizamos uma leitura e sistematização de trabalhos na área de psicanálise, saúde e teoria dos discursos. Tal levantamento teórico promoveu a construção de dois campos distintos: o da saúde e o dos discursos – que se tornaram as duas partes que compuseram a pesquisa.

- Para abordar o campo da saúde: analisamos as obras dos autores Eherenberg (2005, 2009); Rose (2013); Bezerra Jr (2010); Corbanezi (2021); Birman (2014); Dunker (2015); Safatle (2019), referentes à articulação que nos interessa neste trabalho, a saber, a articulação entre: psicanálise, saúde e saúde mental. Foi realizado também um levantamento sobre o tema da saúde em artigos publicados nas bases de dados científicas: SIBiNET USP, BVS-Psi, PePSIC.
- Para abordar o campo dos discursos: realizamos um estudo teórico, fichamento e sistematização, diretamente das obras de Lacan: De um Outro ao outro ([1968-1969] 2008); O avesso da psicanálise ([1969-1970] 1992); De um discurso que não fosse semblante ([1971] 2009); conferência proferida na Capela de Sainte-Anne O saber do psicanalista (1972); Radiofonia (1970) texto que se encontra

em Outros Escritos (2003). E das obras de Freud: Totem e Tabu (1913), Mal-estar na civilização (1930), Além do princípio do prazer (1920).

- O capítulo III do seminário 17: Do mito à estrutura ([1969-1970] 1992) permitiu instituir um caminho de articulação entre as obras de Freud e Lacan, em referência à teoria dos discursos.

É importante salientar que a investigação de um campo específico que se valha da teoria dos quatro discursos não deve tomá-la de forma instrumental, o que seria uma apropriação equivocada da proposta de Lacan. Não se trata, portanto, de recorrer aos matemas como matrizes de análise e interpretação da forma-conteúdo de uma dada realidade tecida por elementos simbólicos. O ponto de partida é uma outra lógica que não a do sentido: o que fundamenta o discurso nada mais é que ser uma estrutura. Lacan o define como o que “já está no mundo e que o sustenta (...) não apenas já está inscrito, como faz parte de seus pilares.” (Lacan, [1969-1970]1992, p. 13)

Outro ponto importante é que este trabalho se serve de termos como *atualidade e contemporâneo*, no intuito de dar ao exercício teórico de formalização um tom do que advém do vivo da prática clínica-institucional do psicanalista no hospital. O uso desses termos não corresponde à ideia de que haja novos sujeitos e nem sintomas contemporâneos e de que, em decorrência disso, novos operadores instituem uma modificação da teoria psicanalítica frente a mudanças no campo social. Diferenciar sujeito de subjetividade nos parece uma metodologia necessária para o escopo de investigação circunscrito na intersecção entre clínica e cultura. Os modos como se apresentam aquilo que é designado por subjetividade, no contemporâneo, decorrem das especificidades da configuração do Outro da época em que o sujeito se encontra, desde sempre, enlaçado. O sujeito é, via de regra, efeito da inscrição no campo da linguagem. Portanto, não comporta em sua definição nenhum essencialismo temporal.

Nesse contexto, a proposta de elucidar os desafios do psicanalista no contexto da saúde hoje corresponde a uma dupla operação metodológica: diagnóstica e interventiva. O não lugar da psicanálise, ou a dificuldade de o psicanalista estabelecer a sua prática no campo configurado pelo discurso capitalista, equivale a um não lugar do sujeito. Assim, quando afirmamos que não há lugar para o sujeito é porque, em detrimento da concepção de indivíduo, esse campo parece colonizado pelas abordagens científicas, produzindo não mais do que a sua supressão. Portanto, do ponto de vista da diagnóstica, podemos antever que há desafios porque há rejeição daquilo que a psicanálise intrinsecamente representa. Quanto ao ponto de vista interventivo, podemos

pontuá-lo em forma de questão: o que pode o psicanalista nesse contexto? E é essa a questão que permeia todo o percurso deste trabalho.

## PARTE I - PSICANÁLISE E SAÚDE

### CAPÍTULO I - Transformações no campo da saúde: a construção do problema de pesquisa

O mestre de amanhã é desde hoje que ele comanda.

(LACAN, 1968).

Propomos, neste primeiro capítulo, realizar uma análise do contexto atual do hospital e apresentar o que localizamos como problema de pesquisa. Como referência para a construção do nosso argumento, elegemos a conferência de Lacan ([1966] 2001) *O lugar da psicanálise na medicina*. Fundamentalmente, consideramos que esse texto de Lacan antecipa questões que hoje se impõem no hospital, como: a hegemonia de uma lógica técnico-científica cada vez mais avançada, as transformações nos modelos de assistência e as modificações internas ao campo do saber médico e que têm consequências no modo como se configura a relação do médico com a demanda do paciente.

O contexto da Medicina Baseada em Evidência (MBE) imprime uma mudança no modo de constituir um modelo de clínica não mais centrado na relação exclusiva entre médico e paciente. Entendemos que a lógica preeminente, extraída da aliança entre tecnologia e modelo econômico da empresa hospitalar, apresenta desafios para o trabalho do psicanalista, dado que se configura exclusivamente pela lógica do um-a-um.

#### 1.1 Um lugar para o psicanalista na saúde: uma questão permanente

A noção do termo *saúde* dentro do campo da saúde é determinante, em certa medida, para configurar um modelo de atividade que está longe de ser facilmente circunscrito. Independentemente do alcance que se tem sobre uma definição própria e universal do termo *saúde*, é importante assinalar que há certas acepções vigentes que contribuem para promover

práticas e/ou racionalidades a respeito da forma como nos relacionamos com nós mesmos, com os outros e com o mundo a nossa volta.

O tema da saúde é abordado por uma multiplicidade de saberes correspondentes aos encontros, nem sempre convergentes, entre as ciências médicas, biológicas e as ciências humanas. Disso decorre a impossibilidade de tratar a saúde como conceito unívoco – ou simplesmente como *um* conceito. Neste trabalho, tomamos *saúde* como um significante, a partir do momento em que pretendemos analisá-la dentro de um certo contexto e discurso. Considerar a performatividade da noção de saúde como um dos significantes primordiais da atualidade, segundo Askofaré (2015), aponta para o fato de que a saúde não só é uma questão política – engendradora em sistemas discursivos, como também uma questão cultural – associada a ideais da época.

Essa distinção entre política e ideal se dá, elementarmente, a partir do entendimento de que o termo *discurso*, dentro do referencial teórico psicanalítico adotado nesta pesquisa, caracteriza-se como uma estrutura que agencia elementos a partir de determinados lugares, estabelecendo relações de poder – como veremos na Parte II deste trabalho. A dimensão ideal da saúde é considerada um constructo imaginário-simbólico que estabelece padrões pré-determinados de bem-estar e de felicidade. Não são poucos os autores (Aguilar, 2004; Bezerra, 2010; Birman, 2020; Corbanezi, 2021; Freire Filho, 2010) que trabalham com as consequências dessa acepção, tanto do ponto de vista social como do ponto de vista subjetivo.

Um eixo comum entre eles é a ideia de que a saúde como direito à felicidade tem gerado uma demanda sanitária crescente e uma medicalização obsessiva, além do que seria considerado normal (Cartelle, 2010, p. 69). Nesse sentido, a articulação entre as perspectivas política e ideal se dá pela constatação de que a saúde, enquanto significante mestre primordial da atualidade, agencia determinadas formas de intervenções práticas no campo da saúde (individual ou coletiva) articuladas a esses ideais.

Tratando-se de um trabalho de psicanálise no campo da saúde, é importante partir da premissa de que o psicanalista não deve se posicionar nesse espaço como sendo mais um *trabalhador da saúde*, mesmo que sua entrada seja marcada pela expectativa da figura de um psicólogo que comporá o quadro de funcionários de um hospital. Afinal, a prática do psicanalista não é norteadada da mesma forma que o trabalho dos outros profissionais de saúde, uma vez que se esperada que ele não determine *o que é melhor, mais indicado, mais saudável* a partir da perspectiva de um “para todos”.

Nesse caso, qual seria a sua função? Sustentamos que o psicanalista no campo da saúde recolhe aquilo que resta como efeito de um discurso que tenha como agente um significante-mestre cuja função é a de *a*-colher o sujeito: aquilo que resta de uma operação generalista. Ou seja, a rigor, o psicanalista, ao acolher o resto, dá lugar ao que do universal escapa: o singular do sujeito e sua radical diferença.

É importante que fique claro que não se pretende aqui estabelecer um embate com os outros saberes. Entendemos que há uma relação discursiva de dependência e não de exclusividade. Afinal, só há campo para o psicanalista trabalhar porque os modos como as instituições de saúde são regidas, necessariamente, têm como consequência um resto – ou um impossível de tudo apreender. Nesse ponto é que podemos afirmar que há um paradoxo necessário a se preservar e que orienta a sustentação de uma prática: que o campo da saúde seja um campo *para-todos* e, ao mesmo tempo, não sem um lugar para *cada um*<sup>1</sup>. Isso quer dizer que a saúde, como um direito, é para todos, mas, ao fazer vacilar o significante-mestre da saúde, presente no contexto simbólico atual, possibilita que a psicanálise enquanto discurso possa dar lugar para o cada um.

Nesse ponto entendemos que o psicanalista tem um lugar a partir de uma subversão. Não opera dentro do campo, a partir de diretrizes comuns; nem de fora, do lugar de exceção. Ou seja, opera lá onde é possível uma torção. Retomando de forma mais específica e com o intuito de concluir esta primeira parte, propomos que a subversão da noção de saúde se refere ao reconhecimento de que diante da hegemonia discursiva que está presente nesse campo – que estabelece a intersecção entre medicina (modelo biomédico) e estatística (modelo científico) – é possível introduzir algo de singular do sujeito.

Entretanto, uma precisão se faz necessária. A exclusão do sujeito é efeito do funcionamento do discurso do mestre, o que é radicalmente diferente de ser uma deliberação de cunho moral, ou seja, o desmerecimento do sujeito quando confundido com o indivíduo. Assim, a exclusão do sujeito como efeito do discurso não significa deixar de se importar com o *ser* da pessoa. Da mesma forma, políticas ou protocolos de humanização que pretendem se preocupar com o ser não garantem espaços que levem em consideração o sujeito, da maneira como é compreendido pela psicanálise.

---

<sup>1</sup>Referência ao texto de Marcus André Vieira para o ENAPOL 2011. In Revista Correio v. I, n 67 – São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2010.

Não é incomum que encontremos trabalhos que apontem para a exclusão do sujeito – enquanto efeito estrutural necessário – pela via da acepção de um ambiente desumanizado ou atribuindo uma insensibilidade aos profissionais de saúde. É impossível mensurarmos não só as implicações de cada profissional, como também suas motivações e modos de cuidado com o outro. Sem dúvida, não se trata de uma condenação, como se aqueles que operam pelo discurso do mestre não se importassem com o que há de particular/singular no outro. Trata-se de uma operação que visa um objeto específico, pois para construir um raciocínio clínico a partir de uma modalidade discursiva é necessário que – como método – algumas variáveis sejam afastadas.

Insistimos, portanto, que a exclusão do sujeito é efeito lógico de uma modalidade discursiva e não consequência de insensibilidade. Assim, o discurso do mestre, tal como foi proposto por Lacan (1966a [1998]), promove uma cisão entre sujeito e objeto, como em “Ciência e Verdade”<sup>2</sup>, ensaio no qual o autor disserta sobre o advento da modernidade como consequência do método cartesiano – ciência moderna. Em uma perspectiva lógica, essa cisão produz o campo que possibilitou a invenção da psicanálise, já que o sujeito do qual a psicanálise se ocupa é o sujeito da ciência.

Extraímos três frases de Lacan (1966a [1998]) do texto supracitado com a finalidade de fundamentar esse ponto: 1) “a práxis da psicanálise não implica outro sujeito senão o da ciência” (p. 870), ou seja, o sujeito que *cai* como consequência da produção de saber sobre o objeto (método científico) é o sujeito que a psicanálise implica no tratamento. 2) “o sujeito está, se nos permitem dizê-lo, em exclusão interna a seu objeto” (p. 878), ora, ao mesmo tempo em que o sujeito é excluído ele é também inerente à própria existência do objeto. E, por fim, 3) “dizer que o sujeito sobre quem operamos é o sujeito da ciência pode passar por um paradoxo” (p. 873). Isso nos leva, portanto, à constatação de que não se trata de uma disjunção entre psicanálise e ciência, afinal, estas são unidas pelo advento do sujeito na modernidade.

Assim, cisões entre sujeito e objeto, saber e verdade são motrizes para a produção do campo psicanalítico e sua práxis, já que esse sujeito apartado do mundo é também apartado de si e é isso que o psicanalista produz quando recoloca a verdade como causa para que o saber possa ser enunciado em referência ao próprio sujeito. Dito de outra forma, a ciência moderna

---

<sup>2</sup> Além do texto principal “A Ciência e a Verdade” de Jacques Lacan, que se encontra nos Escritos (1998), o leitor que quiser se aprofundar nessa construção entre psicanálise e ciência encontrará em “Psicanálise, Ciência e Discurso” (2013) de Tania Coelho dos Santos e Rosa Guedes Lopes mais orientações sobre o tema.

institui um corte que configura o estabelecimento do discurso do mestre e do seu avesso moebiano: o discurso do inconsciente. Vamos prosseguir na relação, portanto, do psicanalista na saúde para apresentarmos o que pretendemos acrescentar na discussão.

Nos trabalhos que discutem o lugar do psicanalista no hospital (Moretto, 2005; 2019), temos uma construção fundamentalmente relevante que traz a perspectiva de que, diante do discurso médico, no qual a relação do médico se estabelece com a doença, o sujeito atravessado pela doença não é incluído no cálculo do cuidado. Com cautela para não contradizer o que foi construído anteriormente e em justa referência às pontuações de Moretto (2005), vamos nos ater com mais cuidado ao que se encontra condensado nessa afirmação. Vejamos.

A questão fundamental não se trata da relação médico-paciente, ou seja, de um médico que opte por não incluir em suas condutas o que há de particular<sup>3</sup> do paciente. Trata-se de uma relação entre saber e doença. O médico veicula o saber a partir do discurso médico, campo delimitado do ponto de vista metodológico e, como consequência, há uma dupla operação de exclusão: do sujeito médico e do paciente. Assim, dessa dupla destituição “prevaleceria a instituição médica, da qual o médico é um anônimo representante, e a doença, que é um objeto constituído e descrito pelo discurso médico, sendo o homem unicamente o anônimo terreno onde a doença se instala” (Moretto, 2005, p. 65)

A exclusão do sujeito pode ter repercussões na efetividade do cuidado prescrito e/ou produzir reações que imprimem à relação entre o doente-com-sua-doença e com o tratamento um tom dissonante, trazendo dificuldades de manejo clínico. Sendo assim, “essa exclusão proposta é imaginária, já que o que ele nega retorna na prática” (Id., p. 64). Esse retorno na prática, ao perturbar a suposta ordem esperada, é o que acaba por configurar as demandas endereçadas ao psicanalista.

Apresento a seguir uma situação com a finalidade de elucidar esse ponto.

Trata-se de uma paciente que é admitida na unidade de internação para estabilizar um quadro clínico descompensado. Sua doença de base é um câncer recém-diagnosticado e com prognóstico restrito. A equipe identifica que um dos motivos para a descompensação deve-se a um quadro de inapetência, já que, segundo relato do marido, a paciente estava recusando

---

<sup>3</sup> É importante frisar que o particular nesse caso incorre em um ponto problemático em que o psicanalista deverá empreender o esforço técnico e metodológico de diferenciar. Ou seja, o particular se identifica com uma singularidade imaginarizada, como se a singularidade do sujeito fosse uma qualidade apreensível. Uma consequência também positivante de lidar com o particular – que se diferencia da perspectiva da psicanálise a respeito da singularidade do sujeito – é a compreensão de que sujeito e indivíduo são sinônimos.

alimentação. Médicos, enfermeiros e nutricionistas insistiam em orientar a paciente sobre a importância de se alimentar. Cada um a seu modo transmitia que isso a ajudaria na estabilização do quadro e poderia favorecer o enfrentamento da doença, mesmo que o prognóstico fosse restrito. Porém, não obtiveram sucesso.

O mal-estar da equipe em não compreender os motivos da recusa, a impotência em tratá-la, o testemunho de um leito escuro e silenciado, fez com que solicitassem a avaliação da psicologia. Em um primeiro momento, uma psicóloga da equipe se dirigiu ao quarto. Diante de um pedido enfático em torno da importância de *fazê-la comer*, a psicóloga se dirige à paciente e a orienta sobre a importância da alimentação e da necessidade de falar sobre o que estava gerando um suposto quadro de depressão. Não obteve sucesso. De imediato, a paciente recusa o atendimento pelo gesto de virar-se e de permanecer calada.

Como o sintoma de inapetência não cessava e a equipe estava muito angustiada, uma nova solicitação de avaliação psicológica é feita. Entro no leito escuro de forma sutil, não acendo as luzes, e digo “*você deve saber porque eu estou aqui. Seu marido e a equipe têm insistido muito nesse contato, porém eu não sei o que se passa e ficarei aqui caso queira falar*”. Não menciono a alimentação, não acendo as luzes e não nomeio aquele encontro como uma avaliação psicológica para a inapetência, apenas me coloco ao seu lado, em silêncio.

Passados alguns minutos ela se vira e diz “*eu não aguento mais*”. Permaneço em silêncio, mas nesse momento já consigo alcançá-la com o olhar. Ela continua “*eu vou morrer...*”. Em prantos, não consegue dar continuidade, mas o que chama a atenção é que ela passa a tocar a barriga. Sigo escutando e dando espaço para ela falar e chorar. Até que o choro cede e ela diz “*a mesma cicatriz*”. Aos poucos, a paciente transmite que a cicatriz da cirurgia era no mesmo lugar, da mesma extensão do ferimento que havia matado sua irmã em um acidente de carro.

A identificação com a irmã pela marca no corpo e o impacto de um diagnóstico oncológico repentino e agressivo produziu uma certeza de morte antecipada com efeito de silenciamento e retraimento. A possibilidade de falar, a partir de um outro lugar, promoveu nesse primeiro momento uma localização subjetiva significativa, engendrando, em um segundo momento, sob transferência, uma série de construções que tornaram possível à paciente não só se alimentar, mas ter condições de decidir pelos seus últimos meses de vida.

O intuito aqui não é esgotar o relato do caso, apenas fazer o recorte que nos interessa nesse momento: para essa paciente, saber sobre a necessidade de se alimentar não impedia que algo da experiência subjetiva insistisse e lhe impossibilitasse a nutrição. Assim, o contexto de

adoecimento não é todo apreendido pelo discurso médico, reforçando que o elemento excluído pode retornar anunciando uma demanda singular na direção do tratamento.

Com isso, esse caso nos mostra que o fracasso de uma ordenação ideal é estrutural, mas isso não quer dizer que não possa ser contornada a partir de um trabalho de colaboração entre *representantes* de discursos antinômicos, médico e psicanalítico. Ao se inserir<sup>4</sup> em uma equipe de saúde, o psicanalista oferece um lugar para aquilo que ficou de fora, auxiliando, na melhor das hipóteses, a construção do caso clínico e, desse modo, promovendo efeitos na forma como a equipe se relaciona com a própria subjetividade e com a subjetividade do paciente, tal como afirma Batista, Netto e Moretto (2019).

Dito isso, é preciso avançar: propomos que a exclusão do sujeito, como efeito do discurso do mestre que abre espaço para atuação do analista no hospital, esteja acrescida por uma outra problemática que gostaríamos de circunscrever. Constatamos, e nos empenhamos no esforço de elucidar, neste trabalho, que o discurso atual e imperativo na instituição de saúde tem seu tom marcado por uma lógica própria ao discurso capitalista. Isso, por sua vez, tem efeitos na forma de conceber o binômio saúde/doença e de configurar as ofertas de tratamentos, tendo em vista a impossibilidade de dissociar ofertas de tratamento daquilo que é reconhecido como demanda.

Se, nesse primeiro momento, é evidente a construção do trabalho do psicanalista a partir da relação entre discurso médico e discurso do mestre, propomos uma leitura a partir de uma nova perspectiva: quais seriam os desafios do trabalho do psicanalista em um contexto em que o modelo do hospital contemporâneo seja marcado por “tecnologias administrativas e empresariais que lhe dão aura de eficiência e resolutividade nunca tida antes” (RIBEIRO, 1993, p. 27)? Dizendo de outra forma, quais seriam os desafios e as dificuldades para atuação do psicanalista quando o discurso capitalista parece operar na sua relação com a lógica *gerencialista*?

Gaulejac (2007) nota que o gerencialismo se revela a partir de um modelo que prima pela quantificação e pelo pragmatismo, o qual não está a serviço de medir para compreender, mas de compreender o que pode ser efetivamente medido. Essa forma de gestão se orienta com base em uma perspectiva funcionalista, normativa e totalizante. O seu domínio não tem em vista apenas o campo da economia, mas se pulveriza pela sociedade – de modo mais sutil que nas

---

<sup>4</sup> A noção de inserção do psicanalista na equipe de saúde é extraída do texto “sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde” – Maria Livia Tourinho Moretto e Léia Prizskulnik, 2014.

práticas disciplinares; no entanto, de forma bastante eficaz na interiorização de sua lógica pelos indivíduos (Coelho, 2012).

Essa dupla face, organizacional e individual, nos permite analisar – amparados pela montagem do discurso capitalista de Lacan em 1972 – dois pontos relativos ao nosso campo de pesquisa: 1) A instituição, enquanto organização e 2) a clínica dos sujeitos na internação hospitalar. Essa divisão ocorre pelo fato de o psicanalista – em nossa experiência – encontrar lugar para trabalhar nesses dois espaços, respectivamente: no setor da saúde do trabalhador e no setor da assistência aos pacientes e familiares na internação hospitalar.

Além disso, no momento atual, percebemos que os pedidos para a psicologia – cargo no qual o psicanalista entra no hospital – têm se intensificado e as contratações para o trabalho nesses dois espaços têm se ampliado em decorrência de uma supervalorização do que se entende por saúde mental. Contudo, será que valorizar a saúde mental e abrir espaço para seus trabalhadores (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas) significa necessariamente pensar em estratégias de cuidado que considerem o sujeito? Para tentarmos responder a essa pergunta é necessário, inicialmente, refletir sobre as transformações que vêm ocorrendo desde o século XVIII, no que diz respeito não apenas à função do hospital, mas também ao lugar que é dado ao cuidado.

## 1.2 Transformações do hospital

Iremos abordar as transformações do hospital em três tempos: religioso, médico e administrativo. Dentro de cada tempo gostaríamos de destacar: *o objeto de intervenção, o personagem ideal, poder e saber*. Temos, com isso, o objetivo de demarcar as especificidades do hospital contemporâneo no campo dessa pesquisa. Sem dúvida, é a partir do texto de Foucault (2009) *O nascimento do hospital* que extraímos parte dessa construção, sobretudo no que se refere ao marco do século XVIII, que insere um corte e a passagem do saber religioso ao saber médico-científico.

Segundo Foucault (2009), antes do século XVIII o hospital era uma instituição de assistência aos pobres. Seu objeto de intervenção não era a doença, e, sim, as necessidades mais variadas de assistência a essa população. Assim, para o autor, “o personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo” (2009,

p. 100). A figura de autoridade que configura a intervenção desde um lugar (de saber) é o agente religioso. Este que chega “é alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento” (Id., p. 101). De modo geral, podemos dizer que a missão do hospital até o século XVIII era essencialmente espiritual e se dirigia aos mais vulneráveis.

Não temos o intuito de aprofundar as especificidades das transformações no curso da história, no entanto, é importante demarcar que essa passagem do hospital religioso ao hospital médico se deu em um contexto de crescentes mudanças econômicas e sociais, sobretudo, através da descentralização do poder religioso, que deu espaço para novos agentes do Estado. O advento da modernidade, marcada pela emergência da episteme científica, proporcionou uma reconfiguração da medicina e promoveu sua consolidação enquanto dispositivo preeminente nas diretrizes da organização social. A partir da cooptação do seu objeto, que até então era submetido ao domínio teocêntrico, a medicina se torna a representante do saber sobre o corpo, agora compreendido como organismo.

O método anátomo-clínico, então, permite que a doença retorne de um plano metafísico para se alojar no corpo-organismo, que pode ser abordado, tratado e, por vezes, curado. Desse modo, nas palavras de Foucault (2009, p. 109), “a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar”. Nesse ponto, podemos circunscrever que o objeto de intervenção é a doença, o personagem ideal é o paciente doente, e o saber que subjaz à organização hospitalar é o saber médico. Com isso, a transformação do sistema de poder no interior do hospital passa dos representantes religiosos à autoridade médica.

De forma sintetizada, podemos dizer que o hospital perde “as missões de penitência e misericórdia da Idade Média” (Ribeiro, 1993, p. 27) e passa a ser “um lugar de tratamento e recuperação, com a incorporação do cientificismo da medicina, a partir do século XVIII.” Concomitantemente, uma outra transformação se dá, não em uma perspectiva de corte, como entre o hospital religioso e o hospital médico, mas em uma perspectiva de acréscimo e continuidade. A partir da metade do século XX, o hospital, “com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, adquire características e missões novas, próprias ao hospital contemporâneo” (Ibid.). Uma passagem passível de ser compreendida, sobretudo, pelos avanços da ciência enquanto avanços técnicos e tecnológicos.

Nesse sentido, os avanços técnicos e tecnológicos contribuem para a efetividade (produtividade) e para a economia (gestão de custos) quando estabelecem um gerenciamento preciso e automatizado de tudo. Vale assinalar que o ambiente tecnológico implica, certamente, investimentos e custos elevados, cuja manutenção é tributária de uma lógica lucrativa. Destarte, segundo Ribeiro (1993), o hospital reproduz, a seu modo, a lógica capitalista, uma vez que se torna também uma empresa, uma indústria que comporta um sistema de vendas e consumo de mercadorias.

Assim, para além do saber médico que subjaz à racionalidade clínica e terapêutica, o hospital, por ter um caráter empresarial, passa a ser regido também pelo administrador e, muitas vezes, questões gerenciais e financeiras são priorizadas para elevar sua eficiência e qualidade assistencial. Então, como empresa que tem como objetivo criar consumidores, podemos inferir, nesse caso, que o personagem ideal do hospital não é mais o doente, mas o cliente. A satisfação do cliente, quantificada pelos indicadores de qualidade e percebida como modo de garantir recursos para o hospital, favorece a descaracterização de alguns pedidos à psicologia. Há uma certa expectativa institucional de que os pacientes se satisfaçam no período de internação, mesmo que se configure uma demanda paradoxal, dado que o paciente/cliente muitas vezes se encontra atravessado por um contexto de adoecimento em que o mal-estar ou o sofrimento são respostas naturais.

Também é preciso destacar que, desse ponto em diante, o paciente não é mais do médico, mas da instituição, que, por sua vez, estabelece as relações entre a clientela e os diversos setores assistenciais (Ribeiro, 1993). Por fim, o objeto de intervenção deixa de ser, exclusivamente, a doença que habita o organismo, e passa a ser também corpo, imagem e gozo, os quais ampliam as possibilidades de intervenção sobre ele, para além do patológico. Os procedimentos estéticos-cirúrgicos dão testemunho da abrangência das intervenções médicas que ultrapassam o campo da patologia e abarcam, também, o escopo de transformações possíveis em virtude do bem-estar.

Evidentemente, nosso objetivo aqui não é tomar essa transformação como um problema, mas interrogar como essas mudanças produzem efeitos para o trabalho do psicanalista no hospital. Para avançarmos nessa questão, iremos nos apoiar nas reflexões propostas por Lacan ([1966] 2001) em sua conferência *O lugar da psicanálise na medicina*, proferida no Collège de Médecine, em La Salpêtrière.

### 1.3 Cientifização da Medicina

Vamos iniciar com uma fala de Lacan ([1966] 2001) aos médicos na conferência em La Salpêtrière:

É no ponto em que as exigências sociais são condicionadas pelo aparecimento de um homem que sirva às condições de **um mundo científico**, que provido de novos poderes de investigação e de pesquisa, o médico encontra-se face a novos problemas. Quero com isto dizer que o médico nada tem de privilegiado na organização desta equipe de peritos diversamente especializados nas diferentes áreas científicas. É do exterior de sua função, especialmente da organização industrial que lhe são fornecidos os meios ao mesmo tempo que as questões para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas. (...) O médico é requerido em sua função de cientista fisiologista, **mas ele está submetido ainda a outros chamados**. O mundo científico deposita em suas mãos o mundo infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos. Ele os coloca à disposição do público e pede ao médico, assim como se pede a um agente distribuidor, que os coloque à prova. Onde está o limite em que o médico deve agir e a que deve responder? A algo que se chama demanda? (p. 9-10, *grifos nosso*)

Ora, frente à caracterização de um novo momento, o de *um mundo científico* no interior do sistema capitalista, Lacan ([1966] 2001, p. 10) se pergunta: a quais outras funções o médico está submetido? O destaque na citação “mas ele está submetido ainda a outros chamados” é relevante, pois não marca uma ruptura entre as funções da prática médica. O médico é um cientista fisiologista, comporta um saber específico, mas se encontra também absorvido por um outro discurso. O que está em questão para Lacan, nessa conferência, é o que se perde da função do médico engendrado pelo discurso científico, na sua aliança com o capitalismo, na relação com a demanda do paciente, quando se vê submetido a responder a pedidos de outro campo. Não se trata de resgatar uma medicina clínica *de antigamente*, mas de atestar os limites de uma prática exercida no âmbito em que o corpo não deixa de ser, segundo Lacan, um corpo que goza.

Apesar do efeito aversivo que produziu no público médico, essa conferência teve como um de seus objetivos levantar uma questão pertinente relativa a “uma modificação muito rápida que vem produzindo-se naquilo que chamaria de função do médico” (Id., p. 9) e elucidar que essa modificação estaria ligada a uma cientifização da medicina, articulada, sobretudo, ao mercado.

É preciso que essa relação seja analisada de forma consistente e sem reducionismos, afinal, a ideia de que haja uma ciência pura cuja única finalidade seja a busca por conhecimento é uma perspectiva romântica e ingênua. Da mesma forma, é reducionista a ideia de que toda e qualquer ciência seja regida por motivações político-econômicas. Nem tanto ao céu, nem tanto ao mar.

Tentemos deslindar o que decorre de tais ideias. É evidente e inegável que o empreendimento para o trabalho científico disponha de investimentos, uma vez que interessam à sociedade os avanços promovidos por suas descobertas. A exemplo disso, tomemos a rápida resposta dos cientistas e laboratórios da indústria farmacêutica na produção de vacinas contra o vírus SARS-CoV-2 e a importância desse produto para o controle da pandemia e da redução dos números de mortes. A resposta rápida perante emergências em saúde pública requer, evidentemente, uma política de investimento permanente em ciência, tecnologia e inovação. A importância dos ensaios clínicos fora também inestimável, pois promoveram de forma muito eficiente, para citar um exemplo, o plano de ação e conduta para pacientes graves em Unidades de Terapia Intensiva. Certamente, a pesquisa baseada em evidências sobre casos de COVID-19 favoreceu a produção de protocolos que serviram no combate ao vírus da maior crise sanitária da atualidade.

Em um país marcado pela profunda diferença entre as classes sociais e, conseqüentemente, pela desigualdade no acesso à saúde, a padronização dos modos de acolher as necessidades da população fizeram e fazem muita diferença. Não à toa, na eclosão da pandemia, a falta de pesquisas prévias que promovessem diretrizes gerais contribuiu para o desamparo e a insegurança da população e de todos os profissionais de saúde envolvidos.

Então, qual é o propósito dessa reflexão?

Javier Peteiro Cartelle (2010), em seu livro *O autoritarismo científico*, apresenta uma construção minuciosa sobre o contexto atual da ciência. Primeiro é preciso afirmar que, para o autor, a ciência, enquanto significante único, não passa de um mito. No entanto, a incidência no imaginário social de que, para ser legítima, toda e qualquer prática deva ser científica, promove o fenômeno do cientificismo. Segundo o autor, os maiores malefícios do cientificismo se encontram nas práticas *psis*. Há uma intenção, cada vez mais perceptível, de reduzir o humano a um conjunto de variáveis biológicas e quantificáveis que possam ser acessíveis aos meios de remodelagem, controle ou manipulação. É diante desse contexto que o autor, ao longo do capítulo intitulado *Ciência e mercado, o produto científico*, aborda como o segmento da genética, da indústria farmacêutica e dos estudos baseados em evidência tem oferecido lastro

para a perpetuação de certas fantasias de um corpo-máquina passível de ser não só compreendido, como acessado e modificado –, mas não sem, é claro, a aliança de um mercado produtor dessas demandas.

Com isso, entendemos que o lugar da ciência hoje se encontra também no campo da *política da própria vida* ou, como Nikolas Rose (2013) nomeou, da *Politics of Life Itself*. Em suma, há uma ilusão de completo controle da vida através dos produtos ofertados em decorrência do saber que se estabelece pelo cientificismo. Todavia, como marca Cartelle (2010), estamos diante de uma era científica que construiu uma íntima relação com o mercado na qual a fabricação de produtos é concomitante à própria construção de demandas, e que se sustenta por ser, sobretudo, muito rentável. Portanto, o indivíduo seria mais governado pelo mercado e menos um consumidor que faz uso desse mercado para governar sua própria vida. Podemos antecipar uma fórmula mínima do discurso capitalista como modo de ilustrar esse ponto: o significante-mestre do capital, do mercado, é que estimula a produção de saber científico como o seu produto, em termos de objetos técnicos que são colocados à prova frente às demandas em saúde. Nesse caso, podemos evidenciar a intrínseca relação da ciência com o mercado e a forma como isso se impõe no campo da saúde.

Há, sem dúvida, uma mudança no campo da ciência, pela qual a tecnociência incide nos mais diversos setores da sociedade. Na saúde, por exemplo, “os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis dos serviços médicos de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias” (Rose, 2013, p. 17). Essa perspectiva, por sua vez, deve-se à abrangência da incidência do saber médico na sociedade. Afinal, vemos entrar em cena intervenções cirúrgicas (plásticas, implantes, próteses), medicamentos (inibidores de apetite, liberadores sexuais, hormônios), técnicas de embelezamento da medicina cosmética, entre outras. Há uma variada oferta de produtos (Barreto, 2014, p. 7).

Retornando à conferência proferida aos médicos de La Salpêtrière, o que tem ficado evidente para Lacan é que a submissão à ciência, no caso da medicina, é também aliada a elementos que lhe são fornecidos de outro campo, especialmente da *organização industrial*. Essa cientificização da prática médica associada aos interesses do capital é entrevista por Lacan ([1966] 2001, p. 10) quando afirma que “o mundo científico deposita em suas mãos o número infinito daquilo que é capaz de produzir em termos de agentes terapêuticos novos, químicos ou biológicos”, demandando do médico que seja também um agente distribuidor.

Evidentemente, as consequências da cientificação do campo de saber médico também ecoarão na gestão dos espaços em que a disciplina médica opera; no caso, os hospitais. A lógica

gerencialista nas instituições de saúde são fruto justamente da tentativa de construir uma união entre um saber específico médico e um saber administrativo.

É impossível pensar o bom funcionamento de um hospital prescindindo de uma estrutura administrativa ou do saber médico, ao mesmo tempo em que não é possível pensar em uma conformação perfeita entre esses dois, ou seja, sem um resto. Desejar que tudo funcione perfeitamente é estar distante do real ao qual estamos submetidos enquanto sujeitos. Atrelado a isso, sabemos que quando a dimensão do impossível é forcluída em um regime de gestão, isso pode ter incidências na produção de sofrimento de todos os atores que compõem essa cena. Entretanto, o que se observa é a tentativa constante de que o casamento entre medicina e administração se dê sem furos, mediante a lógica gerencialista, por meio de dois parâmetros: eficiência-eficácia (ciência) e produtividade (mercado). Sobre isso, retomamos a citação de Lacan ([1966] 2001, p. 9):

É do exterior de sua função [do médico], especialmente o da organização industrial, que lhe são fornecidos os meios, ao mesmo tempo que as questões, para introduzir as medidas de controle quantitativo, os gráficos, as escalas, os dados estatísticos através dos quais se estabelecem, indo até uma escala microscópica, as constantes biológicas. Do mesmo modo desloca-se a evidência do sucesso, condição para o advento dos fatos.

A introdução desses parâmetros/dispositivos de controle quantitativo e de produtividade são elementos que atravessam não só o campo da saúde, como também afetam a relação de cada profissional com o seu próprio trabalho. Essa é hoje a realidade dos hospitais, cujo papel da gestão tem uma centralidade na operacionalização dos fluxos e protocolos em parceria com o setor de qualidade. Este, por sua vez, visa o aperfeiçoamento das técnicas, o estabelecimento de diretrizes eficientes de trabalho, e resultados favoráveis que objetivam não só a segurança do paciente (qualidade técnica), mas sua satisfação em relação ao uso do serviço (qualidade percebida).

Assim, com o intuito constante de fazer tudo funcionar, a dimensão tempo e espaço ficam subjugadas a um a-mais. *É possível mais paciente por profissional se o fluxo for otimizado, é possível mais atendimento por setor se diminuirmos os intervalos...* e assim uma lógica impera. A qualidade total pretende, no mundo em que a relação sexual exista, fazer parceria com um cliente satisfeito.

É nesse sentido que a lógica gerencialista não se limita ao saber puramente técnico. O campo de incidência fica permeado por diretrizes normativas daquilo que deveria ser, e não, efetivamente, daquilo que é. A dimensão do *tudo é possível* se configura como imperativo de

conduta para os profissionais: participativo e dinâmico para atingir metas com “*erro zero*”<sup>5</sup>. Essa montagem adquire o caráter de injunções paradoxais: o que há de ser feito a despeito do impossível.

Parece-nos, portanto, que não se trata apenas de um discurso que exclui o sujeito – como no discurso do mestre, pelo qual o sujeito retorna das mais variadas formas na relação transferencial com a equipe, trazendo dificuldades ao manejo clínico com o paciente. No discurso capitalista, porém, apostamos que a tecnicização opera através da lógica de transformar a relação médico-paciente em uma relação mercadológica, na qual a saúde e, principalmente, o bem-estar – enquanto ausência de sofrimento físico ou psíquico – são elevados ao estatuto de objetos que podem ser adquiridos malgrado o real inerente a qualquer forma de laço social. Nesse sentido, não se trata de excluir o sujeito, dado que esse retorna; trata-se de considerar que o que ocorre no discurso capitalista é a abolição da divisão subjetiva como forma de acoplar o sujeito ao objeto.

### **1.3.1 *Distanciamento entre a medicina e a clínica: demanda de tratamento ou tratamento da demanda?***<sup>6</sup>

Chegamos a um ponto em que nos deparamos com outro elemento do texto de Lacan de 1966, agora referente ao campo da clínica. Claramente indissociáveis, os campos conjecturais e o clínico estão divididos neste capítulo por um exercício didático necessário. Anteriormente, destacamos o campo conjectural da medicina científica e sua relação com o mercado; agora veremos como isso incide sobre o campo clínico do médico.

Na revista da Associação Médica Brasileira (2012), recolhemos uma correspondência, na seção *ponto de vista*, intitulada *Os paradoxos da medicina contemporânea*. Nela, dois médicos<sup>7</sup> afirmam que a “medicina contemporânea, balizada pelo complexo médico-industrial (indústria de equipamento médico e indústria farmacêutica) e ancorada na biologia molecular,

---

<sup>5</sup> Esse termo é comum em treinamentos que visam aperfeiçoar a cultura de segurança das práticas assistenciais do hospital.

<sup>6</sup> Ideia extraída do texto “A questão preliminar na época do Outro que não existe”, de Massimo Recalcati (2004). Trata-se de sustentar o programa do sujeito do inconsciente como resistência em ato ao programa do discurso capitalista. Esse ponto será abordado no capítulo IV “Discurso Capitalista”.

<sup>7</sup> Wilson Luiz Sanvitto – Professor Titular de Neurologia e Livre-docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo | Zied Rasslan – Professor Assistente: Doutor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e médico do Hospital Israelita Albert Einstein.

vem avançando de modo acelerado em todos os campos” (Rasslan; Sanvito, 2012, p. 634). Para os autores, “esse avanço exponencial provoca um *frisson* não só no médico, mas também na sociedade – e a ‘escatologia científica’ passa a imperar” (Ibid.). Diante desse paradigma científico, segundo eles, “há um descompasso entre avanços médicos e assistência médica de qualidade. Existe uma brecha entre medicina científica e as necessidades dos pacientes” (Ibid.).

Como consequência, atestada por essa brecha-abismo, “há uma deterioração crescente da medicina artesanal (anamnese/exame físico) e supervalorização dos exames complementares e atos médicos técnicos” (Ibid.). Sobre esse contexto, analisam os médicos, constata-se: “a mercantilização da medicina, os altos custos operacionais, ausência de investimento em sistema público para que se torne eficiente, baixa remuneração dos profissionais da saúde, além de condições de trabalho precárias” (Id., p. 635). Assim, não só atribuem aos problemas uma relação econômica – no caso da mercantilização da medicina –, como também identificam que a cientifização da medicina afasta o médico da demanda do paciente, pois minam o espaço no qual a demanda se instala; no caso, o espaço proporcionado pela relação entre duas pessoas.

Como mencionado no tópico anterior, a medicina na atualidade se estabelece sobre novas proposições epistêmicas. As técnicas de avaliação e os aperfeiçoamentos dos protocolos institucionais são decisivos para atestarmos uma significativa mudança da prática médica. A própria relação médico e paciente, e a estrutura pensada para dar lugar a essa relação, hoje são outras. Os orientadores da clínica médica têm sido o modelo da medicina baseada em evidência, como também, no caso da psiquiatria, o orientador da prática clínica tem se estabelecido, cada vez mais, a partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM). Ambos trazem modificações claras sobre a clínica, porquanto privilegiam a classificação do sintoma e a conduta pré-estabelecida, o que se contrapõe ao contexto psicodinâmico que emerge da fala do paciente a respeito do seu adoecimento e do seu sofrimento psíquico.

Ao constatar que as tecnologias científicas de diagnóstico e tratamento visam anular aquilo que designou como falha *epistemo-somática*, o problema que surge para Lacan ([1966] 2001) é referente ao corpo (objeto do médico). O corpo-objeto de investigação e intervenção decorre da dicotomia cartesiana, porém, o corpo não se caracteriza puramente enquanto extensão. Assim, o saber sobre esse corpo encontra um limite que o próprio corpo-enigma impõe. A esse respeito, Lacan indica que o que se exclui dessa relação epistêmica sobre o corpo é a dimensão do gozo.

A dimensão da clínica enquanto mobilizadora de saber (S2) sobre o corpo é o que institui, portanto, o campo de endereçamento da demanda na relação com o outro. O que vimos

é que o cenário atual parece minar esse campo clínico das relações, na medida em que considera o tratamento mediado pelos avanços tecnológicos e farmacológicos. O movimento de automatização das respostas aos programas de cura, nas dimensões da doença orgânica ou do sofrimento psíquico, leva-nos necessariamente a interrogar a função do psicanalista nesse contexto.

Se, por um lado, parece-nos evidente que há um desafio para o trabalho do psicanalista, sobretudo porque o psicanalista sustenta a dimensão do encontro para estabelecer sua intervenção; por outro lado, é pelas mesmas razões que a contribuição da psicanálise à medicina se faz tão fértil nesse campo. Afinal, há uma montagem em curto-circuito de uma operação que exclui a produção de saber sobre o corpo – este fundamentalmente interpelado e mobilizado pelo gozo – e há uma supressão do encontro com o outro para pensar a terapêutica, minando sobretudo a dimensão do laço para as transformações dos processos de adoecimento e sofrimento psíquico. Sustentamos que o novo estatuto do saber e a configuração do laço atual decorrem do discurso capitalista e, por esse motivo, fizemos dele objeto de investigação da pesquisa.

### **1.3.2 Caso Lúcia: o sujeito insiste**

Lúcia é atendida na Unidade de Internação de um hospital geral privado. A solicitação para avaliação psicológica foi feita pela equipe de enfermagem, pois constataram, a partir dos antecedentes de diagnósticos psiquiátricos localizados no prontuário, que se tratava de uma paciente que se serviria do atendimento psicológico. O uso de antidepressivos e ansiolíticos indicava que aquela paciente que fora admitida na Unidade teria uma questão própria *ao campo da saúde mental*.

Antes de nos atermos ao caso, gostaríamos de fazer um comentário a respeito do que motivou o pedido de avaliação psicológica. É certo que a qualidade do pedido para avaliação pela equipe de psicologia pode ser interpretada de diversas maneiras: algum problema na relação do profissional solicitante com o paciente, intercorrências na rotina clínica-cirúrgica, alterações de humor e/ou comportamentos inadequados identificados na relação do paciente com equipe ou familiar, entre outros.

De alguma forma, o motivo do pedido de atendimento psicológico surge no contexto de internação – podemos dizer que se estabelece na relação com algum mal-estar do paciente ou

da própria equipe. A respeito do mal-estar, na posição de psicanalistas, partimos da premissa de que é preciso que ele *se diga*. É só a partir da escuta da queixa/pedido que poderemos localizar a questão que se relaciona com o sofrimento e/ou com uma demanda específica do paciente ou da equipe, que oriente a intervenção do psicanalista no contexto hospitalar.

No entanto, temos acompanhado, talvez pelo efeito do trabalho dos psicólogos nas instituições, ou pela abrangência da temática terapêutica na cultura<sup>8</sup>, solicitações cada vez mais recorrentes que não justificam o pedido com base na emergência de algum fenômeno que caracterizaria uma demanda. Pela via da gestão das *unidades de negócio* (setores específicos), temos acompanhado um aumento das expectativas de atendimentos *para todos*, como um processo de protocolização da intervenção psicológica em nível institucional. A exemplo disso, temos clínicas que já introduzem nos seus fluxos a necessidade de atendimento psicológico. Há, também, pela via da relação com a equipe de saúde, a resolução de que os antecedentes psiquiátricos são motivos de pedido, mas não só. A ideia de que todos os pacientes são *potenciais sofredores*, indica, de modo muito sedimentado, que é *preciso* um psicólogo. É importante discernir suposição – no sentido de aposta – de premissa, pois essa imputa ao outro a necessidade de falar a partir de critérios próprios estabelecidos pela equipe de saúde.

Talvez podemos dizer que o estranho-familiar que mobilizava os motivos de pedidos para o psicanalista, por parte da equipe, esteja se tornando cada vez mais familiar (estranho). De modo geral, quando tratamos dos pedidos como decorrentes da complexidade das relações que se estabelecem entre paciente e seu processo de adoecimento, paciente e família, paciente e equipe, tomamos a orientação da clínica a partir do vivo da experiência, do que aparece como impasse, da dificuldade. Há uma operação de saber-fazer com a dimensão de não saber que se abre diante desse contexto – o que é diferente de pensar a abordagem psicológica como prescritiva, que tenha em vista orientar e auxiliar o processo de adoecimento a partir do que o psicólogo pode oferecer: qualidade da experiência e bem-estar. Esse comentário tem a finalidade de provocar uma questão que iremos abordar de forma mais aprofundada no capítulo III: Saúde Mental e Sofrimento Psíquico.

Vamos retomar o caso:

---

<sup>8</sup> FUREDÍ, F. *Therapy culture. Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Londres: Routledge, 2004.

A história de Lúcia no hospital começou quando, ao ser submetida aos cuidados do médico ginecologista por conta de um quadro de endometriose, foi sugerida uma gastroplastia, para aproveitar esse momento da intervenção cirúrgica. O procedimento foi transmitido a ela como sendo importante na prevenção de outras complicações de saúde devido ao seu sobrepeso, não havendo, na ocasião, comorbidades expressivas.

Lúcia refere que, diante da sugestão do cirurgião, pôde optar pelo procedimento. Já havia pensado sobre isso em outros momentos, mas acabava por recuar diante do que ela nomeia como *medo excessivo de tudo*. Frente à transferência com o médico responsável, a sugestão pela gastroplastia foi aceita, com a compreensão de ser o momento para a abordagem cirúrgica eletiva.

A paciente realiza a cirurgia de endometriose e gastroplastia e se certifica das recomendações médicas para reabilitação pós-operatória específica das cirurgias em questão. Recebe orientações em relação ao tempo de repouso e rotina de dieta. Tendo sido questionado sobre o tempo de afastamento, o cirurgião refere que ela retomaria suas atividades normais após um mês.

Lúcia faz consultas ambulatoriais com o médico, queixando-se de mal-estar constante e cansaço. Após algumas tentativas de controle de vitamina e mudanças na dieta, o médico prescreve um antidepressivo, pois acredita que os sintomas relatados configurariam um quadro de depressão. Após trinta dias, Lúcia retorna ao consultório médico com queixas de tremores e dificuldade para dormir. O médico acrescenta um ansiolítico para uso noturno. Vinte dias após esse encontro, Lúcia se interna no hospital para investigação de um quadro de dor abdominal.

Entro no quarto e Lúcia pergunta se eu seria a psiquiatra que o médico havia pedido para avaliá-la. Digo que não, que sou psicóloga e que gostaria de saber como ela estava, já que havia um quadro de dor constante e uma avaliação psiquiátrica pendente. Lúcia responde que o médico havia dito que ela não tinha nenhum problema ginecológico e gastrointestinal, que ela já estava de alta do ponto de vista clínico e cirúrgico, no entanto, seria recomendado que a psiquiatria desse continuidade ao caso, pois se tratava de um quadro de ordem da “saúde mental”. Sua hipótese antecipada era a de um transtorno de pânico, mas que seria melhor o psiquiatra para reconciliar medicação e acompanhar ambulatorialmente.

Lúcia refere ter entrado *na fila da má sorte, novamente*. Não bastava um pós-operatório difícil, agora teria que lidar com outro problema, que não entendia ao certo do que se tratava. Reticente da avaliação psiquiátrica, teme por ser referida como *louca*, além do incômodo de tomar medicações. Nunca gostou de tomar remédio e não gostaria de dar continuidade às

medicações prescritas pelo cirurgião, pois, além de não resolverem o problema, ainda a deixavam prostrada. Ficou acordado que a consulta com a psiquiatra seria articulada às orientações de alta e que Lúcia ficaria internada até o fim das investigações mais minuciosas do corpo (com o intuito de descartar qualquer alteração). Passou por TC de abdômen, eletrocardiograma e uma ressonância magnética de crânio.

Pergunto: *Fila da má sorte, novamente?* Lúcia conta que não esperava pelas complicações, estranhava a hipótese de que ela estaria *reagindo (produzindo sintomas)* por conta do procedimento, já que, pela primeira vez, antes dessa cirurgia, sentia-se segura do que estava fazendo. Diz que quando pequena era magra demais e que, talvez, por insistência nutricional de sua mãe, teria começado a ganhar peso, sem parar.

Ao longo de cinco atendimentos, Lúcia foi trazendo sua história. O convite a falar – por mais arbitrário que parecesse para ela em um primeiro momento – foi tomando consistência a partir das temáticas surgidas. Não se conformava com as *intercorrências* da cirurgia, questionando-se *por que com ela*. Dedicou-se ao estudo do procedimento e aos relatos das pessoas sobre o pós-operatório alegando que ela era um caso de exceção, *ninguém passa por essas complicações*. Reconhecer a emergência de angústia em cair no lugar de exceção levou-a a retomar alguns acontecimentos da sua história. Lúcia conta que perdera as três irmãs mais novas, seu pai aos três anos e sua mãe aos onze anos. A respeito da morte da mãe, Lúcia revisita a cena de vê-la morta sozinha na sua casa, consequência de um infarto fulminante, como um momento de horror. *Quem perde tudo e fica para testemunhar?* Era uma fila da má sorte, mas sua vez nunca chegava.

Sobre o contexto anterior ao início do quadro de dor, Lúcia diz que estava na casa da sua tia – a mesma casa em que vivera quando criança e na qual havia testemunhado a morte da mãe. Estava sentada em uma cadeira quando recebeu a notícia de que seu tio havia morrido. Tio que a criou depois de ter ficado órfã.

*O que aconteceu comigo depois da cirurgia?* Após a insistência dos sintomas – angústia, tremor, medo, mal-estar, e dos tratamentos correspondentes propostos pelo médico – ansiolítico e antidepressivo, a clínica pode operar a partir do convite a falar. A crença de que os psicofármacos dariam conta do que estava em questão decorre da ideia de que os sintomas que surgiram teriam uma etiologia orgânica, suprimindo não só a clínica como a dimensão inconsciente que atravessa o corpo. É nesse ponto que Lacan afirma no seu texto de [1966] 2001: “a dimensão ética é aquela que se estende em direção ao gozo” (p. 22).

Vamos destacar três pontos desse relato de caso: 1) o contexto de endometriose acaba engendrando ofertas não só de um novo procedimento cirúrgico, como também de medicamentos psiquiátricos para os sintomas deflagrados; 2) o corpo na sua dimensão de gozo não é equivalente ao corpo biológico; 3) a clínica favorece a costura entre os dois pontos supracitados, afinal, atesta os limites de uma abordagem possibilitando um outro destino para o cuidado.

Esse relato ilustra que o sujeito, tal como pensado pela psicanálise, insiste. O real inextirpável abala uma suposta ordem simbólica. Em tempos de discurso capitalista, a desordem acaba se tornando uma oportunidade de engendrar ao cuidado uma série de ofertas que pretendem dar conta do real. Acontece que a saúde mental não é um conceito forjado, ela é efeito da divisão subjetiva e dos destinos de cada ser falante na sua relação com o laço social. Ou seja, é porque o sujeito interpreta a si mesmo e a seu entorno a partir do seu lugar fantasmático, ou da sua posição enquanto sujeito, que essas formas de estar no mundo constroem demandas relativas aos desencontros promovidos pela estrutura própria da linguagem.

O que é, portanto, criado/forjado é a ideia de que é possível mantê-la, promovê-la, ou remediá-la a partir de certas estratégias farmacológicas ou comportamentais (abolindo a divisão do sujeito). Nesse ponto que constatamos, parafraseando Lacan, o psicanalista está submetido ainda a outros chamados, sobretudo quando trabalha em um hospital. Afinal, as expectativas de promover saúde mental vão configurando os pedidos ao psicanalista. Onde está o limite mediante o qual o psicanalista deve agir e a que deve responder?

É importante demarcar e extrair do texto de Lacan, finalmente, uma orientação para nosso trabalho. Primeiramente, Lacan constrói o argumento de que a função médica está perdendo o seu caráter eminentemente clínico, ou seja, a condição de o médico, na relação com seu paciente, poder identificar a demanda que subjaz à direção do tratamento. Isso estaria relacionado, segundo o autor, ao empuxo do médico em ter que responder a outros pedidos externos a seu próprio campo. Esses pedidos, por sua vez, seriam advindos da indústria.

A partir deste ponto, podemos fazer duas constatações: 1) a clínica e a lógica de mercado não se harmonizam, mas são dependentes. Caso não atenda a alguns pedidos da indústria, o médico corre o risco de perder um lugar em seu campo de atuação. 2) No entanto, o estabelecimento dessa relação entre o médico e os pedidos da indústria não deixa de trazer modificações para sua função de médico.

Ao extrair esses dois pontos do texto de Lacan, nos perguntamos: como psicanalistas encarnados na figura de psicólogos no hospital, não estaríamos também submetidos a tais pedidos? Esses pedidos não teriam repercussões em nosso objeto de intervenção, a saber, o campo da saúde mental e do sofrimento psíquico? Essa é a discussão que pretendemos realizar no próximo tópico.

## CAPÍTULO II- Saúde Mental e Sofrimento Psíquico

Suponhamos que se descubram, um dia, os mecanismos biológicos da culpa, da vergonha, da angústia. Será que não teríamos mais nenhuma razão (social e moral) para nos sentirmos culpados, envergonhados e angustiados? Esses sentimentos desempenham um papel lógico e antropológico tão indispensável para viver a vida humana quanto o corpo. [...] Sem corpo não há ser humano, mas sem vida social, sem mundo comum, tampouco.

(Ehrenberg, 2009)

No capítulo anterior, apresentamos a construção do problema a partir da contextualização do campo em que a pesquisa se estabelece, isto é, diante das modificações que estão em curso nos hospitais. O que nos interessou no capítulo *Transformações no campo da saúde: a construção do problema de pesquisa* foi apresentar uma elaboração preliminar que nos permitisse alocar o objeto “saúde mental” no interior desse contexto, para que possamos instituir uma análise do funcionamento do discurso capitalista nas instituições a partir dessa perspectiva – objetivo preeminente desta dissertação.

Quando levantamos a questão acerca do lugar do psicanalista frente aos novos desafios impostos pela modalidade do discurso capitalista, tornou-se imprescindível investigar a incidência desse discurso no campo no qual o psicanalista é convocado a atuar, a saber, o campo da saúde mental. Mesmo se tratando de uma pesquisa no hospital geral, é impossível desarticular as demandas endereçadas ao psicanalista de uma certa concepção, oriunda da saúde mental, que configura as expectativas de intervenção.

Chamamos de campo da saúde mental no hospital geral as problemáticas em torno da experiência de sofrimento do paciente, dos acompanhantes e das equipes de saúde, que emergem de forma direta, enquanto nomeações do mal-estar; ou indireta, nos deslocamentos que vão produzindo impasses na cena do cuidado institucional. Ou seja, o campo delimitado pela inclusão da subjetividade é marcado por esse significante. É importante assinalar que a inclusão da subjetividade se refere a uma ampliação que contemple os aspectos humanos e não

apenas os aspectos estritamente técnicos, o que é diferente de dizer que a subjetividade tem equivalência com o que chamamos de sujeito em psicanálise.

O significante “saúde mental” tornou-se bastante presente nas instituições e faz referência aos aspectos individuais que podem provocar dificuldades no âmbito da recuperação plena do paciente, como também nos modos de relação entre as figuras que compõem o corpo clínico do hospital. É por esse motivo que vemos, cada vez mais, as demandas endereçadas aos profissionais psis para atuarem em diferentes vertentes dentro do hospital. Desde o atendimento direto com o paciente, passando pelas proposições grupais ou individuais de intervenção com equipe de saúde, até as comunicações, palestras e programas de qualidade de vida ofertadas institucionalmente como modo de pensar a promoção de saúde mental na cultura hospitalar.

Iremos elucidar neste capítulo o quanto que o estabelecimento da saúde mental fez ascender a categoria do sofrimento psíquico e, de modo correlato, fez ampliar o escopo de intervenções para além do campo estigmatizado da doença mental. Esse contexto favoreceu a criação de diferentes leituras, racionalidades diagnósticas e propostas de intervenções terapêuticas para as mais diversas situações. É importante reiterar que o psicanalista que trabalha no hospital geral assume no quadro da equipe multiprofissional a posição de psicólogo. A ampliação promovida pela saúde mental para o tratamento do sofrimento justifica a presença do psicólogo nas instituições de saúde; afinal, compreende-se, como dissemos anteriormente, uma série de situações como demandas para esse profissional.

## **2.1 Noção de sofrimento no hospital**

Vamos reconstruir algumas concepções consolidadas com o intuito de elucidar, cada vez mais, o que está em questão neste capítulo. É importante antecipar que se trata de uma tensão entre duas posições frente à noção de sofrimento: uma posição referente ao que se mostra estabelecido e configurado no hospital e outra posição relativa ao lugar do psicanalista nessa configuração. Para evidenciar essa tensão, iremos promover, a seguir, uma apresentação desse raciocínio de forma a dialetizar alguns pontos.

Partiremos de uma premissa: o hospital é um ambiente propício para a emergência de experiências de sofrimento. Há aqueles que chegam ao hospital por conta de algum limite que perturba o corpo, decorrente de algo que já se apresentava como sofrimento psíquico agudo, no

caso, nas entradas via Pronto Socorro de tentativas de suicídio, crises de ansiedade, desnutrição gerada por um quadro de anorexia, automutilações, entre outros. Há os casos dos que chegam devido a alguma contingência que assalta o sujeito no encontro com o real, como por exemplo nos acidentes, com intercorrências orgânicas ou situações de violência. Aqueles em que a repetição é o que produz e reproduz sofrimento, um modo de vida engessado no circuito que não cessa de se inscrever entre hospital-casa, como nos quadros crônicos. Aqueles que estão às voltas com as limitações impostas pelo organismo, com as mudanças de hábitos, com as inseguranças frente ao prognóstico, mobilizados por afetos ambíguos que insurgem nos momentos de travessias. E aqueles que morrem, deixando uma marca não só em seus acompanhantes, mas também na equipe.

Portanto, o que justifica a presença do psicólogo no hospital é a compreensão de que o que ocorre nesse espaço favorece para a emergência do sofrimento. Vamos elucidar os desdobramentos dessa afirmação a partir do que se estabelece como estrutura mínima dessa lógica: uma disfunção orgânica produz sofrimento para o paciente, uma vez que este se encontra em uma situação de risco e de alteração em suas formas habituais de viver. Se há sofrimento, há um campo para o psicólogo intervir, afinal, o psicólogo deverá, de alguma forma, buscar mitigar o sofrimento na relação desse paciente com o que lhe atravessa.

Ora, dado que há justificativa e conseqüentemente lugar para o psicólogo, vamos então interrogar qual seria a melhor abordagem, considerando que a área da psicologia comporta práticas distintas e divergentes do ponto de vista ético-epistemológico. É comum que existam, nesses casos, construções de textos, artigos ou comunicações, dentro do campo psicanalítico, que apresentam críticas em relação à psicologia *científica* (psicologia comportamental, TCC, psicologia positiva entre outras). Uma vez que não trabalham a partir da hipótese do inconsciente, manejam o sofrimento de forma análoga à forma como o discurso médico intervém, por exemplo, sobre o sintoma. Para o discurso hegemônico na instituição, a saber, o discurso médico, é preciso que, para tratar o sofrimento, ele seja equivalente ao sintoma, e seja identificável dentro da própria gramática médica.

Um paciente que se mostra mais prostrado e pouco comunicativo é um paciente que se encontra em estado depressivo. É preciso identificar um sintoma para conseguir elaborar uma abordagem interventiva. Há uma diferença sutil e linguageira nesse caso: a depressão nos leva imediatamente ao campo da patologia, ou seja, sabemos o que é e o que precisamos tratar. É importante ressaltar o nível do que se estabelece como relação, afinal, nesse caso, temos uma relação do sintoma com o diagnóstico – o que faz independer quem seja o médico e o paciente.

O sofrimento, por outro lado, nos leva ao campo das relações entre o sujeito e o outro, do que pode surgir do espaço oferecido que dê suporte (meio) para algo (narrativa) ser construído e conseqüentemente reconhecido.

Esta é uma primeira tensão: de um lado, há entre sofrimento e sintoma uma equivalência que privilegia a categorização do sofrimento em prol da experiência que o produz, e; de outro lado, uma perspectiva que aponta para o reconhecimento do sofrimento a partir da relação que é instituída entre aquele que sofre e o outro. Nesse ponto, trazendo a premissa teórica de que sujeito e corpo se constituem na relação com o Outro, a psicanálise sustenta que a possibilidade de transformação da posição do sujeito frente ao que se produz na experiência de adoecimento, se dá, também, no campo da alteridade. “Nisso reside o potencial transformador da clínica psicanalítica, por meio do dispositivo transferencial” (Moretto, 2019, p. 64).

O que orienta o trabalho clínico do psicanalista no hospital não é outra coisa senão o que decorre de sua disponibilidade e aposta. Apostar significa que não há nada *a priori* que garanta o estabelecimento do seu campo de intervenção, além, exclusivamente, de um desejo do paciente, o desejo de tomar a palavra. Trata-se de uma posição que opera a partir de uma contingência, e não de uma necessidade. É nesse sentido que a orientação de seu trabalho não deve ser tonalizada pela figura do especialista, afinal, a partir do momento em que se assume como representante de um saber, pode contribuir para algumas situações que, a nosso ver, não coadunam com o que está em causa na prática do psicanalista. Não se trata apenas da posição que assume na relação com o paciente durante o atendimento clínico. Trata-se, sobretudo, de um efeito que acaba por consolidar certos modelos de intervenção, a despeito do paciente. Com isso, a aposta só poderia se dar através de uma suposição e não de uma prescrição. Nos casos em que há suposição de sofrimento, a oferta da escuta é o meio pelo qual a palavra pode encontrar suporte, instituindo ou não um lugar de produção de saber para o paciente em relação a sua condição. Essa oferta de escuta é diferente da precipitação das demandas e ofertas generalistas a partir de sistemas extraídos do campo médico-psicológico: sofrimentos e dificuldades específicas articulados a diferentes clínicas médicas.

Entretanto, não é incomum que a diretriz do trabalho do psicólogo no contexto médico seja traçada, em alguma medida, para auxiliar o paciente na relação que este estabelece com o seu processo de adoecimento. Isso é, há orientações clínicas específicas e é importante que o paciente e o familiar possam se engajar no tratamento para serem bem-sucedidos diante do plano terapêutico. Há também o reconhecimento de que essa experiência não seja fácil, que comporte adversidades.

Nesse ponto, a presença do psicólogo também aparece como tendo uma função terapêutica: acolher o paciente dando-lhe suporte emocional. A lógica é bastante clara: há dois campos que se sobrepõem, o da doença orgânica e o da experiência subjetiva. Adaptar o paciente a esse contexto, auxiliando-o no processo de adoecimento, parece-nos uma abordagem com um cunho afirmativo. Uma vez que sabemos o que precisamos fazer e aonde gostaríamos de chegar, é preciso orientar e acompanhar esse percurso ao lado do paciente.

Um pequeno desvio relativo a esse segundo ponto de tensão: destaque, do parágrafo anterior, a presença do dualismo organismo-psiquismo, já superado em trabalhos psicanalíticos que apontam que, rigorosamente, a clínica psicanalítica exercida no hospital é aquela que escuta o corpo – lembrando que a constituição do corpo é intrínseca à constituição subjetiva. Esse corpo, diferente do organismo, comporta a articulação entre os três registros lacanianos do Imaginário (imagem), do Simbólico (significante) e do Real (gozo) como amarrações dos processos de corporeidade, no sentido de que já é efeito da estrutura da linguagem (Moretto, 2006).

Nesse ponto, a separação entre o organismo e a subjetividade, que sustenta a lógica do trabalho das áreas análogas à racionalidade do discurso médico, configura um trabalho de colaboração mútua, de busca por harmonia entre os campos. Por outro lado, a orientação do trabalho do psicanalista no hospital segue o caminho de instituir um corte, um outro lugar para o corpo, e que inclua o sujeito a partir da experiência de enunciação.

Ora, entendemos que esses pontos de tensão são claros, todavia, o que propomos é uma análise da conjuntura que não altera o nosso fazer, mas pode advertir para desafios a respeito das condições de possibilidade para tal. Tais desafios correspondem ao modo como os pedidos ao psicanalista se configuram, afinal, eles se originam na expectativa de fazer funcionar certos ideais de cuidado. Estamos submersos em um contexto que privilegia orientações que correspondam a uma adaptação às normas, promovendo, cada vez mais, a criação de diretrizes *psis* subsidiadas pela lógica do para-todos. Nesse sentido, é preciso que o psicanalista tenha condições de sustentar sua posição lá onde o que é predeterminado como disfuncional não seja apreendido como *disorder* e, com isso, saber fazer com o que escapa à norma, no caso, saber fazer com o sujeito.

A partir das tensões apresentadas concluímos que o que está em questão não é *o que* é o sofrimento propriamente dito, mas sim, o *como* ele é compreendido e, de modo correlato, o *porquê* da eleição de certas tratativas terapêuticas. Ou seja, na primeira tensão, apresentamos a forma como a equivalência do sofrimento ao sintoma tende a patologizar essa experiência, ao

mesmo tempo em que o fato de enquadrar o sofrimento em uma categoria diagnóstica vai estabelecer uma resposta terapêutica exclusiva ao sintoma. Na segunda tensão, a divisão organismo e subjetividade aponta para a prevalência do organismo enquanto causa, e a função do trabalho com a subjetividade seria a de promover formas/estratégias de lidar com o problema.

Vamos articular esses dois pontos que acabamos de apresentar com uma contribuição de Jacques Alain-Miller (2004). Segundo o autor, nos dias de hoje, produziu-se uma cisão do ser do sintoma. No sintoma repartido, o lado do real é sua supressão como distúrbio pelas vias bioquímicas, e pelo lado do sentido, há uma acolhida, um *fluir de sentido*.

O sintoma, que hoje não passa de um distúrbio, doravante está dividido em dois, desdobrado. Do lado do real, ele é tratado fora do sentido pela bioquímica, pelos medicamentos (...), do lado do sentido, ele continua existindo a título de resíduo. O lado sentido é objeto de um tipo de tratamento complementar, que pode tomar essencialmente duas formas: por um lado, uma escuta de puro semblante – ‘venha, eu o escuto’ –, cujo valor é o de um acompanhamento e, com frequência, até mesmo de controle da operação realizada no real através dos medicamentos. Com efeito, os bioquímicos são os primeiros a dizer: ‘mas, sem dúvida, é preciso que nossos pacientes sejam escutados também.’. A segunda forma tomada pela escuta de puro semblante é a prática da fala autoritária e protocolar das terapias cognitivo-comportamentais. (Miller, 2004, n.p.)

Identificamos, portanto, a partir das tensões, que os desafios da prática do psicanalista no hospital se referem às expectativas em relação ao seu trabalho. Tais expectativas se alicerçam nos ideais promovidos pelo campo da saúde mental. De modo geral, o que se estabelece como horizonte da saúde mental é a proposta do bem-estar subjetivo e de harmonia do ponto de vista psicológico, sustentados por um contexto normativo que faz apelo aos sujeitos de forma a reforçar os aspectos de individualização da sociedade atual.

Com isso vamos nos ater ao tópico subsequente ao que está em questão a partir da construção e difusão da noção de saúde mental. No âmbito social, quais os desdobramentos epistemológicos e éticos produzidos pelas transformações referentes às novas configurações das demandas que são endereçadas aos profissionais psis? Como se compreende o sofrimento psíquico e qual saber agencia esse campo? Entendemos que as transformações que atingem o campo da saúde mental são produzidas a partir do estabelecimento de uma nova linguagem e de uma nova forma de compreender o sofrimento psíquico.

## 2.2 Paradoxos da noção de Saúde Mental

A noção de saúde mental se consolida como consequência de um tensionamento político entre os discursos psiquiátricos – clássico e antipsiquiátrico – por volta dos anos 1960. No entanto, a formalização do conceito de saúde mental ocorre em 1946, na Conferência Internacional de Saúde. Com a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, foi afinal destinado à Saúde Mental um segmento específico na organização. O avanço e a abrangência desse termo se deram pela preocupação com aspectos de humanização, de interrupções de modelos de negligência ou violência nos tratamentos em hospitais psiquiátricos, de informação e conscientização no âmbito da opinião pública sobre as mudanças de paradigma em referência à *doença mental*, à ampliação dos espaços terapêuticos e ao deslocamento gradual de uma perspectiva puramente curativa para uma cultura que inclua, também, a perspectiva preventiva. Isso nos indica que a emergência do conceito de saúde mental não se deu estritamente pelas questões do seu próprio campo, mas abrange um movimento político-social relevante (Corbanezi, 2021).

Ehrenberg (2005) refere que a noção de saúde mental é ampla a ponto de ser indeterminada. A abrangência e a indeterminação, segundo o autor, caracterizam a saúde mental pois há, nesse campo, um espectro de problemas que vão desde problemas de desenvolvimento pessoal, melhoria de desempenho e equilíbrio, passando por práticas que visam tanto a promoção de qualidade de vida e bem-estar quanto o tratamento de doenças mentais como, por exemplo, a psicose.

Birman e Costa (1994) afirmam que o conceito de saúde mental oriundo do preventivismo norte americano – que substitui a aceção puramente negativa como ausência de doença mental – só é possível a partir da prática, dado que não há uma formulação precisa do termo no sentido conceitual. A saúde mental seria o novo objeto da psiquiatria e, com isso, “a terapêutica da enfermidade passa paulatinamente para um segundo plano, substituída pela promoção da Saúde Mental” (Id., p. 44). Sendo o novo objeto da psiquiatria, é importante assinalar que essa disciplina é responsável por constituir uma linguagem hegemônica para a compreensão das demandas desse campo. Para os autores, a promoção de saúde mental equivaleria ao processo de adaptação social. Se a doença não é o foco primordial, mas sim a promoção de saúde mental, “esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas” (Id., p. 51). Ora, há nessa mudança de objeto um alargamento da noção de clínica para além dos processos de terapêutica do adoecimento mental.

O fato de ter em vista as práticas de promoção e prevenção de saúde leva à compreensão de que tal prática não seja restrita exclusivamente aos profissionais psis.

Segundo a própria publicação da Organização Mundial de Saúde (1951, p. 4):

Concepções que definem [saúde mental] negativamente como um estado em que o indivíduo está livre de transtorno psiquiátrico manifesto são, obviamente, insatisfatórias [...]. Saúde mental, como o comitê compreende, é influenciada por fatores biológicos e sociais. Ela não é uma condição estática, mas sujeita a variações e flutuações de grau; a concepção do comitê implica a capacidade de um indivíduo para formar relações harmoniosas com outros, e participar ou contribuir construtivamente para mudanças em seu ambiente social e físico. Isso implica também a capacidade do indivíduo para alcançar uma satisfação harmoniosa e balanceada de seus próprios impulsos instintivos potencialmente conflitantes [...]. Essa definição pressupõe, no mais, um indivíduo cuja personalidade se desenvolveu de modo a permitir que seus impulsos instintivos potencialmente conflitantes possam encontrar expressão harmoniosa na plena realização de sua potencialidade.

É importante assinalar que essa concepção de saúde mental está nitidamente atrelada à concepção de saúde tal como foi proposta pela OMS (1946), e segundo a qual o termo passa então a ser designado como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença ou enfermidade. Ambas passam de uma acepção negativa – ausência de doenças – para abranger outros aspectos que dizem respeito ao campo social, físico e das relações entre os indivíduos.

Sem dúvida, essa virada conceitual tem impactos relevantes não só em como a noção de saúde é representada e, como tal, subjetivada, mas também como ela é gerenciada e aplicada nos seus campos institucionais ou dispositivos de atenção. A ampliação de seu campo – para além da doença – permite um avanço no processo de dissolução de dicotomias físico-psíquico, natural-social, como também, conseqüentemente, inaugura um modo de pensar o cuidado de forma multiprofissional e incluindo, portanto, outros profissionais que não só médicos.

Essa ampliação só é possível porque o paradigma biopsicossocial se consolida como perspectiva hegemônica dos diferentes aspectos que incidem sobre o ser humano, complexificando e ampliando o campo da saúde para além de uma perspectiva unívoca relativa à ausência de doença. Nesse sentido, “o campo da saúde é, sem sombra de dúvida, um campo que dá espaço a multiplicidades, pois é um campo que se caracteriza pela heterogeneidade de teorias, saberes e fazeres” (Moretto, 2019, p.34). Compreendemos que essa ampliação e intersecção de outros saberes no campo da saúde, ao dar espaço para outros profissionais na construção das intervenções, amplia a qualidade do cuidado, uma vez que abre espaço para que

diferentes discursos contemplem a diversidade do que é designado como demandas de saúde para cada um.

Contudo, aquilo que é postulado muitas vezes não é o que vemos acontecer na prática. Essa diferença, essa hiância entre esses dois pontos, não é tão simples de ser apreendida. Longe de almejar esgotar essa questão, podemos assinalar duas hipóteses a respeito dessa diferença que converge com a nossa construção de pesquisa:

1) A aplicação dos modelos ideais de saúde depende, sobretudo, de um modelo de gerenciamento de recursos. Ou melhor, o programa político e econômico determina as formas como as instituições ou dispositivos de saúde detêm suas possibilidades, mas também os seus limites operativos.

2) Os efeitos do discurso não são controláveis, no sentido de que a forma como alguns conceitos são postulados tem efeitos nos modos de apreensão (relaciona-se com as subjetividades) e produção (novas demandas e produtos) que demarcam uma diferença daquilo que foi designado por um certo formalismo conceitual. Ou seja, o jogo de forças de poder relativos ao saber que se constrói delinea o campo efetivo.

Em referência ao que apontamos anteriormente, com intuito de clarear esse ponto, podemos dizer que o conceito de saúde tal como foi postulado pela OMS é causa-efeito de uma lógica discursiva que, por um lado, abre um campo para novos saberes, e por outro lado privilegia uma política de administração da vida a partir de normativas de saúde. Gostaríamos de preservar a forma paradoxal desses efeitos, afinal, não se trata de avaliar se esse postulado é bom ou ruim, mas de apontar que há diferenças – e talvez contradições internas – nas formas de incidência no campo da saúde que estão sendo tomadas como objeto de análise nesta dissertação. É importante assinalar que o que se busca na análise desse paradoxo é o potencial de contribuição da psicanálise para esse campo, afinal, a partir dos preceitos epistemológicos e éticos da psicanálise é possível introduzir no contexto da saúde mental uma perspectiva de tratamento ao sofrimento psíquico que considere, sobretudo, o sujeito e sua singularidade.

Para podermos avançar, precisamos realizar uma incursão preliminar.

Vamos retomar a definição de saúde para a OMS, agora a partir de uma outra vertente que não somente a vertente de avanço demarcada por duas razões: 1) superação de dicotomias e, 2) ampliação do campo: inclusão de novos profissionais e práticas, sobretudo de promoção de saúde. A outra vertente se refere à leitura de alguns elementos subentendidos na definição, e que não são interpretações forçadas ou, como dizemos dentro do campo psicanalítico, selvagens. São interpretações que partem da experiência e encontram nessa definição uma

gênese possível. Importante assinalar que não se trata de veicular uma lei de causalidade entre uma formulação conceitual e fenômenos subsequentes, até porque a questão não diz respeito à causa; a condição de possibilidade de uma formulação já diz sobre o contexto no qual ela está inserida.

Partiremos da leitura que Saracci (1997), citado por Corbanezi (2021), realiza a respeito dessa definição. Para o autor “um estado de completo bem-estar físico, mental e social corresponde muito mais estritamente à felicidade do que à saúde” (Saracci, 1997, p. 1409 apud Corbanezi, 2021, p. 99). Há um equívoco na correspondência direta entre felicidade e saúde que comporta consequências práticas relevantes, dado que saúde é um direito universal, enquanto “a felicidade é estritamente subjetiva: tanto enquanto conquista quanto como apreciação” (Ibid.).

O que pretendemos destacar é que se a saúde é sinônima de felicidade, podemos inferir, portanto, que dificuldades relativas à satisfação ou à felicidade seriam problemas de saúde, “consequentemente, podendo haver uma demanda ilimitada e injustificável por serviço de saúde em busca da felicidade” (Corbanezi, 2021, p. 99). Isso pode parecer um pouco caricatural, mas produz incidência na forma como as demandas aparecem nos serviços de saúde e na forma como é estabelecida a resposta terapêutica.

Um outro ponto relevante e que se articula às consequências supracitadas diz respeito à definição de saúde como *completo bem-estar físico, mental e social*, e pode ser extraída das significâncias de *completo bem-estar*. Ora, por se tratar de um parâmetro impossível, o que se coloca em evidência não é a percepção de bem-estar por si só, mas a percepção do que falta. Consequentemente, altera-se o lugar que o mal-estar encontra na cultura. Dunker (2004a) refere que “na lógica das sociedades pós-capitalista, ou ultracapitalistas, a toda falta corresponde um objeto ou um saber (...) a todo sofrimento um dispositivo de bem-estar” (p. 103). Ora, o sentimento de falta e a experiência de mal-estar configuram demandas decorrentes da constatação individual de que há algo errado. Do ponto de vista lógico, essa formulação contribui para duas situações: 1) para um incessante relançamento do sujeito em busca de maior fruição, e 2) para o entendimento de que a experiência de mal-estar e sofrimento seriam experiências rejeitáveis.

Nesse contexto, vemos surgir nos modos de vida um imperativo que se mede pela “fruição de um bem-estar superlativo, um sentir-se ‘mais do que bem’, fruto da competência na gestão da vida e no uso dos dispositivos de controle para eliminação do sofrimento e otimização das potencialidades vitais” (Bezerra, 2010, p. 120). O que nos chama a atenção não é apenas a

definição propriamente dita, mas a tônica que se dá em termos quantitativos ou superlativos. É o que destaca Laurent (2011), quando resgata a definição de saúde estabelecida pela OMS, segundo o autor: “no final do século XX, a saúde foi definida como um estado de felicidade – ou de bem-estar – tanto corporal, quanto mental: **o maior que se possa atingir**” (grifo nosso, p. 47).

Nesse ponto, a psicanálise nos ajuda a compreender as implicações dessa nova configuração na regulação da vida libidinal. Segundo Zizek (1999), de acordo com a teoria da sociedade de risco de Anthony Giddens, Ulrich Beck e outros, atualmente não vivemos mais em conformidade com a tradição na orientação para o nosso comportamento social. Os nossos impulsos estão sendo, cada vez mais, experienciados como sendo tributários de nossas próprias decisões. Isso é o que Miller (2005 [2018]) chama de sociedade deliberativa, na qual o discurso do Outro aparece flutuante, pulverizado e fragmentado.

Ora, se Freud pode afirmar que “a sociedade repousa sobre a coerção das pulsões” (Bezerra, 2010, p. 118, apud Freud [1908] 1976), isso não é o mesmo que poderia ser dito sobre a sociedade atual. No contexto em que Freud viveu, as insígnias simbólicas eram bem estabelecidas. Tratava-se de um processo de subjetivação pautado na renúncia da satisfação em nome do ideal. O conceito de civilização em Freud não pode ser pensado desatrelado das características da sociedade vitoriana, sobretudo, no que diz respeito à repressão sexual.

A eliminação dos conflitos, oriundos dos aspectos paradoxais que se impunham aos sujeitos da época vitoriana, entre o desejo e as repressões, evocou – na sociedade atual – a emergência de novos paradoxos decorrentes dos processos de liberação, ou melhor, da fragmentação e dos enfraquecimentos das ideologias e das instituições modernas. Segundo Dantas (2007), apesar de a sociedade atual se apresentar

como uma época onde se promove a ampla abertura de possibilidades existenciais, o culto da espontaneidade, o direito cada vez maior de o indivíduo se realizar por si mesmo, se compararmos este modelo com o moderno projeto ocidental de civilização, calcado na renúncia às pulsões, paradoxalmente pode-se observar que o modelo de indivíduo contemporâneo que parece prevalecer não é o de um sujeito feliz e realizado, posto não estar mais supostamente tão amarrado aos valores e modelos das rígidas instituições modernas, mas a de um sujeito fragilizado, que flutua entre a esperança e o desespero, esvaziado de interioridade e carregando em si o sentimento de insuficiência. (p. 94)

Nesse sentido, com o declínio dos ideais e da autoridade, segundo Miller ([2005] 2018), houve uma inversão: se antes o ideal se sobrepunha à satisfação, hoje é a satisfação que impera

sobre os ideais. Podemos dizer que se alçou em termos coletivos, sociais e culturais, o direito à satisfação.

Mas é importante precisar alguns termos. Reconhecemos que estamos em uma situação diferente daquela descrita por Freud ([1930] 1996) em *O mal-estar na civilização*. Porém, acreditar, seguindo a construção de Miller ([2005] 2018), “que uma sociedade permissiva, e não repressiva, acabaria com a repressão”, não é verdade e mais ainda “é em vão esperar de uma sociedade permissiva o desaparecimento da repressão” (p. 309). Afinal, a repressão é oriunda do recalque originário e não o seu inverso. O mal-estar é estrutural e a diferença é a forma como se estabelecem as injunções superegóicas. Nesse sentido, “a injunção superegóica não desapareceu, apenas mudou de face na organização do laço social” (Bezerra, 2010, p. 118). Isso quer dizer que, “se antes aparecia sob a forma de interdição que impunha limites claros e rígidos ao excesso de gozo, hoje surge sob o modo invertido da incitação ao gozo” (Ibid.).

Ao considerar o mal-estar como estrutural, assinalamos o aspecto trágico da condição humana. O enlaçamento do sujeito com o Outro, e a forma como se estabelece a operação superegóica, é o que caracteriza as modificações sócio-históricas e culturais dos imperativos que incidem no cálculo psíquico da vida libidinal dos sujeitos. O mesmo pode ser dito a respeito do sofrimento. Este não pode ser pensado como uma categoria atemporal. A forma como cada época estabelece as representações do sofrimento articula-se com as formas possíveis da experiência de sofrimento. Tributária dessas formas de representação do sofrimento são também as soluções que são apresentadas. Esse par representação e solução são determinantes para a criação das zonas de subjetivação e representação das problemáticas que cada sujeito vive em determinada época.

E, com isso, retomamos o fio da nossa argumentação. Mesmo em uma sociedade hedonista e permissiva na qual há uma prevalência do imperativo de satisfação, isso não quer dizer que não haja menos regras e regulações. Pelo contrário, no lugar dos ideais vemos como as normatizações que visam servir ao nosso bem-estar produzem uma experiência paradoxal para os sujeitos. O paradoxo assinalado por Žižek (1999) se refere ao par prazer e dever: os sujeitos vivenciam a necessidade de se satisfazer como uma espécie de dever e, conseqüentemente, sentem-se culpados por não serem felizes. Como se o imperativo do supereu se tornasse: *é seu dever alcançar a plena autorrealização, porque você pode*.

A autonomia torna-se um valor de referência segundo o qual o supereu exprime os seus imperativos. Em tempos de sociedade deliberativa é o próprio culto da autenticidade do sujeito,

de “seu próprio desenvolvimento, sua própria expansão, sua autorreferência, que corresponde o dever de viver e de gozar” (Miller, [2005] 2018, p. 38).

O indivíduo que porta o dever de se fazer feliz ou completo acaba impondo a si mesmo demandas excessivas de se manter à altura de suas expectativas, o que acaba – indiretamente – por estabelecer um modelo paradigmático, segundo Ehrenberg (1998), de um **homem insuficiente**. É por essa perspectiva que vamos recolhendo o que se configura como demandas que são endereçadas aos profissionais de saúde. Procura-se por dispositivos de saúde, físicos e discursivos, para aumentar a performance, obter sucesso, ou remediar (medicar) os fracassos. Podemos dizer que há uma configuração de oferta-demanda que constitui um ‘mercado contemporâneo do sofrimento psíquico’, convergente com a formulação de Dantas (2007), quando afirma que há “um conjunto de discursos e práticas de intervenção colocada à disposição no mercado, cuja finalidade é a de oferecer soluções, alívio e reconforto face ao sofrimento psíquico” (p. 11)

Mas por que atribuímos à forma de compreender o mal-estar e o sofrimento as razões do aumento de demandas endereçadas aos serviços de saúde? Já evidenciamos que a definição de saúde contribui para esse entendimento, porém é preciso elucidar um outro elemento subentendido. Trata-se do lugar do corpo na cultura, ou melhor, do saber que o constitui. A partir do momento em que a biologia e a ciência se estabeleceram em nossa sociedade como discursos orientadores, o corpo tornou-se o locus privilegiado para interpretar e intervir nas mais diversas experiências de mal-estar, mas não só, também se tornou um campo fértil de manipulação – a partir das diversas técnicas oferecidas pelo desenvolvimento médico-científico – que visam o bem-estar. O corpo é hoje o “terreno no qual critérios autênticos do bem viver serão encontrados, e as causas do sofrimento e da vida mal vivida, buscados” (Bezerra, 2010, p. 119).

O conceito de bioidentidade se articula ao que foi construído até aqui, em referência ao que apresentamos como o Outro fragmentado da atualidade e do lugar privilegiado que os referenciais corporais e biológicos encontram nas leituras das nossas psicopatologias cotidianas. Segundo Lima (2011, p. 98):

Na origem das bioidentidade, estão o sentimento de desenraizamento e desfiliação do sujeito contemporâneo, fruto do esvaziamento das redes institucionais de doação de identidade, que tradicionalmente incluíam as religiões, as ideologias, o pertencimento a uma nacionalidade, a linhagem familiar ou a carreira profissional. Ganhando em liberdade, mas perdendo em segurança, o indivíduo busca nos referenciais da biologia e da corporeidade o porto seguro no

qual ancora sua identidade. A subjetividade se cola no corpo, pois a corporeidade parece ser, para o sujeito de hoje, a única fonte segura de onde extrair o conhecimento a respeito de quem ele é.

Há uma conjunção complexa de fatores que promovem o contexto pelo qual empreendemos o trabalho de interrogar. O contexto sócio-histórico e cultural são intrínsecos ao que subjaz às noções de homem e psiquismo. Uma cultura que prima pela autonomia e pela responsabilidade do indivíduo de construir o seu *projeto de eu*, a partir de normativas de saúde que são estritamente articuladas à ideia de felicidade e bem-estar, repousa sobre dois discursos: da gestão e da medicina, ambos tonalizados pela ciência. O aspecto trágico, existencial, estrutural e inelutável do sujeito, a saber, o mal-estar, acaba se tornando objeto de apreensão do paradigma da psiquiatria biológica. E é nesse sentido que sustentamos que é preciso reconhecer essa configuração para operarmos o trabalho do psicanalista em referência ao sofrimento nos espaços já estabelecidos por essa lógica, no caso, nos hospitais.

Um exemplo pode ser apresentado a partir da escuta de uma situação em contexto de supervisão institucional. Foi trazido à pesquisadora o “quanto que o hospital tem se tornado um lugar diferente” e que os motivos de internação – justificativas clínicas correspondentes ao escopo de intervenção de um hospital geral – estavam “cada vez mais absurdas”. O absurdo aqui aponta para um não sentido, pelo menos do que parecia ser o estabelecido ou o esperado nesses espaços. Isso nos chama a atenção pelo fato de estarmos sempre abertos a recolher do campo clínico-institucional as formas como se apresentam certos fenômenos, sobretudo, para que possamos seguir pesquisando a partir desse lugar de intersecção clínico-teórico, que é do psicanalista.

Seguimos com o relato em supervisão: “tivemos um caso de admissão para a unidade de internação com o CID 10 R45.2” que se refere à tristeza; “outros casos também têm nos chamado atenção, pois a instituição tem admitido para as unidades casos como os de mal-estar e fadiga CID10 R53”. Ambos os CIDs já preveem que a conduta preeminente é da psicologia e da psiquiatria: são casos que no Pronto Atendimento já são excluídos como tendo “causa orgânica evidente”. Temos aí dois pontos de análise, o conjectural e o clínico.

O que faz com que um paciente busque o hospital geral por uma queixa de mal-estar ou tristeza? O que faz com que uma instituição de saúde hospitalar (não ambulatorial) acolha essa demanda? A partir de uma nomeação, oriunda de um CID que efetiva a internação, como a equipe responde à demanda do ponto de vista do tratamento? São perguntas relevantes porque vão nos apresentando que o par mal-estar e bem-estar estão cada vez mais alocados em uma

racionalidade médica-científica e gerencial no interior do campo da saúde. Para respondermos a essas questões é preciso realizar uma incursão teórica a partir de modificações que ocorreram na disciplina psiquiátrica.

### 2.3 A captura do mal-estar pela psiquiatra

Segundo Bezerra Jr. (2010), a partir de 1980 houve uma progressiva transformação do campo da saúde mental decorrente de uma verdadeira mudança na psiquiatria. O autor analisa essa transformação a partir de quatro fatores:

1) O surgimento e a utilização em massa dos psicofármacos para tratamento de quadros graves e leves, possíveis a partir dos avanços da psicofarmacologia na criação de agentes bioquímicos para tratamento.

2) A mudança de paradigma no estabelecimento e na organização dos diagnósticos psiquiátricos. Isso ocorre a partir da elaboração do DSM-III e de sua nova lógica de classificação que extirpou a influência da fenomenologia e da psicodinâmica como base para interpretação do diagnóstico e da terapêutica – solidificando uma perspectiva eminentemente biológica para os transtornos mentais. Uma das razões que sustentaram essa mudança de paradigma refere-se ao fator subsequente.

3) Os avanços da pesquisa em neurociência relativos ao conhecimento das bases biológicas da vida mental. E, por fim:

4) A expansão do campo operativo da psiquiatria para além dos asilos ou hospitais, deixando de se situar nesses espaços como *locus* privilegiado e restrito de sua abordagem.

A combinação desses fatores favoreceu a ampliação do lugar da psiquiatria como saber soberano sobre as formas de mal-estar na atualidade. É possível destacar dois eixos fundamentais dos fatores apresentados, sendo eles: 1) a perspectiva organicista e 2) a extensão da oferta dos diagnósticos psiquiátricos no tecido social para além das fronteiras tradicionais. A indiferenciação das fronteiras da saúde mental, capturada como objeto pela psiquiatria, produz uma série de novas demandas relativas à experiência do que se reconhece como sofrimento. Na medida em que os diagnósticos se pulverizam para além do campo médico-psicológico e passam a se presentificar no imaginário social, mesmo não havendo mais controle absoluto de como será sua incidência e nem como os indivíduos irão se relacionar com tais

categorias, é imprescindível reconhecermos o seu lugar nos processos de subjetivação (LIMA, 2011).

Nesse sentido, é importante assinalar que a hegemonia do saber psiquiátrico opera, sobretudo, “nas reconfigurações da forma de compreender e classificar os processos de sofrimento” (Safatle et al, 2020, p. 28). Em outros termos, a psiquiatria funciona como um discurso produtor e reproduzidor do seu próprio universo, “agenciando no campo da subjetividade dispositivos que organizam modos de entendimento do sofrimento e formas de agir sobre eles” (Bezerra, 2010, p. 120).

Com isso, podemos dizer que não é possível desarticular as interpretações oferecidas pelo contexto social das formas de apresentação do sofrimento. Por exemplo, o aumento das formas de sofrimento psíquico nomeados como depressões e patologias narcísicas aparecem em um contexto marcado pelas reconfigurações sociais e subjetivas instituídas pelo neoliberalismo – é o que Safatle et al. (2020) afirma quanto à prática diagnóstica em saúde mental. Segundo o autor, não é por acaso que, com a ascensão do neoliberalismo nos anos 1970, tenha ocorrido uma modificação profunda das formas de descrição e categorização do sofrimento psíquico.

Dunker (2014b) refere que cada época estabelece uma política específica do sofrimento. Para o autor, o DSM reflete essa política na atualidade, na perspectiva de que apresenta de forma sistematizada as formas que o sofrimento deve adquirir para ser reconhecido e as formas que devem permanecer invisíveis. Ou seja, é a partir do estabelecimento de uma gramática do sofrimento, que equivale mal-estar e sofrimento ao sintoma, que o dispositivo discursivo da psiquiatria domina as práticas de administrar as insatisfações.

É importante destacar que essa equivalência entre o mal-estar, o sofrimento e o sintoma tem como consequência uma expropriação do sujeito. Para a psicanálise, o sofrimento é uma experiência eminentemente de saber decorrente da possibilidade de ser narrado. É uma experiência irreduzível à dor, inclui o Outro (Birman, 2020; Moretto, 2019) e é inapreensível nas formas objetivadas de escalas de adaptação ou qualidade de vida (Dunker, 2015)

Tomemos um exemplo trazido por Dunker (2015) a respeito do aspecto reducionista da sistematização das categorias psiquiátricas. Trata-se do relato de Primo Levi sobre um sonho recorrente que produzia após o retorno para casa como sobrevivente do extermínio dos campos de concentração. O sonho era a cena dele partilhando a experiência que teve em Auschwitz no jantar, enquanto os outros, que o escutavam, começavam o bocejar ou sair da mesa. “O pesadelo de não ter o seu sofrimento reconhecido é proporcional à dificuldade de nomeação do mal-

estar” (Dunker, 2015, p. 25). Dunker refere que, por se tratar de um sonho traumático, talvez, segundo o DSM, Primo Levi tivesse sido diagnosticado com *estresse pós-traumático*. O exemplo serve, reiterando a posição de Dunker, para deixar claro “como a nomeação normativa de um sintoma é terrivelmente redutiva em relação ao domínio de experiência que ela comprime e generaliza” (Ibid.).

### **2.3.1 A lógica DSM**

O estabelecimento do DSM-III em 1980 nos Estados Unidos foi um divisor de águas na cultura dos tratamentos e diagnósticos das doenças mentais. Essa mudança faz parte da recuperação das teses de Kraepelin, da lógica de classificação, e irá marcar a vitória dos então neokraepelianianos sobre os psicanalistas – cuja abordagem estava presente até então no DSM-II. Essa mudança, que extirpa a psicanálise e as explicações psicodinâmicas do manual, é “realizada por um grupo de psiquiatras americanos confiantes nos avanços do conhecimento científico, nos grandes estudos populacionais, nos bancos de dados quantitativos, nas descobertas da neurologia, e, claro, da genética” (Caponi, 2011, p. 30).

Houve, portanto, uma inflexão gradual da influência da psicanálise em direção a postulações mais descritivas e comportamentais que configuram o DSM-III, sendo o domínio da psicopatologia descritiva sobre a psicodinâmica um primeiro ponto de modificação do manual na sua terceira edição. Outros pontos são trazidos por Lima (2011): a hegemonia das correntes organicistas articuladas à concepção de que tudo o que diria respeito ao sofrimento seria passível de ser reduzido aos elementos genéticos e neuronais; a prevalência da psiquiatria baseada em evidências (PBE) como forma de subsidiar o lugar da psiquiatria como disciplina científica; ampliação exponencial do número de diagnósticos que se aproximam de uma ‘faixa de normalidade’ como, por exemplo, das concepções de espectros e; a ampliação do número de situações passíveis de intervenção medicamentosa, produzindo, não mais do que um “aumento da prescrição de psicofármacos em todas as faixas etárias, para todos os tipos de mal-estares” (p. 93).

A autora refere que a mudança do panorama da psiquiatria, consolidado nas versões posteriores à década de 1980, pode ser interpretada a partir da matriz da medicalização, pois corresponde ao “processo pelo qual fenômenos sociais ou subjetivos passam a ser descritos em

linguagem médica e encarados como quadros patológicos, tornando-se assim alvos de abordagens terapêuticas” (Id., p. 96).

No entanto, o DSM-III foi apresentado como um projeto *ateórico* cujo objetivo era essencialmente prático e pragmático em resposta ao problema da confiabilidade da diagnóstica psiquiátrica até então. Para tal, não sem desafios, era preciso criar um modelo de classificação estatística uniforme que permitisse diagnósticos replicáveis, possível a partir da adoção de uma ferramenta de medição comum que colocasse fim às divergências entre especialistas. O DSM-III apresenta a descrição dos transtornos (*disorders*) e os critérios de identificações que correspondem a eles. A escolha descritiva não considera a etiologia da doença; baseia-se, exclusivamente, na coleta dos sinais e sintomas para definir o diagnóstico.

Cartuyvels (2015) enfatiza três características fundamentais da *lógica DSM* que gostaríamos de destacar:

1) O princípio de classificação atesta uma transformação no campo que correspondente a uma **medicina industrial da saúde mental**, que a autora apresenta a partir de dois pontos: 1.1) da ligação estrita entre o diagnóstico e os procedimentos técnicos, e, 1.2) da automaticidade. Afinal, com base no estabelecimento das diretrizes de classificação, o diagnóstico dependeria, cada vez menos, da especificidade do clínico que empreende o trabalho de avaliação. Em um contexto dominado por uma racionalidade instrumental em busca de eficiência, essa padronização teria inúmeras vantagens. Além de erigir um modelo de comunicação universal, permite, a partir de um prisma gerencial – análogo ao modelo gerencial contemporâneo –, a comparação e a avaliação dos procedimentos e do seu custo.

2) A segunda característica é a ambição de criar uma única língua. Utilizando ferramentas estatísticas e consensos, o objetivo é estabelecer uma **língua universal** que ponha fim ao pluralismo das classificações anteriores e dos conflitos de interpretação que esse pluralismo poderia gerar.

3) A terceira característica deste tipo de abordagem descritiva é que a adoção do DSM-IV reflete uma **escolha orgânica** que indiretamente contradiz sua dimensão ateórica, afinal, a perspectiva organicista se configura a partir de bases conceituais específicas a respeito de como se interpreta as disfunções ou patologias mentais.

Podemos assinalar, portanto, algumas consequências da lógica do DSM que estabelecem uma prevalência da linguagem psiquiátrica para a abordagem do sofrimento na atualidade. Uma primeira consequência é a do lugar do sujeito, que, a partir da inflexão da influência da psicanálise no estabelecimento dos diagnósticos, foraclui essa dimensão em prol

da categorização e da generalização. Essa consequência é vista no modelo metodológico da psiquiatria científica, que privilegia as pesquisas baseadas em evidência em detrimento da concepção de clínica baseada no caso-a-caso. Para sustentar a posição metodológica é preciso, como vimos, consolidar a perspectiva preeminente dos aspectos biológicos, dando fim aos equívocos que tornariam a psiquiatria uma disciplina subjetiva que circunscreveria o seu objeto privilegiando outros aspectos que não orgânicos.

E, por fim, a lógica DSM só poderia se estabelecer da forma como se estabelece por convergir com a lógica de uma sociedade gerencialista que visa promover formas de gestão das subjetividades erigidas pelo ideal da autonomia, da individualidade e, como vimos, do bem-estar e da performance. Com isso, trata-se de uma abordagem industrial e eficiente de controle e aperfeiçoamento dos modos de vida.

### **2.3.2 Do mal-estar ao bem-estar**

Quando falamos de uma cultura que prima pelo bem-estar não estamos, necessariamente, tomando o bem-estar como objeto, mas como um ideal que se estabelece a partir de um campo normativo. É evidente que o que se torna capturado como objeto seja, justamente, o mal-estar e os modos de sofrer. Segundo Rosa e Winograd (2011, p. 37), em referência ao trabalho de Ehrenberg, “vivemos atualmente em uma cultura do mal-estar subjetivo cuja contrapartida foi o surgimento de uma medicina do bem-estar. Esta última atendeu a uma demanda de saúde mental que, há pelo menos 20 anos, se difunde em nossa sociedade.”

Frente a esse contexto há uma ampla captura da experiência de mal-estar na forma de classificação de categorias diagnósticas. Na literatura, em referência ao campo científico, o aumento da classificação de novos diagnósticos se articula não só a uma constatação de novas patologias que incidem sobre os indivíduos, mas, sobretudo, constata que o avanço da ciência possa ter contribuído para a nomeação *do que já estava aí*, porém não era passível de apreensão pelo conhecimento que hoje se mostra mais avançado.

Essa formulação, aliada ao ideal científico, reforça a possibilidade de identificar formas de sofrimento que antes eram desconhecidas, e, portanto, podem agora ser evitadas ou tratados de forma adequada. O saber psiquiátrico referente ao estabelecimento da psiquiatria científica se solidifica em um terreno epistemológico em que prevalece a dimensão do corpo-organismo

como paradigma central e, nesse sentido, as variações – no interior do que se institui como valor de referência normal – estão atreladas ao corpo-organismo. Ou seja, as doenças, transtornos ou síndromes não se estabelecem a partir de uma confluência de variáveis relacionadas ao campo simbólico, à cultura, ou de acordo com os processos de constituição e as relações que um indivíduo estabelece em um dado contexto, mas se referem, sim, aos processos eminentemente orgânicos.

O “si-mesmos neuroquímicos” (Rose, 2013), a “cultura somática” (Costa, 2004), ou “o sujeito neuronal” (Ehrenberg, 2009) dão testemunhos desse momento em que nos encontramos: um momento de absorção da experiência de mal-estar e sofrimento sob a gramática cientificista dos processos bioquímicos e neuronais. É importante assinalar que a adesão dessas narrativas em larga escala na sociedade, erigidas como explicações-verdades sobre o funcionamento do indivíduo, não estão relacionadas necessariamente ao valor dos resultados das pesquisas científicas, mas sim “ao estilo de resposta dada para os problemas formulados pelo nosso ideal de autonomia individual generalizada” (Ehrenberg, 2009, p. 202).

Segundo Ehrenberg (2004), a ciência performa um lugar de esperança para o que se apresenta como meta na vida social atual, a saber, não só como promessa de resolução de problemas, mas também como meio de aperfeiçoamento de técnicas que podem convergir para a extração de valor da qualidade de vida individual. A chave de interpretação está no conceito de autonomia como nova normatividade social pois, para o autor:

O par sofrimento psíquico-saúde mental se impôs em nosso vocabulário na medida em que os valores de propriedade de si e de escolha da própria vida [...] se ancoraram na opinião pública. É o ideal de autonomia tal como é referenciado na vida cotidiana de cada um. [...] **O sofrimento psíquico e a saúde mental constituem uma linguagem que permite exprimir um estilo de tensão próprio à autonomia:** a dinâmica de emancipação generalizada. [...] Cada indivíduo é inteiramente responsável por sua própria vida, e mesmo de que cada um pode ser a fonte da norma. Resulta disso uma **insegurança** pessoal de massa. (2004, p. 134-5, grifos nossos)

A articulação proposta por Ehrenberg é bastante instrutiva: frente a um contexto que prima pelo ideal da autonomia, simultaneamente resulta em uma insegurança pessoal de massa que impele os cientistas a proporem soluções. Estabelece-se um circuito que passa pela compreensão de que a experiência do sofrimento psíquico é permanente e exige que se vise a restauração da saúde mental a partir dessas soluções. Nesse ponto começamos a adentrar um terreno que modifica a abrangência do campo de intervenção para além do que era designado como patológico.

Isso ocorre, afirma Ehrenberg (2004), devido a perspectiva de que a noção de sofrimento psíquico aparece como não redutível à dimensão do patológico e de que a emergência da saúde mental contribui para a expansão de uma clínica do sofrimento para além dos muros asilares segregados do meio comum. Se a saúde mental é um campo mais abrangente do que a polarização que marcava os tempos anteriores entre uma racionalidade médica psiquiátrica, entre normal e patológico, isso se dá pelo deslocamento de que a norma clínica – a diretriz de tratamento – passa a ter o sofrimento psíquico como objeto, mesmo quando o objetivo é evitá-lo, nesse caso, em uma perspectiva que vise melhor qualidade de vida e bem-estar.

Afirmamos no início deste capítulo que a formulação do conceito de saúde mental comporta um aspecto político relevante, e mostramos que isso fica evidente nos processos de descentralização do poder psiquiátrico em relação às formas de tratamento asilares destinadas aos sujeitos tidos como doentes mentais, que passam a oferecer não só condições mais dignas de tratamento, como também a desestigmatizar a loucura, para que a saúde como conceito geral também pudesse se ocupar da vertente de cuidado ao sofrimento psíquico. No entanto, um dos efeitos da descentralização do poder psiquiátrico pode ser verificado na multiplicação da função-psiquiatria no corpo social. Segundo Corbanezi (2021, p. 104), essa multiplicação da função-psiquiatria decorre “da impossibilidade de abandono dessa medicina enquanto referente da problemática psicopatológica, mantendo-a como a ciência régia da saúde mental, o que se confirma pela sua função preceptoral exercida em um campo constituído de diferentes linhas de força.”

Ora, com efeito, seguindo a orientação argumentativa de Ehrenberg (2004), o que caracteriza a emergência da saúde mental é um movimento paradoxal de *despatologização do patológico* e, ao mesmo tempo, uma *patologização da vida cotidiana*. Se por um lado há uma ampliação do escopo de intervenção dos profissionais da saúde mental para além do patológico, há também uma pergunta a ser formulada: qual é o estatuto do sofrimento psíquico a partir do discurso que o apreende? Sem dúvida, a consideração de que a clínica se expanda para a relação de sujeitos em sofrimento não é só potente, é também ética; no entanto, o risco aparece ao averiguarmos qual o destino do sujeito que sofre a partir dos critérios estabelecidos no interior da racionalidade clínica convencionada pelo discurso da psiquiatria, agora ampliada e pulverizada em vários setores da sociedade.

A esse respeito, reiteramos que, diante da expansão do saber da psiquiatria, o objetivo é problematizar a dimensão ética da abordagem do sofrimento. Não se trata de interrogar o crivo da episteme científica dessa disciplina; trata-se apenas de compreender os efeitos do

aparecimento desse saber no que diz respeito à experiência de mal-estar e sofrimento. Com razões, claro, de introduzir o potencial de contribuição da psicanálise à medicina, e, sobretudo, no contexto hospitalar, haja vista a forclusão do sujeito na experiência do exercício da clínica no campo designado como saúde mental.

## PARTE II – DISCURSO

### CAPÍTULO III – A TEORIA DOS DISCURSOS EM JACQUES LACAN

No fim das contas, há apenas isso, o laço social. Eu o designo com o termo discurso, porque não há outro meio para designá-lo, uma vez que se percebeu que o laço social só se instaura por ancorar-se na maneira pela qual a linguagem se situa e se imprime, se situa sobre aquilo que formiga, isto é, o ser falante.

Lacan, ([1972-1973] 1985, p. 74)

As formulações concernentes à concepção de discurso que este trabalho aborda se encontram na obra de Jacques Lacan nos seminários *De um Outro ao outro* ([1968-1969] 2008), *O avesso da psicanálise* ([1969-1970] 1992), *De um discurso que não fosse semblante* ([1971] 2009), na conferência proferida na Capela de Sainte-Anne *O saber do psicanalista* (1972) e na sua fala a rádio francesa que ficou intitulada *Radiofonia* (1970) – texto que se encontra em *Outros Escritos* (2003). É importante reconhecer, mesmo que de forma didática, que há, como diz Quinet (2006), uma bipartição entre o campo da linguagem (simbólico) e o campo lacaniano (campo do gozo) no ensino de Lacan.

A partir dos anos 60, frente ao limite do estruturalismo encontrado por Lacan no seu ensino e com a introdução do conceito de *objeto a* – através da construção das operações de alienação e separação –, Lacan amplia o campo para as teorizações sobre o gozo e a teoria dos quatro discursos. Essa bipartição, acima mencionada, não configura uma descontinuidade na obra do autor; afinal, a teoria dos quatro discurso no campo do gozo “abre caminho para uma abordagem estrutural não sem o que transita ou que se move na estrutura universal do sujeito barrado” (Pacheco, 2009, p. 226).

É importante salientar que uma proposta de pesquisa que vise investigar um campo específico, utilizando-se da teoria dos quatro discursos, não deve tomá-la de forma instrumental, uma vez que tal gesto constituiria uma apropriação equivocada da proposta de

Lacan. Não se trata de recorrer aos matemas como matrizes de análise e interpretação da forma-conteúdo de uma dada realidade tecida por elementos simbólicos. É a partir de uma outra lógica, que não a do sentido, que aquilo que fundamenta o discurso nada mais é do que: o de ser uma estrutura. Lacan o define como o que “já está no mundo e que o sustenta (...) não apenas já está inscrito, como faz parte de seus pilares” (Lacan, [1969-1970]1992, p. 13).

Nesse sentido é que a proposta de investigar os efeitos do discurso capitalista no campo específico do hospital geral parte da premissa de que essa configuração discursiva *está aí* e produz uma série de operações no tocante à dinâmica do sujeito no laço social. Portanto, se é tomado como dado e operativo em suas coordenadas lógicas, o que é possível ser interrogado são os efeitos no que configura a produção de fenômenos no campo correspondente às práticas de cuidado em saúde. Com o intuito de contribuir com a prática do psicanalista nesse campo, o que se objetiva neste trabalho, enquanto aposta teórica, é a possibilidade de construir um percurso que lance luz ao que está em questão na configuração desses fenômenos. É a partir dos impasses, e até de entraves éticos decorrentes da lógica que perpassa o cuidado, que situamos a nossa questão. Uma definição preliminar apresentada por Lacan ([1968-1969] 2008) no seminário 16, ressoa enquanto orientação: o discurso “se apresenta como prenhe de consequências, só que obscuras” (p. 33).

A pesquisa realizada se serviu de termos como *atualidade* e *contemporâneo* no intuito de dar ao exercício teórico o tom de formalização ao que advém do vivo da prática clínica-institucional do psicanalista no hospital; no entanto, faz-se necessário precisar um ponto em referência a isso. O uso desses termos não corresponde à ideia de que haja novos sujeitos e nem sintomas *contemporâneos* e, em decorrência disso, novos operadores que instituem uma modificação da teoria psicanalítica frente às mudanças no campo social. Diferenciar sujeito de subjetividade nos parece uma metodologia necessária para o escopo de investigação circunscrito na intersecção entre clínica e cultura. Os modos como se apresenta aquilo que, no contemporâneo, é designado por subjetividade decorre das especificidades da configuração do Outro da época na qual o sujeito se encontra, desde sempre, enlaçado. O sujeito é, via de regra, efeito da inscrição no campo da linguagem. Portanto, não comporta em sua definição nenhum essencialismo de época.

Nesse cenário, a proposta de elucidar os desafios do psicanalista no contexto da saúde hoje corresponde a uma dupla operação: diagnóstica e interventiva. O não lugar da psicanálise – ou a dificuldade de o psicanalista estabelecer a sua prática no campo configurado por uma certa dinâmica discursiva – equivale a um não lugar do sujeito. Mais ainda, como vimos na

primeira parte desta dissertação, os ideais de autogestão aliados a técnicas de aperfeiçoamento rejeitam, de modo lógico, o que chamamos em psicanálise de castração e de impossível. Assim, quando afirmamos que não há lugar para o sujeito é porque, em detrimento da concepção de indivíduo, esse campo parece colonizado pelas abordagens científicas, produzindo não mais do que a sua supressão. Portanto, do ponto de vista da diagnóstica, podemos antever que há desafios porque há rejeição daquilo que a psicanálise intrinsecamente representa. E do outro ponto de vista, interventivo, podemos pontuar em forma de questão: o que pode o psicanalista nesse contexto?

Retomamos então o capítulo. A teoria dos discursos de Jacques Lacan – importa reforçar – não é uma aposta psicanalítica no campo da sociologia enquanto investigação da sociedade e de seus processos histórico-culturais. A teoria dos discursos não prescinde da teoria da constituição do sujeito, dado que, desde o princípio, articula sujeito e Outro – enquanto estrutura mínima. Os discursos são aparelhos de gozo que tem como fundamento o impossível. É o que veremos melhor a seguir.

### 3.1 Do mito à estrutura

Com o intuito de iniciar a incursão pela teoria dos discursos, faz-se necessário retornar a Freud com a pergunta: o que funda a civilização? Afinal, Freud foi o precursor do que veio a se tornar a noção de discurso quando, a partir dos seus textos referidos como *sociológicos*<sup>9</sup>, pode evidenciar o advento do laço social como fundante do sujeito e da civilização, no corte promovido pela linguagem que institui a passagem da natureza à cultura. O motivo de termos estabelecido um caminho que partisse primeiro de uma discussão sobre o contexto da instituição de saúde e do lugar da saúde mental – interpelada pelo discurso da psiquiatria –, para chegar à apresentação da teoria dos discursos de Jacques Lacan, justifica-se pela própria definição do laço social para a psicanálise. A investigação pela via do laço social explicita o seu caráter moebiano; afinal, é uma via que elucida o campo possível de análise e intervenção tendo em

---

<sup>9</sup> As principais referências desse tema podem ser encontradas nos textos: *Totem e Tabu* (1913), *Moisés e o Monoteísmo* (1939), *Psicologia das Massas e Análise do Eu* (1921), e *Mal-estar na Civilização* (1930).

vista a indissociável articulação entre o que é singular do sujeito e a discursividade da época. Clínica do sujeito e cultura se interpelam.

Em 1913, em *Totem e Tabu*, Freud apresenta uma teoria a partir da construção da hipótese de que a horda primeva e o assassinato do pai primevo remontam à origem das instituições sociais e culturais, como também elucida os processos de constituição do sujeito. O próprio Freud enuncia que “o sistema totêmico – [...] – é um produto das condições em jogo no complexo de Édipo” (Freud, [1913] 1996, p. 137). Isso porque, para Freud, o tabu advindo desse sistema – a proibição em nível psíquico – é a forma originária da consciência moral, presente nas montagens em jogo no Édipo até a sua dissolução. Freud propõe nesse texto uma antropologia social correspondente às montagens da relação do *indivíduo com o coletivo*<sup>10</sup>, e vice-versa.

Tal hipótese – que não apenas marca a tentativa de uma contribuição psicanalítica às ciências sociais, como realiza a própria inscrição das descobertas freudianas sobre a universalidade da ordem humana – reencontra a dupla dimensão antropológica e histórica: Freud propõe aí um “mito científico”, um mito inscrito nos limites da história, a qual Freud busca a um só tempo assegurar a dimensão de um ato inaugural e da efetividade simbólica que perpetuaria seus efeitos. (Domiciano, 2014, p. 19)

A passagem oriunda do ato inaugural de assassinato do pai da horda primeva para a efetividade simbólica do totemismo que perpetua seus efeitos introduz uma mudança de paradigma que marca o advento dos laços sociais. Mas o que isso quer dizer? Freud ([1913] 1996) reconhece que o “totemismo constitui uma fase regular em todas as culturas” (p.115-116), ou seja, identifica que há algo a ser desvelado e, com isso, “mais urgente se torna a necessidade de chegar-se a uma compreensão dele e lançar luz sobre o enigma de sua natureza essencial” (Ibid.).

Antes de nos atermos à narrativa do mito do pai da horda, é importante considerar que a empreitada freudiana de estabelecer uma universalidade humana tem a função de dar “lastro à fundamentação de uma racionalidade clínica distinta da hegemônica na época” (Id., p. 23). Édipo e Totem e Tabu apresentam tal universalidade como campo simbólico que configura os processos constitutivos e as dinâmicas do sujeito no laço para além dos impasses meramente

---

<sup>10</sup> Forma pela qual designa essa dinâmica entre o sujeito e o laço em *Psicologia das Massas e Análise do Eu* ([1921] 1996), e que Lacan retoma em 1945 sobre a análise freudiana dos grupos: “o coletivo não é nada senão o sujeito do individual” (Lacan, J. [1945]1998, p. 213).

patológicos dos estudos clínicos e, com isso, “mais do que narrativas unívocas, preditivas sobre os destinos dos homens, elas tratam de coordenadas simbólicas que condicionam” (Domiciano, 2014, p.60) a experiência do sujeito frente às condições de sua constituição enquanto ser de linguagem.

Vamos à narrativa: em um tempo que foi designado como *primitivo* havia um pai que detinha o poder sobre todas as fêmeas, reservando para si o direito ao gozo. Este, livrava-se dos filhos, pois não permitia a presença de possíveis rivais. Certo dia, os filhos, destituídos de lugar e privados das fêmeas, unem-se pelo motivo de se livrarem do pai, assassinando-o. Sob o risco de novas rebeliões e com o intuito de constituírem um convívio comum, os filhos instituem um duplo pacto: não matarás – receio de uma repetição latente, já que a morte do pai poderia ser tomada como precedente para um futuro ato entre os irmãos; e a proibição do incesto – ou seja, a exogamia.

Freud, para Lacan ([1969-1970] 1992), “fez questão de que isso fosse real” (p. 119), de que a morte do pai tirânico e o estabelecimento da Lei enquanto pacto tenham dado origem à civilização. Foi, portanto, a partir do assassinato do pai, detentor do gozo absoluto, que se instituiu uma nova ordem a partir do lugar vazio. Da ordem do poder absoluto à ordem simbólica da Lei. Para Freud, este é o princípio da moralidade humana: o que marca o advento da civilização é uma regulação, em termos de renúncia, dos instintos entre os irmãos da comunidade, dado que “a lei apenas proíbe os homens de fazer aquilo a que seus instintos os inclinam” (Freud, [1913] 1996, p. 129), o que quer dizer que o estabelecimento do pacto civilizatório não se dá sem conflitos psíquicos. Há sempre uma defasagem interposta sobre o que é permitido pela cultura e o que é impelido à realização plena pelos instintos. A lei simbólica instituída, portanto, comporta um duplo fundamento: é o que configura o desejo ao mesmo tempo em que é o que institui a necessidade de sua interdição.

É importante acrescentar que o ato hostil ao pai, instala, também, um *afeto* conflituoso. A ambivalência está na base dessa experiência: “eles odiavam o pai, que constituía forte obstáculo a sua necessidade de poder e suas reivindicações sexuais, mas também o amavam e o admiravam” (Id., p. 218). O ato em si não constitui um desfecho plenamente resolutivo para os irmãos, não se efetiva como ato de livramento do pai e instauração da vida comum subsidiada pelos tributos pagos (quitados) em valor de renúncia pulsional. Há a presença da ambivalência como reedição do pai morto que produz importantes efeitos para o sujeito, sobretudo, no âmbito da consciência moral e da culpa. Esse é o ponto de relação entre o pai originário e o que se reedita na função do pai no complexo de Édipo.

A partir dessas considerações é possível localizar nesse texto a gênese do conceito de supereu, mesmo antes de sua formulação enquanto instância psíquica – que ocorreu em 1923 no texto *O Eu e o Isso* (Freud, [1923] 1996). Afinal, em *Totem e Tabu*, a posição ambivalente dos filhos em relação ao pai figura a forma edípica e pulsional do que veio a se tornar o supereu. Lima & Souza (2016) refere que o supereu, fruto do complexo de Édipo, interpõe-se ao sujeito de modo a culpá-lo por seu desejo, não obstante, segundo os autores, isso não poderia ocorrer sem o estabelecimento da lei que interdita o acesso ao gozo, “do qual o supereu se faz agenciador: o supereu que brota do solo da lei se insurge contra ela a fim de esgotá-la, realizando o mandato sempre cruel do pai da horda” (p. 427). Assim, a solução, em vista da morte do pai, só se inscreve às custas de um retorno de agressividade para o próprio eu, o que significa que há um resto *assombroso* para o sujeito como condição inerente ao seu advento. É nesse sentido que é possível identificar os primeiros vestígios do conceito de supereu nesse escrito, pois, com o assassinato do pai, institui-se uma relação paradoxal do sujeito com a lei.

Do texto de 1913 *Totem e Tabu* até o de 1930 *Mal-estar na Civilização*, no qual Freud postula a noção de mal-estar como tributária da entrada do sujeito na cultura, temos um período de desenvolvimento da teoria das pulsões. Podemos apontar um percurso que vai do texto *Recordar, repetir e elaborar* ([1914] 1996) – em que Freud apresenta o desenvolvimento da noção de repetição a partir dos conteúdos apresentados em análise – para o texto *Além do princípio do prazer* ([1920] 1996), no qual essa noção encontra um representante específico, a saber, o conceito de pulsão de morte. O que configura essa passagem é a reformulação do que Freud apresenta em *A pulsão e seus destinos* ([1915] 1996), com o dualismo pulsional de autoconservação e sexual, primeira teoria das pulsões, para, em *Além do princípio do prazer* ([1920] 1996), uma segunda teoria das pulsões a partir de um novo dualismo pulsional: pulsão de vida e pulsão de morte.

A síntese que gostaríamos de apresentar, com o intuito de extrair o que nos interessa para esta pesquisa, consiste na leitura que Lacan propõe a partir da noção de repetição e pulsão de morte, no sentido de que ambas se articulam às noções de real e de impossível. Para Lacan ([1964]1998), o real está inexoravelmente para além do simbólico, é o que retorna sempre para o mesmo lugar. Para o autor, não se deve confundir a repetição com o retorno dos signos, uma vez que essa operação se estabelece em relação a algo sempre faltoso. Essa falta é o eixo que possibilita esse encontro de Freud e Lacan no que se refere à constituição do sujeito no laço social.

A renúncia à satisfação freudiana figura a impossibilidade do gozo pleno a partir da morte do pai. As vias de satisfações substitutivas e parciais delineiam o campo das pulsões, não sem o que insiste da pulsão de morte. A força motriz da pulsão de morte em direção ao retorno ao estado inanimado é recolocada, por Lacan, a partir do furo, do vazio – em que a satisfação só teria lugar sob condição de contorná-lo. A impossibilidade de recuperar o objeto perdido ou de gozar plenamente promovem as montagens da dinâmica do sujeito em relação à disjunção do desejo e do gozo no momento em que é inserido na linguagem. Acrescentamos que a noção de repetição que decorre dessa impossibilidade de restituição do gozo pleno possibilita articular a teoria freudiana e a definição lacaniana de supereu como imperativo de gozo.

No seminário 1: *Os escritos técnicos de Freud* ([1953-1954] 2009), Lacan apresenta o caráter não linear das definições do conceito de supereu que aparecerá nos diferentes tratamentos dados a esse conceito ao longo do seu ensino. Trata-se de um conceito complexo e, se pretendêssemos contemplá-lo a partir de suas construções, modificações e rupturas, desviar-nos-íamos do objetivo principal. Porém, nesse seminário, Lacan apresenta as origens da construção desse conceito que irá aparecer tanto em seu retorno a Freud quanto no período subsequente designado como campo do gozo. Ora na sua relação com o significante da lei, ora na relação com o objeto a, respectivamente. Segundo Lacan ([1953-1954] 2009), “o supereu é um imperativo (...) é coerente com o registro e a noção da lei (...). Por outro lado, é preciso acentuar também o seu caráter insensato, cego, de puro imperativo, de simples tirania” (p. 140).

Já no seminário 18: *De um discurso que não fosse semblante*, Lacan ([1971] 2009) formula as seguintes perguntas: *qual é a essência do supereu? E, qual a prescrição do supereu?* Para respondê-las, recupera sua origem, precisamente, no *pai mais do que mítico* de Totem e Tabu; pai que faz apelo ao gozo puro, isto é, à não castração. Para Lacan, o pai diz o que o supereu diz, isto é: *Goza!* Esse apelo aparece como um imperativo, uma ordem para gozar do impossível de satisfazer. É esse paradoxo que está “na origem de tudo o que se elabora sob o termo de ‘consciência moral’” (2009, p. 166).

O pai primevo de Freud é o pai em causa no complexo de castração; é aquele que detém o gozo e o interdita aos outros. Para Lacan, porém, esse pai não passa de uma operação lógica do significante e, portanto, a castração não é outra coisa senão efeito do que se produz no campo da linguagem. Tendo em vista que o real *pertence* à estrutura, o pai primevo equivale ao pai real no processo pelo qual se dá a emergência do sujeito. O real nesse caso não deve ser confundido com a acepção comum do termo *realidade*, mas, na concepção de Lacan, refere-se

ao impossível como operação lógica própria da linguagem. E esse impossível nada mais é do que o limite de tudo apreender pelo campo simbólico.

Tal como se enuncia, não mais no nível do trágico, com toda a sua leveza sutil, mas no enunciado do mito de Totem e Tabu, o mito freudiano é a **equivalência entre o pai morto e o gozo**. Eis o que podemos qualificar com a expressão **operador estrutural**.

Aqui, o mito se transcende por enunciar, na qualidade de real – pois este é o ponto em que Freud insiste –, que isso aconteceu realmente, que é o real, que o pai morto é aquele que tem o gozo sob sua guarda, e de onde partiu a interdição do gozo, de onde ela procedeu.

**Que o pai morto seja o gozo, isto se apresenta a nós como sinal do próprio impossível.** (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 116, grifos nossos)

A equivalência entre o pai morto e o gozo, como também a articulação dessa equivalência como sinal do próprio impossível, é o que prescreve o núcleo fundamental do ensino de Lacan no campo do gozo. O pai real nada mais é do que o agente da castração. O que não quer dizer que o castrador seja o pai. Mas o que isso quer dizer? É nesse ponto que Lacan nos apresenta a passagem do mito à estrutura. Podemos apresentar a tese que subjaz a essa passagem tensionando o enunciado de Freud ([1913] 1996), referente a Totem e Tabu, de que *no princípio foi o ato*, em contraponto ao que Lacan ([1969-1970] 1992) afirma: *não há ato sem linguagem*. Ora, “só poderia haver ato num contexto já preenchido por tudo o que advém da incidência significativa [...] não poderia haver ato no começo, nenhum ato, em todo caso, que pudesse ser qualificado de assassinato” (Id., p. 118).

Portanto, para além do pai simbólico do mito ou de qualquer artifício que imagine o pai, Lacan “determina o pai como esse real impossível” (Id., p. 121) da castração introduzida pela incidência do significante. Com isso, no deslocamento do mito à estrutura, o que Lacan sustenta é que o mito do pai primevo, para Freud, foi um recurso simbólico para dar conta do impossível. Freud serviu o pai com uma vestimenta mítica para suplantar o real. Mais ainda, se a castração está para além do complexo de Édipo, o mesmo vale para a interdição do gozo originário – agora como impossível –, afinal, ambos equivalem ao efeito da incidência da linguagem. O supereu é o que ecoa desse impossível do gozo, como retorno do real em suas injunções e imperativos.

Essa virada permite a Lacan desenvolver a noção de laço social não mais como pacto em referência ao pai, mas como estrutura *para além do pai*. Essa estrutura, ao mesmo tempo que possibilita os arranjos simbólicos, comporta o real como impossível, isto é: o sujeito dividido é efeito da inscrição do significante no campo do Outro, tal como essa inscrição produz o objeto mais-de-gozar como resto real. O capítulo *Do mito à estrutura*, que se encontra no

seminário 17, permitiu-nos elucidar o que está em questão para Lacan nesse momento do ensino designado como campo do gozo. Esse campo “é antes de tudo um campo operatório e conceitual, estruturado por meio de seus aparelhos, que são aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais: os discursos” (Quinet, 2006, p. 27).

Finalmente, para dar início a nossa empreitada, que tem por objetivo a discussão acerca da teoria dos quatro discursos, é imprescindível transcorreremos um caminho que contemple, em um primeiro momento, os subsídios para a formulação dos discursos – no sentido das teorizações preliminares realizadas no seminário 16 – que desemboque, em um segundo momento, na apresentação dos discursos – objeto de transmissão do seminário 17.

### 3.2 De um Outro ao objeto *a*

No seminário 16 *de um Outro ao outro* ([1968-1969] 2008), Lacan objetiva trabalhar a conceitualização do objeto perdido e seus efeitos de fragmentação de gozo na busca por restituição, acrescentando ao objeto *a* sua função de mais-de-gozar. O objeto *a* e a inconsistência do Outro são dois pilares conceituais fundamentais apresentados por Lacan ao longo desse seminário.

Logo no primeiro capítulo, intitulado *Da mais-valia ao mais de gozar*, encontramos a seguinte frase de Lacan: A essência da teoria psicanalítica é um discurso sem palavra. Essa frase condensa uma série de consequências teóricas interessantes:

1) Lacan fala da psicanálise como um discurso em um seminário anterior à formulação da teoria dos quatro discursos, fato que nos permite pensar que há algo na posição do psicanalista que é sensível a um princípio fundamental da noção de discurso.

2) O *sem palavra*, que parece equivocar o sentido comum de discurso, reforça a posição de Lacan nesse momento de seu ensino. Pois, há aqui uma inversão: do discurso como concatenação diacrônica de palavras à lógica do discurso como escrita (ELIA, 2019). É dessa forma, aparentemente paradoxal, que Lacan transmite que o discurso se serve da falha promovida pelo real. Ou seja, é um discurso que inclui o que escapa ao significante, *o fora-de-sentido dos ditos*, rechaçando qualquer *promoção de uma infalibilidade*. O discurso se “serve, precisamente, da falha” (Lacan, [1968-1969] 2008, p. 13).

3) Tratando-se de uma frase colocada no início do capítulo “da mais-valia ao mais-de-gozar”, Lacan apresenta a um só tempo que a função mais de gozar “aparece em decorrência do discurso (...) é um efeito do próprio discurso” (p.18) e que o *discurso sem palavra* introduz a possibilidade de tratar esse gozo em causa no discurso.

A função mais-de-gozar é extraída, por Lacan, da teorização de Marx a respeito do conceito de mais-valia. Lacan refere que “é de um nível homológico calcado em Marx” (Id., p. 16) que é possível introduzir “o lugar em que temos de situar a função essencial do objeto a” (Ibid.). Contudo, não nos deteremos na apresentação do conceito em Marx, e vamos partir da estrutura mínima de sua proposição: a mais-valia como excedente negativo. No sentido de que a mais-valia, como disjunção do valor do trabalho, equivale ao excedente de trabalho não pago como perda. Essa perda é precisamente a engrenagem da lógica capitalista.

Ora, para Lacan, a mais-valia é um caso particular do mais-de-gozar, visto que é uma forma de recuperação de gozo do senhor no sistema capitalista (Checchia, 2015). Segundo Lacan ([1969-1970] 1992), “simplesmente cumprindo a função do senhor, ele perde alguma coisa. Essa coisa é perdida, é por aí que pelo menos algo do gozo deve ser-lhe restituído – precisamente o mais de gozar” (p. 100).

É precisamente do discurso que decorre o excedente negativo de gozo. Se o discurso é concomitante à constituição do sujeito – e que se dá pela entrada na linguagem –, conseqüentemente ele exclui o gozo. No entanto, a função mais-de-gozar surge como tentativa de recuperação dessa perda, como “aquilo que corresponde não ao gozo, mas à perda do gozo” (Id., p. 114). Quando Lacan afirma que a mais-valia é um caso particular do mais-de-gozar, ele quer dizer que, se o mais-de-gozar é estrutural, a mais-valia seria um modo específico de articulação da perda de gozo no contexto do sistema capitalista. Para Lacan, “o que Marx denuncia na mais-valia é a espoliação do gozo. No entanto, essa mais-valia é o memorial do mais de gozar, é o seu equivalente do mais-de-gozar” (Id., p. 76).

Se, por um lado, temos uma montagem da função do mais-de-gozar como o que revela a causa do desejo; por outro lado, temos o modo como se fundamenta uma engrenagem econômica a partir da causa do desejo na forma de uma “produção extensiva, portanto, insaciável, da falta-de-gozar” (Lacan, [1970] 2003, p. 434). Com isso, podemos dizer que a psicanálise contraria “o capitalismo na mola mais importante de sua engrenagem, que é a mais-valia, também uma forma homóloga de perda, mas perda que se reinveste infinitamente na

máquina”, pois, no discurso da psicanálise, a perda é o que opera o relançamento do sujeito em direção ao desejo e não ao acúmulo (Elia, 2019, p. 166).

Portanto, retomando o enunciado inicial de Lacan no seminário 16, quando diz que a essência da teoria psicanalítica é ser sem palavras, ele está dizendo, fundamentalmente, que: “o que há de novo é existir um discurso que articula essa renúncia, e que faz evidenciar-se nela o que chamarei da função mais-de-gozar. É essa a essência do discurso analítico” (Lacan, [1968-1969] 2008, p. 17).

Ficaremos com algumas questões em suspenso: Quais consequências para o sujeito ao se encontrar capturado por um processo incessante de recuperação de gozo a partir de uma configuração discursiva análoga ao do capitalismo? Como pensar as consequências de um discurso que, paradoxalmente, espolia o gozo, de modo a causar uma pretensa renúncia da renúncia ao gozo impossível? Em outros termos, podemos dizer que esse mecanismo se alimenta do imperativo do supereu, produzindo uma suposta anulação da dimensão da castração, do impossível, do real... Podemos afirmar, sem mais, que as consequências se configuram, certamente, como mal-estar na civilização atual.

Até aqui indicamos a forma como Lacan apresenta a função mais-de-gozar do objeto *a* na relação com a teoria de Marx da mais-valia; vamos agora introduzir um acréscimo a essa teorização a partir do que Lacan evoca da imagem do pote nesse seminário. Para tal, Lacan revisita, no seminário da ética ([1959-1960] 2008), o diálogo com Heidegger a respeito do vaso – que serviu para a formalização do objeto *a* causa do desejo representado pelo vazio. Nesse momento, Lacan articula a imagem do vaso à falta estrutural que caracteriza o sujeito desejante, explicando que o vazio instituído pelo efeito do significante evoca a perspectiva do *há o que ser preenchido*. Ou seja, há aqui um paradoxo: o que funda é o que dá forma e possibilidade de preenchimento.

O retorno aludido ao vaso como pote, no seminário 16, comporta um acréscimo: o pote que se produz a um só tempo como vazio e como possibilidade de preenchimento, é furado. É do fato de ser furado que se constata a impossibilidade quanto ao seu preenchimento, ao mesmo tempo em que as tentativas de preenchimento culminam na renovação do próprio furo. Nas palavras de Lacan ([1968-1969] 2008, p. 16): “o pote é feito para produzir esse furo, para que esse furo se produza”.

Um breve adendo com o intuito de sintetizar um ponto fundamental: a imagem do pote pode ser articulada ao que há de novo a respeito do conceito de Outro nesse seminário. Mesmo

que Lacan tenha empreendido o esforço de demonstrar logicamente a inconsistência do Outro através da sequência de Fibonacci e através da teoria dos conjuntos, a imagem do pote evoca os seus achados. Lacan conclui nesse denso trabalho que o Outro barrado passa a ser definitivamente furado ou como também o caracteriza, estruturalmente inconsistente. A esse respeito, afirma Quinet (2012, p. 30): “O Outro não constitui um universo completo, e sim furado – pois falta um significante que permitiria dizer que é um conjunto totalizador de todos os significantes da linguagem”.

Com isso retornamos à imagem, pois as tentativas de preenchimento (mais-de-gozar) ilustram a economia de gozo que decorre do discurso. Ao mesmo tempo que aponta a inconsistência do Outro, o mais-de-gozar está aí para tentar totalizar esse campo; no entanto, ao fazer isso, demonstra que sua função repousa sobre o paradoxo da recuperação enquanto reprodução da perda. Portanto, é através da repetição que há a renovação da perda oriunda da inscrição do sujeito no campo do Outro inconsciente. Como no “mito de Danaides, condenadas no inferno a encher eternamente de água vasos furados” (Lacan, [1968-1969] 2008, p. 16).

Nesse ponto da perda inerente é que podemos constatar vias de consentimento e de não consentimento. A aposta da psicanálise, enquanto discurso, é a de relançar o sujeito ao desejo, enquanto, se não há consentimento, o circuito que se estabelece engendra o sujeito no que há de mais mortífero no gozo, como no Tonel das Danaides, “uma vez que ali se entra não se sabe onde isso vai dar. Começa com as cócegas e termina com a labareda de gasolina” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 75-76).

A presença de um psicanalista no hospital pode, na melhor das hipóteses, não só identificar certos fenômenos através da lógica da relação do sujeito com o seu modo de gozo, mas pode também intervir nesse contexto. A aposta em ampliar o campo de possibilidades do sujeito a partir de uma orientação pela via do desejo decorre dos efeitos do ato do psicanalista. Os casos de dores crônicas que chegam ao setor do Pronto-Socorro são paradigmáticos em referência a essa montagem. O cliente fidelizado ao setor, nesse caso, é aquele que busca o hospital em quadro agudo de dor, com o objetivo genuíno de potencializar os efeitos das drogas de uso contínuo. Há um mal-estar produzido na equipe, nesses casos que apresento, a partir de dois motivos. Primeiro, porque se sentem impotentes diante do *fracasso* da terapêutica – sobretudo quando o que testemunham nesses pacientes é um pedido de um *a mais* sem ponto de basta. Segundo, porque esses casos produzem uma interrogação sobre a própria posição ética da equipe, quando se reconhecem como meros *prescritores*, reduzindo, muitas vezes, o paciente à sua condição de adicto.

As dores constantes, o uso de medicação, a busca pelo hospital, a medicação mais forte, o retorno ao exílio... as dores constantes, o uso da medicação, a busca pelo hospital, a medicação mais forte... É possível observar aí que há um ciclo marcado por essas repetições que engessam os modos possíveis de vida desses pacientes. Nomear esses pacientes em referência à adicção, mesmo que se pretenda tratá-los, incorre em um problema caro à psicanálise, a saber, o de contribuir para a identificação do sujeito às comunidades de gozo. A ética da psicanálise, intrínseca à configuração de seu discurso, propõe “encontrar para alguém o artifício do significante justo, a nomeação precisa ou um arranjo mais pacífico com o gozo” (Tarrab, 2015). Nesse contexto, fica claro que se trata de um trabalho com o paciente que não é apenas clínico, mas também um trabalho institucional, uma vez que também está em jogo a relação com a equipe.

Portanto, o que Lacan nos apresenta é que, a rigor, o conceito de sujeito é efeito de uma operação que tem como consequência uma perda: a unidade do eu – e é isso que funda, ao nosso ver, as situações embaraçosas e conflitantes no contexto das instituições. Em outros termos, a configuração dos pedidos encaminhados ao psicanalista corresponde aos desafios que a divisão subjetiva impõe ao trabalho no campo do discurso médico.

Eis o eixo do seminário 16: O sujeito “não pode reunir-se em seu representante de significante sem que se produza, na identidade, uma perda, propriamente chamada de objeto *a*” (Lacan, [1968-1969] 2008, p. 21) Isso se dá justamente “por não haver no campo do Outro a possibilidade de uma consistência completa do discurso” (Ibid. p. 24) Portanto, há nesse seminário a construção da dinâmica conceitual entre o Outro inconsistente e o objeto *a* na sua função mais de gozar, que são pilares para a teoria dos quatro discursos apresentados no seminário 17.

### **3.3 Contexto político da teoria dos discursos**

Como vimos, Lacan já anunciava que o que estava em questão no seu ensino era o efeito de gozo na articulação do sujeito no campo do Outro para a configuração do que ele chamou de laço social. Isso se dá em um contexto fervoroso do debate político, no qual Lacan, interrogado sobre o lugar da psicanálise nesse contexto, não se furta de sustentar o que designa – fundamentalmente – o discurso da psicanálise.

Essa discussão ocorreu em um encontro de Lacan com os estudantes de Vincennes, em 3 de dezembro de 1969, publicado como anexo “*Analyticon*” no seminário em questão. É interessante notar que Lacan não se coloca no campo de discussão a partir de uma posição partidária (S1), nem em uma posição de apresentar uma análise da conjuntura (S2) sobre o que estava em questão, o que seria, evidentemente, contraditório ao que estava em questão em seu ensino.

Façamos uma apreciação da fala de Lacan com os estudantes.

Confrontado pelos estudantes a respeito do seu estilo – que em nada levaria a contribuir para o que estava em pauta nas reivindicações de ordem política –, Lacan tenta recolocar, em meio às interpelações fervorosas dos estudantes, a sua posição. Ele diz: “o tempo está passando. Tentemos mesmo assim dar a vocês uma pequena ideia do que é o meu projeto”. Em meio às reivindicações, continua: “trata-se de articular uma lógica que, por mais frágil que pareça [...] é ainda bastante forte para comportar aquilo que é o signo dessa força lógica, a saber, a incompletude” (p. 213). Lacan insiste em dizer que há uma relevância a respeito desse ponto, sobretudo para os revolucionários, pois “de qualquer modo que as revirem, a propriedade de cada um desses esqueminhas de quatro patas é a de deixar sua hiância” (p. 214); e finaliza: “a aspiração revolucionária só tem uma chance, a de culminar, sempre, no discurso do mestre” (p. 217).

Vamos apresentar dois pontos que contextualizam a posição de Lacan expressa nessas falas:

O primeiro ponto se refere ao entendimento de que “uma revolta contra a autoridade feita em nome da transgressão ou de uma sociedade em que o gozo individual fosse livre, longe de minar a proibição e a repressão, terminaria por reforçá-las” (Laureano e Chaves, 2014, p. 340). Ora, isso não quer dizer que sua posição seja marcada pelos tons de um certo tipo de nostalgia que aspire a reconstruir a autoridade em seu papel de interditor da lei. Por mais que pareça óbvio esse ponto, é importante demarcar o que o fundamenta. Trata-se do que objetivamos apresentar no tópico 3.1 *Do mito à estrutura*: o que se inscreve na relação com o Outro é o real como gozo do próprio impossível. Nesse sentido é que Lacan antevê que a proposta de transgressão da Lei pelos revolucionários é uma forma de instituir um novo mestre – e tal forma é essencialmente avessa à proposta da psicanálise.

O segundo ponto, finalmente, decorre do primeiro. O discurso da psicanálise tem em seu cerne o impossível, e é isso que Lacan transmite em ato: sua posição não é outra se não a de promover uma subversão. Ou melhor, como afirma Lacan ([1969-1970] 1992): “não

esperem, portanto, do meu discurso nada de mais subversivo do que não pretender a solução” (p. 66)

### 3.4 A teoria dos quatro discursos em 1969-1970

Neste tópico abordaremos a teoria dos quatro discursos tal como foi formulada por Lacan ([1969-1970] 1992) em seu seminário 17 *O avesso da psicanálise*, marco da escrita do seus *quadrípedes giratórios*: o discurso do mestre, da histórica, do universitário e do analista. Como vimos, o discurso enquanto estrutura advém da linguagem e de sua operatividade no campo da *realidade*; em outros termos, são os modos de relação possíveis no mundo: faz função de laço social. No entanto, não são extraídos de uma realidade específica, é o que “está já inscrito naquilo que funciona como essa realidade (...) que já está no mundo e que o sustenta” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 13) como seus pilares. Mais ainda, é preciso distingui-lo da aceção enquanto narrativa, afinal, para Lacan, o discurso é uma estrutura “que ultrapassa em muito a palavra, (...) é um discurso sem palavras” (p. 11).

Advir da linguagem e ser sem palavras significa que subsiste mediante certo número de relações fundamentais, que elucidam não o que é dito, mas a dimensão própria do dizer e do indizível. Nesse sentido é que o discurso enquanto estrutura não equivale exclusivamente ao simbólico; ele comporta o que é produzido da operação significante, a saber, um resto real. Portanto, os discursos, ao mesmo tempo em que estabelecem relações possíveis, delimitam um ponto impossível: o ponto real da estrutura.

#### 3.4.1 *Saber, verdade e gozo*

Ora, é porque há a linguagem que o discurso é uma estrutura que aparelha o gozo. Mas o que isso quer dizer? É importante retomar de que modo Lacan, logo no início do seminário 17, apresenta algumas proposições a respeito dessa montagem entre discurso, sujeito e gozo. Para tal, pensemos pela via didática de que a inscrição no campo da linguagem comporta um duplo efeito: efeito sujeito, efeito gozo.

O efeito sujeito é a própria definição da constituição do sujeito na linguagem. Este não é representado por um único significante, dado que esse significante é faltoso no campo do Outro; ele é intervalar: “é no instante mesmo que o S1 intervém no campo já construído dos outros significantes (...) que ao intervir junto a um outro, do sistema, surge isto, \$” (Id., p.13), o sujeito marcado pela barra do recalque.

O efeito gozo se refere ao que da incidência do significante “faz surgir alguma coisa definida como uma perda. É isto que designa a letra que se lê como sendo objeto *a*” (Ibid.). O objeto *a* é o que se articula, para Lacan, com a repetição e a pulsão de morte, portanto, com o gozo. No próprio seminário 17, Lacan faz essa articulação com o texto de Freud, acrescentando que o que se repete é a própria renovação da perda de gozo. Nesse retorno sobre a repetição, o gozo totalizante – a recuperação do objeto perdido pela entrada no campo simbólico – fracassa em tentativas constantes, como, nas palavras do autor, “o que pertence à incidência do significante no destino do ser falante” (p. 53).

Portanto, “é efetivamente como ligado à própria origem da entrada em ação do significante que se pode falar de gozo”, uma vez que “é a partir da clivagem, da separação entre o gozo e o corpo doravante mortificado” pela ação do significante, “que a questão se coloca” (Id., p. 188). E, assim, Lacan inclui um acréscimo: “divisão do sujeito não é certamente outra coisa senão a ambiguidade radical que se vincula ao próprio termo verdade” (Ibid.).

Lacan formula uma articulação fundamental entre saber, gozo e verdade que corresponde ao que está em questão quando falamos de discurso. O discurso é esse aparelho, essa estrutura que estabelece modalidades de saber e gozo, pelo fato de não haver equivalência entre saber e a verdade. Dessa perda, operada pela incidência do significante, a tentativa de restituí-la se dá através de um saber que se pretende a verdade desse objeto perdido, porém, como dito, se há um limite, o saber se torna meio de agenciar modos de gozo. A verdade é, portanto, disjunta do saber. E chegamos à função do discurso como modo de lidar com o que é restringido pela verdade.

Ora, essa verdade, segundo Lacan, não é um juízo, uma resposta aos enigmas do mundo; essa verdade é ela mesma o próprio enigma. Nessa concepção, o psicanalista dirá que “nenhuma evocação da verdade pode ser feita senão para indicar que ela só é acessível por um semi-dizer, que ela não pode ser inteiramente dita porque, para além de sua metade, não há nada a dizer” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 53). A verdade para Lacan será colocada como uma posição fixa na estrutura do discurso que indica que a verdade de um discurso é aquilo que nele está oculto, mas que propulsiona aquilo que o condiciona. Assim, a verdade é o que mobiliza a forma como

o saber e o gozo se operacionalizam em um determinado discurso, marcando, não menos, a impotência de contemplá-la.

É nesse tom que nesse mesmo seminário Lacan nos adverte de que é “na medida em que a linguagem, tudo o que instaura a ordem do discurso, deixa as coisas numa hiância, é que, em suma, podemos estar certos de que, seguindo seu fio, nunca faremos outra coisa senão seguir um contorno” (p. 188). Um contorno que se tece segundo as peripécias dos significantes, produzindo não mais do que toda uma infinidade de repertórios simbólicos, sejam eles nas artes, nos sonhos, nos sintomas... não sem uma opacidade do real. O impossível pelo qual Lacan especifica o real é uma limitação do simbólico: é do real que faz limite ao simbólico e à verdade (Bousseyroux, 2012).

Retomemos então nossa definição com um acréscimo: o discurso é, portanto, um *laço social que restringe um impossível*. É a partir do que Freud ([1937]1996) apresenta sobre as três profissões impossíveis; governar, educar e analisar, que Lacan irá abordar o impossível relativo a cada um dos seus quatro discursos. Assim, no discurso do mestre há o impossível de governar, no discurso universitário o impossível de educar, no discurso do psicanalista o impossível de analisar e, acrescenta, no discurso da histeria o impossível de se fazer desejar.

Antes de nos adentrarmos aos discursos, propriamente ditos, é importante explicitar, a partir da FIGURA 1, o que estamos apresentando sobre a impossibilidade inerente a cada discurso, como também sobre a impotência.

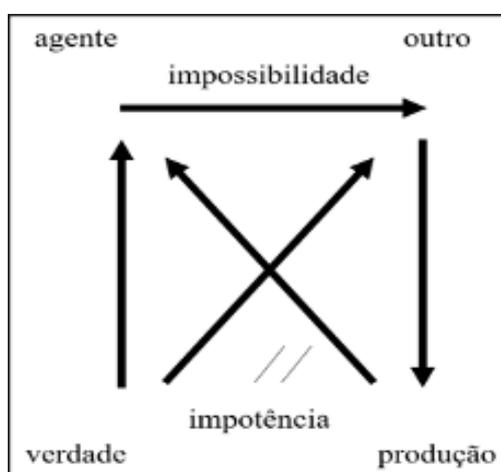


Figura 1 - Impossibilidade e impotência

Do ponto de vista da impossibilidade, podemos ver que ela se estabelece na relação do agente com o outro. Isso quer dizer que aquilo que o agente demanda não será respondido plenamente pelo outro. Entre o agente e o outro há um impossível; há uma diferença, um hiato. Do ponto de vista da impotência, podemos localizar que esta se encontra na relação entre produção e verdade. Ou seja, de forma lógica, se o outro não responde plenamente à demanda do agente, o que se produz não terá relação com a verdade. Segundo Silveira (2013, p. 2), “aquilo que o discurso produz é impotente em mostrar a verdade deste mesmo discurso, não há relação entre a produção e a verdade”. Silveira nos diz ainda que Lacan vai articular o caminho por onde “a impossibilidade é mantida, ou seja, vai formular a impotência como aquilo que nos detém diante do real e do impossível. E o que nos detém diante do real é a nossa relação com a verdade” (p. 3).

Como vimos, a incidência do significante produz uma disjunção entre verdade e saber; esta, a verdade, *será possível somente semi dizê-la*. Vemos como a verdade é interrogada ao longo da história, ou resguardada em uma metafísica, mas, do ponto de vista trazido por Lacan, a verdade não será tomada como suposta imaginarização da *coisa em si*; ela será produzida pela própria consistência lógica oferecida pela linguagem. Lacan nos dirá que “quanto mais a procura de vocês envereda pelo lado da verdade, mais vão sustentar o poder dos impossíveis” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 179).

### 3.4.2 Os quatro discursos

Afinal, o que compõe essa estrutura que estabelece certas relações estáveis? Segundo Lacan, a estrutura é composta pela articulação de quatro elementos: S1 (significante mestre), S2 (saber), a (objeto a) e \$ (sujeito); em quatro lugares: agente, outro, produção e verdade.

A ordem dos elementos apresentados não varia, e o que caracteriza cada discurso – a saber, discurso do mestre, discurso da histérica, discurso do analista e discurso universitário – é o movimento em *quarto de giro progressivo ou regressivo* dos elementos nos lugares. Os lugares não se alteram e nem são intercambiáveis. Na figura abaixo, podemos ver como se dá a disposição dos lugares e a ordem dos vetores.

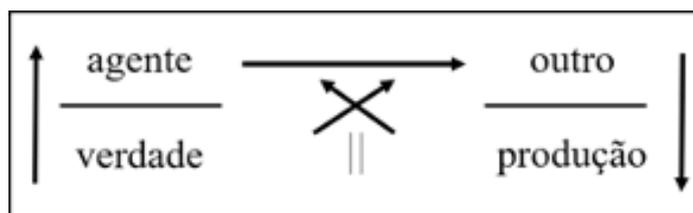


Figura 2 - Estrutura geral dos discursos

Faremos uma breve apresentação dos lugares, dos vetores e dos elementos:

(1) Lugares: O lugar superior à esquerda é o lugar dominante do discurso. O lugar do agente é aquele que determina a ação, no entanto, “a palavra dominante não implica a dominância no sentido de que essa dominância especificaria o discurso do mestre. Digamos que se pode dar [...] diferentes substâncias a essa dominância” (Lacan, [1969-1970] 1992), ou seja, a depender da disposição dos elementos, a função dominante será diferente em cada discurso. Acompanhando o sentido do vetor encontramos, no canto superior direito, o lugar do outro, ao qual o agente se dirige. Abaixo da barra do outro, se localiza o lugar da produção, ou seja, é o que o discurso produz. Finalmente, na quarta posição, encontra-se a verdade, essa, por sua vez, sustenta o agente do discurso, e é sempre parcial.

(2) Vetores: temos nessa estrutura um ordenamento de direção pelas setas, que indicam as relações entre cada posição. Se a seta indica que o agente se dirige ao outro, ela também assinala que há, nessa operação, uma impossibilidade entre o agente dominar completamente o outro, pois se encontra, na barra inferior, uma outra operação de impotência em que aquilo que se produz seja referido na verdade. O lugar da verdade é barrado. Como vimos no tópico anterior.

(3) Elementos: (S1) é o significante mestre, significante primeiro da cadeia. (S2) é o saber. (\$) sujeito dividido, marcado pela falta e (a) é o objeto a, na função mais-de-gozar, como vimos no tópico 3.2.

Na apresentação dos seus quatro discursos, Lacan irá partir do discurso inaugural do advento do sujeito do inconsciente: o discurso do mestre.

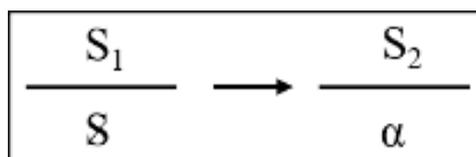


Figura 3 - Discurso do Mestre

Temos o significante-mestre (S1) como agente no discurso do mestre, e, como vimos, esse é o dominante no discurso. Na relação entre S1 e S2 há a impossibilidade, que nesse caso significa que o significante mestre não domina completamente o S2. Há um resto representado por *a*, por essa impossibilidade de corresponder completamente à demanda do agente: “isso significa que se governa, mas a produção não é idêntica à demanda do agente. Esta seria a referida *impossibilidade de governar* freudiana” (Dias, 2016 p.58). A impotência se dá na relação daquilo que foi produzido com a verdade do sujeito – barrado (\$).

É importante assinalar um outro ponto dessa operação, já que entre sujeito (\$) e objeto (*a*) há uma barreira. Eles não se encontram. Ora, o sujeito no lugar da verdade aponta para um mestre castrado, na medida em que aquilo que ele produz não corresponde inteiramente à sua verdade. Mas, mais do que isso. Quando Lacan dá ao discurso do mestre uma primazia, ele o faz porque esse discurso é o discurso de entrada na linguagem; é o discurso do inconsciente. Dessa operação de entrada na linguagem é que é possível pensar o discurso do mestre como fundante do inconsciente, afinal, é a partir da renúncia ao gozo pleno na alienação ao Outro que se instaura o objeto *a*, objeto da falta, que relança o sujeito de forma infinita, na causação de seu desejo. Esse desejo, como sabemos, não é passível de realização plena, porque o que se deseja é sempre desejo de outra coisa. A impossibilidade já está grafada no matema do discurso do mestre, pois entre o objeto e o sujeito dividido há o real.

A entrada na linguagem instala o sujeito abaixo da barra, configurando a fantasia (\$ $\Delta$ *a*). Esse é um ponto fundamental para esta pesquisa, já que o que aparece como uma das principais diferenças entre o discurso do mestre e o discurso capitalista é que no discurso capitalista o sujeito é ludibriado pela ideia de que é possível realizar o que é da ordem da fantasia, no sentido de foracluir a castração que instala a relação com o objeto *a*.

Lacan aborda o discurso do mestre em referência à dialética hegeliana do senhor e do escravo. Esse é o discurso do poder e da dominação. Do poder de dominação que o senhor impõe ao escravo. As operações acima expostas, podem ser colocadas nestes termos, como formuladas por Lacan em seu ensino de 1969-1970: O (S1) é o senhor, no lugar de agente, que

exige que o escravo, no lugar do outro, trabalhe em função de um saber (S2). Isso implica que nessa operação se produza um objeto ( $a$ ) que é oferecido ao senhor, como dirá Lacan: “É isto, em suma, não mais do que isto, que o senhor tinha que fazer o escravo pagar, como único possuidor dos meios do gozo” ([1969-1970] 1992, p. 75). Tendo o sujeito dividido (\$) no lugar da verdade, ou seja, abaixo da barra do senhor (S1), este o mascara como signo da castração. E é nisso que o trabalho imposto ao escravo fracassa: em oferecer uma produção que tivesse uma relação estrita com a verdade.

Partimos agora para o discurso da histérica, em um quarto de giro à frente do discurso do mestre:

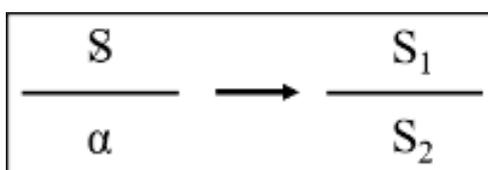


Figura 4 - Discurso da Histérica

A criação da psicanálise está intimamente ligada a esse discurso, pois, como sabemos, foi a partir da experiência de escutar as histéricas que Freud pôde trazer a psicanálise ao mundo. Tendo o (\$) no lugar do agente, a histérica se oferece ao mestre (S1) demandando que se produza um saber sobre seu sintoma, que, em verdade, quer gozar ( $a$ ) de si. O saber que retorna do outro, nunca responderá a esse gozo, afinal, o gozo está sob a barra, inconsciente.

Nesse ponto é que o discurso histérico vem destituir o mestre de seu lugar de saber, porém, o que busca é causar o seu desejo. O problema é que a histérica se oferece como sujeito dividido (não como objeto causa ( $a$ )), resultando dessa operação, a insatisfação. Se o mestre coloca o escravo para trabalhar, nesse caso, é o mestre que é colocado a trabalho. Nas palavras de Lacan ([1969-1970] 1992), o que a histérica quer é “um mestre sobre o qual ela reine. Ela reina e ele não governa.” (p. 122)

Isso se mostra de maneira clara no contexto do hospital. Por ser o discurso médico análogo ao discurso do mestre, o médico ocupa o lugar de agente (S1), na relação com o paciente, que busca produzir um saber (S2) sobre a doença (sintoma). Quando se depara com uma demanda vinda do outro – estando esse outro a ocupar a posição histérica –, o seu saber vacila. “É que a histérica ludibria o saber médico, colocando-o num impasse” (Moretto, 2005,

p. 66). Ora, a partir desse impasse, podemos assinalar duas respostas dadas pelo médico. Essas seriam: a) desqualificar a demanda; b) solicitar um psicanalista.

Referente ao primeiro ponto, pensamos que “é porque a histórica ameaça o médico em sua posição de sujeito que sabe e assegura o que é melhor para o doente, que ela é acusada de simular os sintomas.” (Moretto, 2005, p. 68). Ou seja, é no ponto do não-saber que alude à castração do médico que este oculta o que se posiciona abaixo da barra: sua posição enquanto sujeito dividido, que não quer saber sobre a impotência de seu saber.

A solicitação ao psicanalista não diz da relação do médico com a psicanálise, enquanto campo teórico, mas sim daquilo que um psicanalista em uma equipe consegue estabelecer de transferência de trabalho a partir do seu discurso. Isso quer dizer que, tanto o seu lugar, quanto o da psicanálise, não estão garantidos. É dos efeitos de suas intervenções em relação às demandas que estabelece o seu lugar na equipe (Moretto e Prizskulnik, 2014).

Vamos ao discurso do psicanalista:

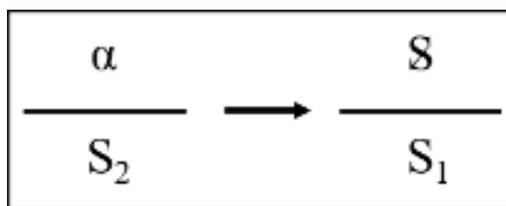


Figura 5 - Discurso do Psicanalista

Vemos no discurso do psicanalista que o objeto  $a$  se localiza no lugar dominante, “é o próprio objeto  $a$  que vem no lugar do mandamento. É como idêntico ao objeto  $a$ , quer dizer, a isso que se apresenta ao sujeito como a causa do desejo, que o analista se oferece” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 99). Quando se coloca na posição de objeto causa ( $a$ ), o analista produz no lugar do outro o sujeito ( $\$$ ), fazendo com que dessa operação o sujeito crie significantes mestres ( $S_1$ ) em relação à verdade ( $S_2$ ). Ora, esse é o único discurso que coloca o sujeito no lugar do Outro como produtor de seu saber.

Essa estrutura dos quatro discursos, nesse giro, demarca a posição ética do psicanalista, precisamente quando, no encontro com o outro, propicia que o sujeito possa ser causado em seu desejo. Desse modo, torna-se fundamental pensarmos, a partir desse discurso, na abordagem do sofrimento psíquico no hospital, uma vez que, ao acolher o sofrimento do outro, o

psicanalista permite que o sujeito possa produzir um saber sobre o que lhe acontece, incluindo-o lá onde, por vias dos outros discursos, poderia estar excluído. Observamos que, em um contexto no qual a saúde se estabelece como ideal fortemente marcado pelas concepções de bem-estar, qualidade de vida, felicidade, abre-se um mercado para atendê-la. Isso não é diferente do que acontece no hospital.

A importância da ética da psicanálise nesse contexto se refere ao fato de que o analista não tem a oferecer o bem, a felicidade. “O que o analista tem a dar [...] é o que tem. E o que ele tem nada mais é do que seu desejo, como o do analisando, com a diferença de que é um desejo prevenido” (Lacan, [1959-1960] 2008, p. 352). Esse desejo do analista é o desejo que não pode desejar o impossível. Veremos como o discurso capitalista forçou a castração e faz parecer que o impossível é possível, cabendo aos analistas a decisão de reintroduzir o que permite que algo do desejo possa advir. Por mais que tenhamos antecipado alguns pontos a respeito do discurso capitalista, é importante assinalar que o capítulo IV tem por objetivo aprofundar essa questão.

Por fim, o discurso universitário:

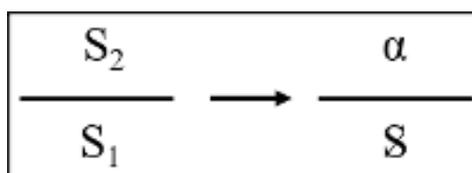


Figura 6 - Discurso Universitário

No discurso universitário o elemento dominante no laço com o Outro é o saber (S2), que se encontra posicionado no lugar de agente. Este coloca o outro no lugar de objeto ( $a$ ), referido por Lacan como a posição do estudante a serviço do que lhe é imposto como absoluto do saber. Do lado esquerdo da estrutura do discurso temos o saber (S2) apoiado no significante-mestre (S1), ou seja, sem sujeito. É o que refere Lacan (1969-1970 [1992]), quando diz que nesse discurso “não há necessidade de que ali haja alguém [...] o que permanece é o mandamento, imperativo categórico – *Continue a saber!*” (p. 111). Do lado direito temos, no lugar do outro, o objeto, que nesse caso não é tomado como causa, mas como dejetivo, como diz Checchia (2015, p. 310): “O estudante é assim um objeto que, diante do saber absoluto do professor, produz sua própria cisão subjetiva pela sua falta de saber”. Importante assinalar que Lacan dirá nesse

seminário que o discurso universitário é análogo ao discurso da ciência moderna; ou melhor, a ciência se alicerça no discurso universitário e trará consequências importantes para o que está em questão na formalização do discurso capitalista. É o que veremos a seguir.

## CAPÍTULO IV - O DISCURSO CAPITALISTA

A entrada da psicanálise nos hospitais é tributária, como vimos, da dificuldade da equipe de saúde e dos gestores de lidarem com o retorno da subjetividade, que fora excluída como efeito lógico da economia discursiva própria ao discurso médico – representante do discurso do mestre no contexto hospitalar. Hoje, no entanto, observamos que, além disso, o psicanalista que trabalha nesse cenário deve estar atento aos efeitos do discurso nomeado por Lacan de Discurso Capitalista, seja na vertente clínica, seja na vertente institucional de seu trabalho.

Este capítulo, portanto, tem por objetivo apresentar o discurso capitalista tal como foi formalizado por Lacan, para que, com isso, possamos articular seus efeitos ao que observamos no cotidiano hospitalar, naquilo que diz respeito não só às demandas dirigidas ao psicanalista, mas também às ofertas de tratamento feitas aos pacientes e funcionários.

### 4.1 A escrita do discurso capitalista

Como vimos, o discurso é, por definição, aquilo que por meio da linguagem articula o sujeito no campo do Outro e que se organiza a partir de quatro modalidades de laços sociais. No entanto, em 12 de maio de 1972, na conferência *Do Discurso do Psicanalista*<sup>11</sup>, Lacan apresenta, pela primeira vez, o matema de um novo discurso: o discurso capitalista. Desde o seminário 17 até essa conferência é possível acompanhar a forma como Lacan ([1969-1970] 1992 p. 188) vai introduzindo esse discurso no seu ensino: “alguma coisa mudou no discurso do mestre a partir de certo momento da história (...) a partir de certo dia, o mais-de-gozar se conta, se contabiliza, se totaliza”. Em 1971 (2009, p. 47), afirma que a partir de “uma coisinha de nada que gira e o discurso do mestre de vocês mostra-se tudo o que há de mais transformável no discurso do capitalista”, e que “em razão de um ínfimo deslizamento, que passou despercebido aos próprios interessados, tornou-se o discurso do capitalismo” ([1971-1972] 2011, p. 61).

---

<sup>11</sup> Utilizamos a tradução de Sandra Regina Felgueiras do texto em francês de Lacan J. Discours de Jacques Lacan à la Université de Milan le 12 mai 1972. In: *Lacan in Italia 1953-1978*. Milão: Salamandra, 1972, pp. 32-55.

Essa mudança, essa viradinha, esse ínfimo deslizamento, Lacan irá atribuir a uma mudança no estatuto do saber. Essa modificação do saber se deve à emergência e à dominação do discurso da ciência no mundo, dado que a ciência assume um lugar privilegiado na modernidade (ASKOFARÉ, 2005). Partimos do que Lacan ([1966] 1998) apresenta em *Ciência e Verdade* a respeito da exclusão fundamental do sujeito operada pela ciência e da relação da psicanálise com essa exclusão. Afinal, o sujeito excluído da ciência é o sujeito do qual a psicanálise se encarrega. No entanto, esse limite, essa fronteira que estabelece a relação epistemológica da psicanálise com a ciência, não é equivalente ao que ocorre na relação da ciência com o discurso capitalista. A conjunção entre ciência e capitalismo promove a abertura de um campo ilimitado decorrente do progresso técnico e “encontra na praticabilidade a abolição daquilo que já se exclui no fundamento da ciência” (Brunhari; Darriba, 2018, p. 3).

A ciência sofreu alterações ao longo do tempo; sobretudo no que concerne a sua aliança com o capitalismo. Askofaré (2005) refere que a ciência antes era considerada como *episteme*, sendo hoje transformada numa tecnociência. Isso quer dizer que a ciência contemporânea alcançou um aperfeiçoamento no âmbito específico da técnica e, com isso, tornou-se produtora de instrumentos que intervêm diretamente no campo da realidade, ou mesmo da ordem das coisas criadas pela tecnologia. O discurso universitário tem uma importância fundamental nesse processo, dado que sua formalização corresponde à conjunção do capitalismo com a ciência. Portanto, sua relevância “reside no decurso em que o saber é embutido ao discurso do capitalista que, por seu turno, o aplica como técnica no campo do ilimitado” (Brunhari; Darriba, 2018, p. 3). Assim, o saber veiculado no discurso universitário ocupa um lugar de objeto no discurso capitalista.

Segundo Checchia (2015), o discurso capitalista, cujo princípio é o de invadir todas as esferas da vida para extrair delas a mais-valia, percebeu que o saber também pode ser transformado em uma mercadoria, ou seja, o discurso capitalista criou um mercado para o saber. Nesse sentido, Lacan aponta que há uma mudança *astuciosa* do mestre para o discurso capitalista, pois o binário ciência-capitalismo opera como se o gozo não deixasse restos no corpo e houvesse a possibilidade da relação sexual. “Eles [os objetos] fariam a suplência à ausência da relação sexual” (Lacan, [1974] 2011, p. 20).

Para avançarmos, faremos uma análise do matema do discurso capitalista a partir de quatro pontos fundamentais que demarcam diferenças estruturais em relação aos outros quatro discursos: 1) Há uma mudança na orientação dos vetores; 2) os elementos não se ordenam da mesma maneira; 3) não há a barra colocada entre o lugar da produção e da verdade; e, 4) há

uma particularidade na relação entre saber (S2) e objeto ( $a$ ). É o que podemos observar nesta figura:

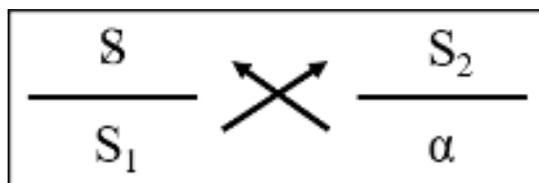


Figura 7 - Discurso Capitalista

(1) Podemos notar que esse discurso não procede dos movimentos de progressão e regressão dos quatro discursos – que é o que ocorre na passagem de *um quarto de giro* de um discurso a outro. O discurso capitalista não só não procede desses movimentos, como também institui um modo de circulação inédita entre os elementos. (1.1) Diferente da circulação aberta dos outros quatro discursos, que possibilita as passagens entre as diferentes modalidades de laço social, o discurso capitalista estabelece uma circulação fechada: agente, verdade, outro, produção, agente. Fato é que uma das vias de pensar o “enfrentamento” desse discurso é através da possibilidade de introduzir um ponto de basta (limite) que permita a rearticulação entre os elementos em uma circulação aberta, como ocorre nos quatro discursos. (1.2) Outra observação em relação a esse ponto é que se há uma circulação fechada, não se pode mais, a rigor, determinar o elemento que comanda, afinal, perde-se de vista *quem* ordena a operação: o sujeito autônomo? O significante-mestre do capital? Os ideais totalizadores? Os objetos?...

(2) Há uma mutação na ordem dos elementos que decorre da inversão entre o significante-mestre (S1) e o sujeito dividido (\$), tornando esse discurso uma nova versão do discurso do mestre. Dunker (2019) interroga se Lacan, na formulação desse novo discurso, não estaria sensível às mudanças da economia, em termos de passagem do liberalismo ao neoliberalismo. Até porque, para o autor, “a hipótese imediata que o nome desta operação de inversão entre o significante-mestre e o sujeito, bem poderia ser 'personalidade'” (p. 124) – termo cooptado em função dos modos de estabelecer o biopoder no neoliberalismo.

(3) O discurso capitalista não comporta em sua estrutura rupturas e nem descontinuidades. Lacan designa, em referência aos quatro discursos, que aquilo que se impõe entre o gozo e a verdade é da ordem de um hiato, de uma radical diferença. No entanto, no discurso capitalista não há hiato (Soler, 2011). Temos, portanto, duas distinções primordiais desse discurso: (3.1) A *Verwerfung*, como rejeição da castração (LACAN, [1971-1972] 2011), em termos de pretender extirpar o real da estrutura. (3.2) E, o fato de que esse discurso, paradoxalmente, não faz laço social. Isso quer dizer que todos os outros discursos escrevem um laço com um outro, seja entre; o mestre e o escravo, o sujeito histórico e quem vem a encarnar o significante-mestre; os que detêm o saber e aqueles que são objetos a serem formados pelo saber; o analista e o analisante (Soler, 2011). Ora, o discurso capitalista estabelece o seu laço com o objeto. Objeto tal apresentado no quarto ponto.

(4) O estatuto do objeto *a*, agora fetichizado como objeto mercadoria, decorre do saber tecnocientífico. Ou seja, esse objeto *a*, produto da tecnociência, é colocado como causa do desejo do sujeito. Com isso, o objeto passa a ter domínio do sujeito ao provocar o seu desejo. Se o objeto *a* é o que figura o real do gozo, na dinâmica de perda e recuperação decorrente da inscrição do significante na cadeia, agora ele passa a governar o sujeito a partir do momento em que o ilude na recuperação de seu gozo perdido, não mais enquanto fragmento. Em referência ao terceiro ponto, portanto, “esse discurso procura sempre dar consistência à ilusão de que há relação sexual, de que há o objeto que pode trazer pleno prazer e plena felicidade” (Checchia, 2015 p. 293).

## 4.2 Discurso capitalista no hospital geral

A partir do que foi apresentado, iremos, agora, articular as propriedades do discurso capitalista com o que, para nós, se configura como desafios para o trabalho do psicanalista no hospital. Empreendemos o esforço de extrair os desdobramentos dessas propriedades como modo de fundamentar a análise do que estamos chamando de desafios. Entendemos que a política do discurso capitalista promove um arranjo particular dos modos de funcionamento institucionais como também subjetivos. Nossa análise será apresentada a partir de quatro eixos: 1) **Indivíduo eficaz e gestão**: vamos nos servir da inversão entre o significante mestre e o sujeito na passagem do discurso do mestre ao capitalista, como modo de situar a mutação do

sujeito ao indivíduo. Esse indivíduo autônomo e eficaz possui uma íntima relação com ideologias neoliberais, sobretudo, de autogestão. 2) **Medicalização:** a propriedade do objeto *a* será articulada à função psiquiatra no tecido social, sobretudo como racionalidade médica que estabelece um campo de ofertas correspondente aos ideais do indivíduo autônomo. 3) **Supereu:** o que emerge do modo como o campo da saúde mental está configurado, é, ao nosso ver, uma operação particular do supereu – isto é, fomentado pelos ideais de saúde, de ajustamento social e normativas de conduta, o supereu tem uma função propulsora no discurso capitalista. E, por fim, no eixo 4) **temporalidade lógica:** mostramos que a ausência de ruptura no discurso promove uma mutação da temporalidade lógica: *nonstop!* Ao nosso ver, esse eixo impõe desafios para a clínica do sujeito, afinal, quando não há intervalo, há sujeito?

#### 4.2.1 *Indivíduo eficaz e gestão*

O sujeito (\$) no lugar do agente é o elemento dominante no discurso capitalista. No entanto, esse mesmo sujeito, na lógica própria desse discurso, acaba por ser, ao mesmo tempo, dominado. O sujeito é incitado pelo significante-mestre, que se encontra no lugar da verdade, a responder aos imperativos de autorrealização. Para tal, encontra nos *gadgets*, objetos mais-de-gozar, a possibilidade dessa correspondência, produzindo uma acoplagem ao objeto como modo de se pretender completo. A acoplagem do sujeito-objeto sem o impossível, marcado pela barra na escrita dos quatro discursos, é o que permite o que seria da ordem da fantasia (\$^a) ser pensada em termos reais.

Nesse sentido, como afirma Alemán (2014, p. 34): “o gozo tampona ou obtura a divisão do sujeito, tornando-o um 'indivíduo’” (apud Brunhari; Darriba, 2018, p.3). Esse indivíduo, segundo o autor, “se converte ou em um empreendedor de si, em um empresário de sua própria vida ou em um devedor, capturado em uma rede sem saída” (Ibid.). Ou seja, essa montagem discursiva nos permite compreender um paradigma de subjetivação normativo que, ao abolir a divisão do sujeito, incita o indivíduo a buscar nos objetos recursos de autogestão. Essa autogestão pode ser pensada em termos de autorregulação, ou seja, como modo de reparar ou aperfeiçoar o humano tendo como referência o inumano; no caso, as máquinas/tecnologias. O que há de perspicaz nessa montagem é que isso falha, e porque falha é possível identificar a quantidade de objetos-produtos criados na tentativa de oferecer consistência para essa posição

ludibriada. Estabelece-se, portanto, um ciclo em que o resto é o que retroalimenta o próprio circuito.

Nesse sentido é que interrogamos as ofertas, enquanto condutas, no campo hospitalar, no que diz respeito à experiência de mal-estar e ao sofrimento psíquico. Há uma via que tende a reforçar essa engrenagem pela oferta de terapias ou remédios, e outra via que entendemos favorecer uma *desacoplagem*. Essa outra via, nada mais é do que a contribuição do psicanalista nesse contexto; uma contribuição ética enquanto aposta na possibilidade de incluir um espaço (um intervalo) para que o sujeito possa advir. Entendemos que o saber-fazer com o sofrimento psíquico – saber-fazer que não prescinde da mobilização de saber da práxis clínica – impõe-se como um desafio em um contexto que reduz os meios à finalidade dos imperativos de eficácia, já que “o saber é hoje totalmente submisso à gestão” (Brousse, 2007, p. 2); uma gestão que mobiliza o saber em termos de produtividade, preconizado pelo discurso capitalista.

Assim, como já trabalhado no capítulo I desta dissertação, percebemos que tanto as práticas assistenciais como as que dizem respeito à gestão parecem ser tonalizadas pela lógica do *gerencialismo*, que almeja a promoção de eficácia e eficiência dos processos, denegando o impossível da realização plena.

Ora, no discurso do mestre há um resto que se precipita da relação entre senhor e escravo e que impossibilita uma equivalência entre o produto desse discurso e a verdade que o sustenta. Dizendo de outro modo, o que o matema do discurso do mestre nos mostra de forma didática é o fato de ser impossível ao objeto *a*, em sua função mais-de-gozar, suturar a divisão do sujeito, ou seja, a verdade que suporta esse discurso. Por outro lado, como aponta Dunker (2019, p. 120), na passagem do mestre ao capitalista “o objeto *a* torna-se acessível diretamente ao sujeito (sem a mediação do significante), a alienação torna-se intransponível e a verdade deixa de ser um lugar abrigado”. Para o autor, essa tríade de asserções, por sua vez, define o discurso capitalista como uma ilusão de suturação da falta por meio de objetos, que tem como efeito a perpetuação do gozo mortífero.

Portanto, aos que estão subjugados a essa lógica, resta o esgotamento, que se manifesta seja pelos quadros de depressão grave e tentativas de suicídio cada vez mais presentes nos leitos dos hospitais, seja pelo alto índice de absenteísmo e afastamento dos funcionários por quadros de CID-F e, em última instância, pelas tentativas de suicídio que, muitas vezes, se dão, como *acting out*, no próprio local de trabalho. Diante desse cenário – que deixa a equipe impotente ante o sofrimento dos pacientes e a gestão apreensiva pelos prejuízos trazidos ao hospital –, a

gestão de si se coloca cada vez mais como uma alternativa encontrada pelas empresas para tratar tal problema.

Um paradoxo! Afinal, parte-se do pressuposto de que somos gestores da nossa própria vida, na qual os restos, ou o mal-estar correspondente à divisão subjetiva, não deveriam existir. Do ponto de vista assistencial, as intervenções psicológicas ancoradas na psicologia positiva, ou práticas terapêuticas que convergem com a concepção organicista da psiquiatria descritiva – desarticulando os sintomas dos sujeitos –, ganham cada vez mais espaço. No âmbito da gestão, crescem as práticas de *mindfulness*, de programas de gestão das emoções, e o incentivo para o cuidado de si como forma de descontextualizar as dificuldades que decorrem do campo do trabalho. É evidente que as dificuldades não se referem estritamente ao trabalho, sustentando uma ideia de que haja um contexto laboral ideal. No entanto, a individualização dos problemas parece ilustrar o enfraquecimento político do sintoma, dado que o sintoma se torna um intempestivo desvio a ser eliminado.

Não à toa, o Serviço de Psicologia Ocupacional tem ganhado importância no que tange às expectativas dos gestores hospitalares de resolver os problemas de afastamentos ou de *imposturas* dos funcionários no ambiente de trabalho. É evidente a importância desse serviço, não como instrumento que vise garantir a produtividade e nem para promover uma prática ortopédica frente às dificuldades reconhecidas pelos gestores a respeito de seus funcionários – estas seriam, na verdade, o campo de expectativas por parte do hospital no qual o psicanalista deve, em contraponto, estabelecer uma práxis que se coadune com a ética do sujeito em psicanálise. Trata-se, portanto, de reconhecer o potencial subversivo do psicanalista nesse campo. A aposta é a de que o encontro com o psicanalista possa contribuir para uma desalienação do sujeito à instituição, o que permite que o sujeito possa decidir sobre a sua posição nesse contexto. Chamamos de conduta ética uma posição que opera, portanto, na contramão de proposições que se orientam a partir da ilusão da abolição da divisão do sujeito.

Outro modo de articular o trabalho do psicanalista com os desafios impostos por um discurso que preconize a individualidade, competitividade e eficiência é reconhecer o seu papel em outros lugares do hospital, mesmo que aparentemente inférteis para o trabalho do psicanalista. Por exemplo, no Setor da Qualidade. Ao localizarmos uma estrutura discursiva que favorece uma aceleração dos processos, para a promoção de excedente de tarefas, expropriações do sujeito em prol dos números, ao mesmo tempo em que a resposta para as dificuldades advindas dessas situações se estabelece pela via dos objetos que poderiam suprir os impasses, perguntamo-nos: Por que que a intervenção do psicanalista nesse contexto não

pode ser considerada um indicador de qualidade assistencial? Trazemos uma situação de uma intervenção clínico-institucional que nos permite apostar no trabalho do psicanalista, sobretudo frente às demandas de gestão, reconhecendo que a supressão do tempo-espaco comum do trabalho em equipe acarreta uma série de dificuldades que podem ser faladas (simbolizadas) nesse próprio campo.

Segue o relato da situação:

A partir da percepção de dificuldades relacionais entre membros de equipe de um setor do hospital, o psicanalista oferece um dispositivo de intervenção no modelo de grupo *psicoeducativo*. É importante frisar que o termo *psicoeducativo* é utilizado como estratégia de saber-fazer com os significantes institucionais, com o intuito de favorecer uma maior adesão do corpo clínico. Tratando-se de uma proposta de um psicanalista, é evidente que o objetivo do grupo não era o de educar, mas sim o de promover uma mobilização de saber sobre os conflitos decorrentes do trabalho e/ou das relações laborais, a partir da criação de um espaço de compartilhamento de experiências e dificuldades.

A intervenção foi dividida em quatro encontros. Observou-se nos dois primeiros encontros que os participantes de ambos os grupos demonstraram, em sua maioria, grande preocupação com aprimoramento profissional e segurança do paciente. Essa característica, portanto, faz com que tenham capacidade crítica elevada e, com isso, levantaram questionamentos sobre: a efetividade dos fluxos e processos institucionais; a validade de algumas situações definidas como emergências; a possibilidade de realização de um trabalho interdisciplinar. Esses três pontos, por sua vez, encontram-se intrinsecamente relacionados, uma vez que a percepção da impossibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar – no qual o papel de cada profissional seja reconhecido e valorizado – impede que falhas de fluxos, por exemplo, sejam relatadas, uma vez que a hierarquização das relações passa ser percebida de forma ameaçadora e não como algo que possibilita a melhor organização do serviço. Atrelado a isso, ante a dificuldade de diálogo, nem sempre fica clara para a equipe assistencial a justificativa clínica para a priorização de alguns tratamentos em detrimento de outros, o que faz com que sentimentos de desvalorização, impotência, desmotivação e insegurança sejam precipitados. Entretanto, ao final do terceiro encontro, foi observado que a intervenção obteve um *efeito-grupo*.

Ou seja, os participantes passaram a se perceber como membros de um grupo que, em si, torna-se um espaço seguro, com força expressiva e propositiva para: utilizarem os próprios dispositivos institucionais, tais como o *round*, como uma via para exporem suas preocupações

e questionamentos, objetivando melhoria de fluxos e processos, e para proporem, em grupo, conversas com as gerências, com vistas à melhoria das condições de trabalho, naquilo que diz respeito ao relacionamento com aqueles que, na equipe, ocupam posições hierarquicamente superiores.

Partindo do pressuposto de que a comunicação em saúde é um dos pilares que alicerçam a experiência e a segurança do paciente, espaços que potencializam o diálogo e a troca de experiências relativas ao trabalho, tais como reuniões clínicas, podem promover a integração da equipe e a realização de um trabalho não apenas multiprofissional, mas interdisciplinar. Essa estratégia pode vir a minimizar a sensação de desvalorização, insegurança e impotência, sentimentos esses que, durante os encontros, permearam a fala de grande parte dos integrantes dos grupos.

Importante considerar que, muitas vezes, esses sentimentos acabam se intensificando e o diagnóstico psiquiátrico acaba se tornando uma via de nomear o mal-estar que muitas vezes decorre do que acaba sendo suprimido pelos espaços de troca no trabalho. Frente a esse relato de intervenção em grupo no hospital, podemos pensar o quanto uma proposta que se proponha a abrir um espaço para o tempo de compreender entre-vários membros da equipe, pode favorecer a apropriação do profissional diante do seu trabalho, de sua implicação na relação com o outro e, mais ainda, de simbolizar um campo de relação que parece elidido pelo excedente de trabalho.

O retorno do que não se elabora, pode, muitas vezes, criar impasses e problemas na relação do profissional com o cuidado ao paciente, na relação com os colegas, e também do profissional consigo mesmo. Se, por um lado, parece que há uma resistência do hospital a tais propostas por conta da dinâmica intensa de trabalho nesse contexto; por outro lado, é importante frisar que muitas das situações que parecem problemáticas para os gestores do hospital parecem suscitar, em alguma medida, falta de comunicação e estratégias de gestão, quando não se reconhece que o corpo clínico é composto, sobretudo, por sujeitos falantes. Eis o que entendemos como forma de contribuição do psicanalista na gestão: promover espaços de fala e de reconhecimento dos problemas, a partir de um lugar que acolha as falhas e os desencontros, mobilizando uma experiência de saber em torno do que é comum, mas também do impossível. Entendemos que essa posição favorece para um arrefecimento do supereu institucional, permitindo novos posicionamentos do sujeito no trabalho. Tomamos como orientação de trabalho o que afirma Laurent (2011b):

O psicanalista de hoje tem que se haver com as demandas institucionais e faz com isso tal como faz com o supereu, o supereu da civilização. Trata-se de descompletá-lo, inconsisti-lo, indecidi-lo, indemonstrá-lo. [...]. O psicanalista tenta estar ali tanto sob a figura do mais-um, quanto sob aqueles do menos-um ou do êxtimo. (n.p)

#### **4.2.2 Medicalização**

No capítulo II, vimos que está em curso um processo de mercantilização do sofrimento psíquico, fruto da capitalização do saber sobre o mal-estar, que acaba por tornar a experiência do sofrimento ainda mais refratária à singularidade, visto que “a singularidade do sujeito desaparece por trás do critério normativo de cura, que se baseia na estatística e nos protocolos” (Cruz; Ferrari, 2011, p. 163). Isso quer dizer que, no discurso capitalista, o sujeito performa sua autonomia aos modos de pretender consumir enquanto, na verdade, é ele que é consumido pelos objetos reguladores. Entendemos que as estratégias normativas pela via das tecnologias de gestão em saúde, sejam elas os dispositivos terapêuticos ou as estratégias de medicalização, estão cada vez mais infiltradas no repertório social.

A rejeição da experiência de mal-estar, subsidiada pelos ideais de felicidade do indivíduo autônomo e eficaz, encontra artifícios nas técnicas oferecidas pelo mercado de saber tecnocientífico. Ou seja, a captura da experiência de mal-estar pelo mercado do sofrimento psíquico ilustra os efeitos do casamento da ciência com o capitalismo e os desdobramentos do par problema-solução. A psiquiatria descritiva figura um papel importante nesse cenário. Segundo Quinet (2006), o discurso capitalista “condiciona desde o diagnóstico até o tratamento para restituir à medicação seu justo valor paliativo e não resolutivo do sofrimento mental” (p. 38). Independente da aceção do termo resolutivo, o que nos interessa apresentar é o modo como o discurso opera sua autorregulação em termos do par demanda-tratamento.

Podemos pensar no caso paradigmático da depressão: o discurso capitalista, ao mesmo tempo em que produz o deprimido em decorrência do sentimento de fracasso frente aos ideais imperativos, ele o reabsorve na oferta de fármacos. Portanto, se consideramos a invariável condição do sujeito dividido, ao nosso ver, esses modos que se impõem ao tratamento em saúde mental acabam por reforçar o problema, dado que não promovem a abertura de um campo que interroge o que está em questão. Importante demarcar que não se trata de rejeitar o campo da saúde mental, reduzindo-o a esse contexto. Entendemos que o que está em questão é a colonização desse campo pela psiquiatria descritiva e o seu modo de instituir uma racionalidade

frente ao sofrimento psíquico. Podemos pensar a psicanálise no campo da saúde mental, como possibilidade de instituir uma via que comporta a dimensão do sujeito e uma conduta ética frente às demandas, que muitas vezes não se reduzem aos processos neuroquímicos, incluindo, sobretudo, uma articulação em termos de saúde coletiva. No entanto, articulamos o procedimento de medicalização ao discurso capitalista como modo de interrogar os modos de cuidado hegemônicos na atualidade. Não à toa, a pesquisa nasce de uma interrogação sobre os casos que chegam ao hospital e que denunciam o limite do ilimitado (empuxo ao gozo), quando algo se *curto-circuita* e é difícil precisar onde se inicia, e pior... onde irá acabar. A contribuição da psicanálise nesse contexto nos parece corresponder à possibilidade de instituir um corte no paradigma do problema-solução, ampliando o campo de interpretação para o que se configura como demanda do sujeito frente ao seu sofrimento psíquico.

#### 4.2.3 *Supereu*

Diferente do discurso do mestre – que inscreve a castração do sujeito no lugar de sua verdade –, essa verdade disjunta do saber mobiliza o tratamento do gozo em vias de saber fazer com essa falta. A ausência da barra entre produção e verdade, no discurso capitalista, promove a intensificação do empuxo ao gozo. Essa articulação se dá no modo como o supereu engendra seus imperativos em vias de negar a castração estrutural do sujeito.

Vamos retomar o que trabalhamos no capítulo III: a inscrição do sujeito no campo do Outro produz o objeto *a* como perda, e também como recuperação de gozo. É a própria linguagem que produz a perda como castração para além do complexo de Édipo. Se não estamos mais no Édipo, como pensar a instância do supereu nesse momento do ensino de Lacan? Miller ([1989-1990] 2000) no *Banquete dos analistas* apresenta um esquema do circuito do supereu e que se estabelece na relação entre supereu, pulsões e objeto *a*. O esquema apresentado por Miller designa a operação do supereu sob as pulsões e o *objeto a* em um circuito sem saída. Segundo o autor, o supereu exige às pulsões a renúncia de satisfações pelo gozo suplementar do objeto *a*, passando a se alimentar ele próprio desse gozo. Cada renúncia, portanto, produz uma nova renúncia, não havendo “nenhum obstáculo neste circuito fechado. O gozo, ao qual se renuncia, retorna sobre o supereu, exigindo mais renúncias” (Tendlarz, 2005). Miller ([1989-1990] 2000) indica que os discursos de Lacan impõem modos de rearticular o esquema do

circuito do supereu, pois a barra que institui o impossível faz obstáculo a esse circuito. No entanto, não é o que ocorre no discurso capitalista. Segundo Tendlarz (2005):

No discurso do capitalista temos este circuito proposto por Miller, circuito que, no discurso do mestre, é freado, porque há esta barreira que separa o \$ (sujeito) e o objeto *a*, objeto suplementar de gozo. No discurso capitalista, tal barreira dupla desaparece. Primeiro porque a verdade do sujeito do consumo (\$) é o senhor que ordena que se trabalhe para produzir mais-valia, e esta mais-valia, que é o objeto *a*, impele a consumir. Neste discurso este circuito não tem nenhuma barreira. O discurso capitalista é um empuxo ao consumo, ao gozo. (n.p)

Nesse sentido, a articulação dos ideais e do supereu se estabelece de forma muito favorável. O supereu no discurso capitalista é *desenfreado* e acaba por vociferar ao sujeito que este deva, em função dos ideais de satisfação, gozar a todo instante. A acoplagem entre sujeito-objeto, portanto, é propulsionado pelo supereu do discurso capitalista.

Traremos agora a leitura de uma situação clínico-institucional que ilustra os efeitos de um ideal que tenta excluir a dimensão do impossível, inerente a toda experiência humana no laço social, e os efeitos disso para a equipe na assistência ao paciente.

Durante uma aula no curso de aprimoramento em psicologia hospitalar sobre aleitamento materno, a enfermeira e coordenadora do grupo GAAM (Grupo de Apoio ao Aleitamento Materno) da maternidade marca a importância da equipe multiprofissional para a “*desconstrução*” de alguns imperativos que teriam efeitos iatrogênicos no cuidado ao paciente. A esse respeito, conta da sua experiência de trinta anos na assistência hospitalar e que, sem se preocupar em precisar a sua análise, diz que é notável um “*crescimento exponencial*” de “*um monstro que estamos criando embaixo da cama*”. O argumento era relativo a uma descontinuidade entre o avanço de tecnologias e conhecimento científico, tão importantes para aprimorar o alcance das intervenções na saúde, e a criação de ideais vendidos como produtos que deveriam ser de acesso a todos. Essa descontinuidade, veremos, traz, segundo essa enfermeira, desafios éticos na assistência aos pacientes.

Assim, relata que assistiu, nos últimos anos, a um aumento de exigências na produção de “*fortes indicadores*” (relativo a resultados e números) e um enfraquecimento de uma abordagem que considera “*quem a gente atende*”, ou seja, o caso a caso. Com essas exigências, o tempo do cuidado é suprimido, e a disponibilidade de acolher as demandas mais específicas é inviabilizada.

O problema central, segundo a coordenadora, portanto, são os ideais “*vendidos*” e, cada vez mais frequentes, que atravessam o campo hospitalar. Exemplos abordados por ela: *a*

*cesárea agendada como possibilidade de construir uma experiência sem intercorrências, sem imprevistos, o ideal do parto humanizado a qualquer custo, e a consultoria da amamentação como forma de garantias, sobretudo ao que se refere ao ideal de ser mãe.* Portanto, o cálculo do cuidado que estaria entre as condições clínicas viáveis e o desejo do paciente parece se perder, quando tudo é possível para todos, uma vez que pode ser vendido.

O parto humanizado, por exemplo, vem como resposta aos problemas decorrentes de uma generalização da cesárea agendada nos EUA. No entanto, o para-todos humanizado vem mostrando efeitos críticos à saúde das mulheres e dos bebês, quando é realizado sem critérios clínicos. Quando se refere ao campo da amamentação, considerando, segundo ela, que esse processo é “*psicofisiológico*”, essa experiência não poderia ser preestabelecida, pois se trata de um fenômeno complexo que inclui a história e o lugar da maternidade na vida de cada família. Como consequência, segundo ela, testemunham-se “*discursos de culpa*”, “*de insucesso*” e “*de fracasso*”.

Assim, quando a coordenadora diz do “*crescimento exponencial de um monstro que estamos criando embaixo da cama*”, podemos nos reportar ao que Lacan ([1972] 1978) pronunciou em Milão a respeito do discurso capitalista: “o discurso capitalista é o que não poderia andar melhor, mas justamente, anda rápido demais, se consome, se consome tão bem que se consuma...” (p. 48). O que está em questão na fala da coordenadora é o potencial de tornar a saúde um produto, modificando a matriz de um conhecimento técnico em prol de outros interesses da ordem dos ideais contemporâneos, no ponto em que, hoje, há um a-mais a ser tratado na relação com os imperativos de gozo que, ao buscar suprimir a dimensão do mal-estar, pode acabar por se tornar um a-mais-de-sofrimento.

#### **4.2.4 Mutação da temporalidade lógica**

Já pontuamos que o fracasso da forclusão da castração contribui, paradoxalmente, para a propulsão ilimitada do circuito fechado do discurso. Ou seja, o relançamento do objeto mais-de-gozar é uma forma de retroalimentar o funcionamento do sistema discursivo, no qual o deslizamento metonímico dos múltiplos objetos de consumo captura o sujeito enquanto promessa de realização. Segundo Freire e Malcher (2016, p. 80), “Esse fechamento em si mesmo, com um funcionamento circular, sem corte, é o que leva Lacan a afirmar que é por seu sucesso que uma

crise se instala, estando o que de mais astucioso já se produziu como discurso”. Há a perspectiva de que esse funcionamento esteja fadado ao fracasso, afinal, “[...] isso não tem como andar melhor, mas justamente isso anda rápido demais, isso se consome, isso se consome tão bem que isso se consuma” (Lacan, [1972]1978, p. 48). Essa temporalidade sem escansão, que é ilustrada de forma inédita nos vetores do matema do discurso capitalista em relação aos outros quatro discursos, corrobora, ao nosso ver, duas situações: 1) de esgotamento e de 2) supressão do espaço intervalar que promove a emergência do sujeito.

Essas situações se impõem como desafios eminentemente clínicos, afinal, figuram uma relação íntima com o gozo, ao mesmo tempo em que parecem minar a possibilidade de tratá-lo a partir de outras modalidades de laço social. A esse respeito – de minar a possibilidade de instituir outros modos de laço social –, podemos introduzir um outro aspecto desse discurso: o desenlace. Freud já enunciava que o que faz laço é Eros, é a libido. Não é exatamente isso que o discurso capitalista deixa de fora? Nas palavras de Lacan ([1971-1972] 2011, p. 88): “todo discurso aparentado com o capitalismo deixa de lado o que chamaremos, simplesmente, de coisas do amor.”

Frente a isso, Soler (2016, p. 7) afirma que “a experiência principal em nossas sociedades é atualmente o desenlace, ou a ameaça de desenlace”, e que, certamente, esse desenlace caracteriza o próprio discurso de nossa civilização. Lacan ([1967] 2003), em a *Proposição de 9 de outubro de 1967*, atribuiu ao lugar da ciência no mundo as consequências dos remanejamentos dos grupos sociais, sobretudo, por conta da universalização que ela introduz. É importante considerar a seguinte afirmação de Lacan: “nosso futuro de mercado comum encontrará seu equilíbrio numa extensão cada vez mais duro dos processos de segregação” (2003, p. 361). Pois, nessa afirmação, Lacan irá apresentar o que ocorre no discurso capitalista.

Os efeitos de segregação decorrem da forma como o discurso capitalista dissolve a estrutura fantasmática do objeto em função do gozo que se pretende extrair, não mais do objeto causa de desejo, mas do objeto mais-de-gozar da ciência. Nessa nova conjuntura, temos “novos imperativos de sucesso, de consumo, de gozo; de novas possibilidade de remanejamento da vida cotidiana pelos objetos da técnica (gadgets) [...] é o indivíduo que, a partir daí, é o resíduo último da fragmentação dos laços sociais” (Soler, 2016, p. 12). Finalmente, diante desse contexto, que se consolida a partir do casamento da ciência com o capitalismo, a autora conclui: “fabricam o universal fácil, mas não fabricam o laço. Eros é aqui mais rechaçado que

convocado: associar-se aos seus mais-de-gozar industrializados não é o mesmo que se associar ao seu semelhante” (p. 16).

Ora, para encerrarmos esse tópico, é preciso que fiquemos com uma interrogação: Se os objetos tecnológicos visam recobrir o real da castração, entende-se que a experiência do amor e da morte (representantes últimos da castração) estariam, de algum modo, atravessadas por esse discurso. No hospital, o que parece estar a todo tempo assombrando quem ali se encontra é a possibilidade de morte decorrente do processo de adoecimento. Não teríamos desafios para pensar a clínica no hospital frente à ideia de que, de algum modo, é possível contornar a castração? E que as circunstâncias de adoecimento seriam superáveis? Qual o limite das abordagens técnicas? Me parece que a clínica de cuidados paliativos vem responder ao que está sendo aqui colocado em questão.

#### **4.2.5 Alta performance, não uma performance-total: efeitos de um trabalho**

Por fim, gostaríamos de apresentar uma situação que elucida o que está em causa na aposta do psicanalista no hospital, sobretudo no que diz respeito à sua contribuição na vertente clínica, mas também institucional. Em um evento proposto na vertente de Ensino e Pesquisa convidado um médico gestor da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para expor sua perspectiva a respeito do funcionamento dessa unidade, naquilo que ele designou como um “time de alta performance”. O significante ‘de alta performance’ encontrou, na sua exposição, outros significados relevantes para pensarmos alguns efeitos de inserção do psicanalista dentro da lógica institucional. Interrogado por um participante sobre a contribuição da psicologia nesse time, o médico se serviu de seu tempo para expor as mudanças, a partir da sua experiência, do seu entendimento a respeito desse tema.

No começo de sua carreira diz que não sabia ao certo o que a psicologia fazia, diagnostica como um *déficit na formação médica* muito condizente, não com o trabalho conjunto da psicologia para o tratamento dos pacientes no âmbito hospitalar, mas, mais do que isso, da ausência do espaço na formação para tematizar a subjetividade, *sobretudo a nossa*. Em um outro momento, tendo trabalhado mais com equipes multiprofissionais, diz que o entendimento, presente ainda hoje para muitos médicos, era a concepção de que a psicologia estaria *em campo* para mediar conflitos, *situações de que o médico não quer saber ou não quer*

*perder o seu tempo para estabilizar.* Porém, ao se servir de alguns exemplos do cotidiano, ele diz que hoje entende que a psicologia *não está no jogo para neutralizar o campo*, mas sim para contribuir com um reposicionamento do médico e da equipe diante das situações que parecem incontornáveis (para além da técnica), mas que são de responsabilidade de todos.

O resto, o singular, são reintroduzidos em um modo único de cuidar do caso, tensionando o saber universal através de uma transmissão não de um outro saber (do especialista), mas de uma outra relação com o saber – não sem a sua falha. A alta performance, nesse caso, seria o engajamento da equipe em torno do paciente, e a estratégia desse gestor é construir espaços coletivos e diários de discussões entre equipes. O que é interessante dessa fala é que podemos localizar que há um processo de recusa do mal-estar subjetivo: no primeiro momento, do próprio médico, e no segundo momento, em relação ao paciente. A inserção do analista pode favorecer uma relação diante do caso que não seja pela via do rechaço subjetivo, mas, sim, incluindo esse impossível inerente à condição do sujeito dividido, como forma de contribuir para o reposicionamento da equipe em relação ao paciente, como também para os seus limites que, quando não reconhecidos, retornam nas formas mais severas de fracasso para a equipe de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: O psicanalista frente aos três tempos do discurso capitalista no hospital**

Neste trabalho, partimos da análise do lugar do psicanalista no campo da saúde com o intuito de precisar o potencial de contribuição da psicanálise para as diretrizes de cuidado no campo hospitalar. Tendo em vista que a saúde assume um lugar enquanto significante-mestre na atualidade, compreendemos que o modo como ela se encontra articulada aos ideais normativos de bem-estar promove uma série de situações que julgamos problemáticas no tocante à ética do sujeito em psicanálise.

Esperamos ter destacado de que forma a noção de bem-estar, tal como é difundida no tecido social, promove uma rejeição da experiência de mal-estar e, em decorrência disso, nutre um mercado de ofertas de produtos com a pretensão de remediar tal experiência, mesmo que o que acabe ocorrendo seja, a nosso ver, sua própria manutenção. E isso acontece como se a dimensão do mal-estar estivesse na contramão do que se espera em termos de autorrealização promovida pela ideia de sermos indivíduos autônomos, segundo a qual o nosso valor é medido por parâmetros de maximização de performance social. Nesse ponto é que empreendemos o trabalho de articular a saúde mental com a lógica gerencialista, de maneira a deixar evidente o modo de gestão de si como racionalidade preeminente desse campo.

O modo como a psiquiatria estabelece a sua prática, parece-nos equivalente ao que subjaz aos imperativos no contexto do neoliberalismo. Como foi apresentado, a abordagem descritiva do DSM invoca uma razão científica e médica. Os modelos de intervenção que se orientam pelo diagnóstico médico são condicionados ao apagamento do sujeito em favor de uma busca por sinais objetivos, o que reconfigura o campo da psiquiatria descritiva na extirpação da influência da psicanálise para a compreensão dos quadros psicopatológicos, a partir dos anos 1980.

A legitimidade da prática da psiquiatria é, portanto, tributária do lugar da ciência na nossa sociedade, aliando seu método aos métodos baseados em evidência do campo da medicina em geral. Essa abordagem parece responder particularmente bem aos imperativos de uma racionalidade de gestão, centrada mais na gestão de comportamentos socialmente problemáticos do que na compreensão do seu significado para um sujeito singular. Do ponto de vista gerencial, a lógica do sistema incorporado pelo DSM promove a redução dos indivíduos

às variáveis mensuráveis, estabelecendo respostas baseadas em protocolos, e esse gerenciamento que acaba por dificultar uma prática que se serve, exclusivamente, do caso a caso. Nesse sentido, o que norteou o desenvolvimento deste trabalho foi a questão: quais seriam os desafios para a atuação do psicanalista no hospital quando o discurso capitalista parece operar na sua relação com a lógica *gerencialista*?

Para rastrear ponto a ponto esses desafios, servimo-nos da formulação de Jacques Lacan a respeito do discurso capitalista como modo de elucidar o que está em questão. A abolição da divisão subjetiva nos pareceu o eixo fundamental para compreender a problemática, ao mesmo tempo em que apresenta o que de fato está em causa no trabalho do psicanalista no hospital. Afinal, no hospital, o que identificamos como o sofrimento psíquico parece decorrer desse contexto, tanto nos modos de sofrimento que aparecem nos profissionais de saúde – inseridos em uma lógica de trabalho tonalizada pelos excessos em termos de produtividade e eficiência –, como nos casos dos pacientes que apontam para o sentimento de fracasso em torno da experiência de adoecimento. Além disso, frente a essa mesma lógica, há também os casos que se manifestam nas formas de adoecer daqueles que buscam no hospital uma via de restituir sua saúde.

Entendemos que não se trata de o psicanalista promover uma transformação de uma lógica que se encontra já estabelecida, dado que não está na alçada do psicanalista tal proposta. No entanto, ao localizarmos que a forma de responder ao sofrimento psíquico é análoga ao que, de certa forma, o produz, compreendemos que a contribuição do psicanalista nesse contexto se deve ao fato de que ele pode instituir uma nova modalidade de resposta. Tal modalidade de resposta não é outra coisa senão uma nova modalidade de laço social que possa reorientar o sujeito diante da sua posição nesse contexto.

A investigação das propriedades do discurso capitalista, realizada nesta pesquisa, alcançou uma formalização, do que, em um primeiro momento, aparecia como questão para a pesquisadora. Uma vez delineada a pergunta a respeito do modo como a demanda é compreendida e como tal respondida no hospital, pareceu-nos importante interrogar o que estava velado em termos de discurso, mas que permanecia, ao mesmo tempo, operante. Com isso, com a finalidade de exprimir uma fórmula do que encontramos nesta pesquisa, chegamos a um entendimento de que o discurso capitalista parece operar em três tempos.

Em três tempos significa que: 1) há um discurso e, enquanto discurso, comporta uma produção, objeto *a* na função mais-de-gozar. 2) Essa produção é reintroduzida no discurso, já que o discurso capitalista é o único discurso que relança a produção ao agente, estabelecendo

um circuito fechado. O impossível do discurso – representado pela barra colocada por Lacan entre a produção e a verdade – não se inscreve, ao mesmo tempo que, por ser uma condição inerente à linguagem, não deixa de se inscrever. Portanto, o discurso capitalista se pretende suficiente a partir da própria condição de autorregulação econômica: o mais-de-gozar se torna um operador da relação sujeito-objeto, ocasionando uma alienação do sujeito ao próprio gozo. E esse retorno da produção para o agente, sem ponto de basta, é o que contribui para a sua manutenção, sua agilidade e *astucidade*. Sustentamos que essa operação pode ser pensada em termos de sofrimento psíquico: de uma estrutura discursiva que se serve do mal-estar, para, paradoxalmente, oferecer vias que efetuem sua manutenção às custas da intensificação, em série, do sofrimento psíquico. 3) O terceiro tempo é a relação com a pulsão de morte. É em termos de *consumação* destinada ao *colapso* que Lacan reforça o quão *insustentável* é esse discurso. Não oferece suporte ao desejo, ao laço, e por isso, para nós, apresenta-se como um problema quando pensamos sua operatividade em termos de cuidado no hospital.

Frente a essa montagem em três tempos, entendemos que a psicanálise, enquanto discurso, ao interromper o circuito em questão no discurso capitalista, pode oferecer um outro destino para o sujeito. Isso se dá através da leitura do seu matema discursivo. Como vimos, o discurso do psicanalista tem no lugar dominante o objeto *a*, o que significa que “se apresenta ao sujeito como a causa do desejo” (Lacan, [1969-1970] 1992, p. 99). Isso quer dizer que quando se coloca na posição de objeto causa (*a*), o analista produz no lugar do outro o sujeito (\$), fazendo com que dessa operação o sujeito produza significantes mestres (S1) em relação ao saber (S2) não todo sobre sua verdade. Há também, na leitura desse matema, o que se apresenta como impossibilidade e impotência. O impossível se dá como o impossível do sujeito de se curar de seu gozo. E a impotência se refere ao fato de que os significantes-mestres (S1) produzidos não dão conta da verdade do sujeito.

Essa montagem discursiva comporta uma série de consequências importantes, que iremos elucidar a partir de quatro pontos, tomando o trabalho de Brousse (2007) como orientação para essa análise.

(1) É fundamental destacar que, quando o psicanalista assume o lugar de agente como objeto *a*, isso quer dizer que conta com o real impossível, colocando-o em posição privilegiada. Se o discurso capitalista é o discurso que rejeita a dimensão do real, podemos então concluir que o discurso do psicanalista tem uma função essencial de instituir o que parece foracluído desse discurso, a saber, o real como meio de o sujeito estabelecer sua relação, sobretudo, com o seu desejo.

(2) Quando o psicanalista faz surgir no campo do Outro o sujeito dividido, esse discurso sustenta a dimensão do sujeito não como o eu unificado, mas como efeito da operação significante-goza. Por isso que a única crença do psicanalista não é a de que é possível curar, mas sim a de que mobilizar a produção de saber é a via na qual o sujeito pode estabelecer uma relação possível com o seu gozo. Isso o adverte de uma série de imposturas referentes às orientações de manuais a respeito da forma como cada um deveria ser e/ou agir.

(3) O fato de qualificarmos as orientações como imposturas já evidencia que, por parte da psicanálise, não é possível pensar em uma orientação para o sujeito que comporte algo de sua verdade – pelo menos quando não é construído pelo próprio sujeito. Ou seja, não há um Outro que detém sua verdade, como também esse Outro não corresponde a sua demanda. No hospital é preciso inconsistir esse Outro, tal como se apresenta: ora como regulador, ora como aquele que detém a fórmula para o bem-estar do sujeito. Tomar o sujeito como dividido é o mesmo que tomar a dimensão do Outro como inconsistente, como vimos no capítulo III desta dissertação.

(4) O saber no discurso do psicanalista precisa ser pensado em função da produção evocada pelo encontro com a palavra. Ou seja, trata-se de um saber textual e não técnico, como é o caso do saber no discurso do capitalista. Ou seja, não há Outro que referencia o saber sobre o sujeito, ao mesmo tempo em que não há objeto que dê conta de suprimir o que está em causa na verdade de sua divisão subjetiva. É preciso elevar o saber à dignidade de “saber-fazer com” o sintoma de cada um e não de o extirpar.

Com isso, é preciso que o psicanalista promova a possibilidade de o sujeito saber-fazer com o seu sintoma, mas também, enquanto psicanalista no hospital, é preciso que não se descarte a necessidade de que ele próprio encontre um modo de saber-fazer com os regulamentos institucionais, de modo a sustentar o seu ato para além deles. Ou melhor, de modo a sustentar o seu ato no sentido radical de uma subversão, tal como nos transmite Lacan ([1969-1970] 1992).

Por fim, dado que esse foi o início das inquietações que permitiram colocar em causa essa pesquisa, entendemos que o hospital hoje pode ser considerado como um destino do mal-estar, no sentido de que, frente a lógica do discurso capitalista na sociedade, os modos de sofrer e de adoecer acabam por responder, em alguma medida, ao modo como o sujeito se encontra no laço social. Reiteramos que cabe ao psicanalista, na vertente clínica, poder oferecer um destino melhor aos sujeitos. E ainda insistir no fato de que, para o psicanalista que ocupa um lugar de gestão, é preciso poder operar a partir de um lugar que contribua para uma

desmontagem do circuito penoso do discurso capitalista, para evitar, como vimos nas trilhas deste percurso, o que pode levar ao pior.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, A. A. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 2004.
- Alberti, S. Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. *Rev. SBPH*, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 6-18, jun. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000200002&lng=es&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200002&lng=es&nrm=iso)
- Aléman, J. *Em la fronteira – sujeto y capitalismo*. Conversaciones com María Victória Gimbel. Barcelona: Gedisa, 2014.
- Askofaré, S. A contribuição ética da psicanálise ao mundo da globalização: apoiar-se no sintoma. *Analytica*, São João del-Rey, v.4 n.6 p. 7-27. 2015.
- Barreto, F.P. Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. *Opção Lacaniana* online. Ano 5, n. 13. 2014.
- Batista, A. L.B; Netto, M. V. R. F.; Moretto, M. L. T. *A construção de caso clínico com equipe multidisciplinar*. Psicologia na oncologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.
- Bezerra Jr, B. O normal e o patológico: uma discussão atual. In: Souza e Pitanguy (orgs.) *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- \_\_\_\_\_. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In: Freire Filho, João (org.). *Ser feliz hoje*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2010.
- Birman, J; Costa, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: Amarante, Paulo (Org.) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 41-72. 1994.
- Birman, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2020.
- Bousseyroux, M. Práticas do impossível e teoria dos discursos. *A PESTE: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*, São Paulo. V. 4 n.1 p.101-112. 2012.
- Brodsky, G. A eficácia da psicanálise. *Opção Lacaniana* nº 41, p. 68-87. 2004.
- Brousse, M.-H. Em direção a uma nova clínica psicanalítica. *Latusa digital*, 30, 1-9., 2007a.
- Brousse, M.-H. Três pontos de ancoragem. In: Miller, J., Matet, J.-D. (orgs.). *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano* (pp. 22-26). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007b.
- Brunhari, M. V.; Darriba, V. A. O discurso do capitalista e os efeitos de segregação: uma prática. *Psicologia em Estudo*, v. 23, 9 ago. 2018.

Calazans, R.; Matozinho, C. *Pandemia e Neoliberalismo: A melancolia contra o novo normal*. Mórula Ed. 2021.

Caponi, S. As classificações psiquiátricas e a herança mórbida. *Sci. Stud.* 9 (1) 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100003>

Cartelle, J. P. *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez Ediciones, 2010.

Cartuyvels, Y. Transformations dans la santé mentale : entre la science et le sujet. *Criminologie*, 48(1), 15–35. 2015 Disponível em: <https://doi.org/10.7202/1029346ar>

Checchia, M. *Sobre a política na obra e na clínica de Jacques Lacan*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2012.

Checchia, M. *Poder e política na clínica psicanalítica*. São Paulo: Anablume, 2015.

Coelho, R. S. Poder e violência no discurso capitalista. *Ver. Assoc. Psicanal.* Porto Alegre, n. 41-42, p. 194-202, 2012.

Corbanezi, E. *Saúde mental, depressão e capitalismo*. São Paulo: UNESP. 2021.

Costa, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

Cruz, A. D. G.; Ferrari, I. F. A psicanálise aplicada ao sintoma: uma resposta ética aos impasses enfrentados pelos psicanalistas na atualidade. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 157-169, 2011. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652011000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652011000100010&lng=pt&nrm=iso)

Dias, B. *O discurso do analista pode implicar alguma forma de resistência ao discurso capitalista?* Sobre a dimensão política da psicanálise freudo-lacaniana. Doutorado no Programa de Psicologia Social, PUC-SP. 2016.

Domiciano, J.F.G.M.S. *O mito e sua estrutura: contribuições da antropologia lévi-straussiana para a formalização da clínica psicanalítica*. Universidade de São Paulo. 2014.

Dunker, C. I. L. Formas de apresentação do sofrimento psíquico: alguns tipos clínicos no Brasil contemporâneo. *Rev. Mal-Estar e Subj.* Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 94-111, mar. 2004. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482004000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482004000100005&lng=pt&nrm=iso).

Dunker, C. I. L. Subjetivações e gestão dos riscos na atualidade: reflexões a partir do DSM-5. *Rev. Epos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 181-190, jun. 2014. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2014000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100010&lng=pt&nrm=iso).

Dunker, C. I. L. *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. 1. Ed. São Paulo: Boitempo. 2015.

Dunker, C. I. L. O discurso do capitalista: espectros de Marx em Milão. *Teoria y critica de la psicologia* 13, 108-130. 2019. Disponível em: <http://www.teocripsi.com/ojs/>

Ehrenberg, A.; Lovell, A.M. Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie?, pp. 2-20 In: A. Ehrenberg and A.M. Lovell (eds). *La Maladie Mentale en mutation, psychiatrie et société*. Paris: Odile Jacob. 2001.

Ehrenberg, A. *La Fatigue d'Être Soi: Dépression et Société*. Paris: Odile Jacob. 1998.

Ehrenberg, A. Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Espirit*. Maio 133-156, 2004.

Ehrenberg, A. La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 17-41. 2005 Disponível em: <https://doi.org/10.7202/1002458ar>

Ehrenberg, A. O sujeito cerebral. *Psicol. clin.*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 187-213 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652009000100013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652009000100013&lng=pt&nrm=iso)>.

Elia, L. Psicanálise e política: da mais-valia ao mais-de-gozar. *Psicanálise & Barroca em revista* | Edição Especial: Psicanálise e Política: versões e reversões do mundo e do imundo. V. 17, n. 02. 2019.

Foucault, M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, p. 99-111. 2009.

Freire Filho, J. *Ser feliz hoje*. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2010.

Freud, S. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna (1908). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Freud, S. Totem e Tabu (1913). In. *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. A pulsão e seus destinos (1915) In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. Além do princípio do prazer (1920) In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. Psicologia das massas e análise do eu (1921). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. O ego e o Id (1923). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Freud, S. O mal-estar na civilização (1929). In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

Freud, S. Análise terminável e interminável (1937) In: *Edição Standard Brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1996.

Furedi, F. *Therapy culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age*. Londres: Routledge, 2004.

Gaulejac, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Tradução de Ivo Storniolo. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2007.

Lacan, J. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada (1945). In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998

Lacan, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 238-324. 1998

Lacan, J. *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. (1953-1954) Tradução de Betty Milan – 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

Lacan, J. A ciência e a verdade (1966a). In: *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 869-892. 1998.

Lacan, J. Do sujeito enfim em questão (1966b). In: *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 229-237. 1998.

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

Lacan, J. *O seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. (1959-1960). Tradução de Antônio uinet. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2008.

Lacan, J. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964). Tradução de M. D. Magno. 2 ed. Rio de Janeiro. Jorge Zahar, 1998.

Lacan, J. Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In J. Lacan. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 249-264.

Lacan, J. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro* (1968-1969). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2008

Lacan, J. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* (1969-1970). Tradução de Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1992.

Lacan, J. *O seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. (1971). Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

Lacan, J. *Estou falando com as paredes: conversas na Capela de Sainte-Anne (1971-1972)* – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

Lacan, J. *O seminário, livro 20: mais, ainda (1972-1973)*. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Tradução de M. D. Magno. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

Lacan, J. Radiofonia (1970). In. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. p. 400-447. 2003

Lacan, J. (1972/2017). *Do discurso psicanalítico*: conferência de Lacan em Milão. 12 de maio de 1972. Inédito. Tradução de Sandra Regina Felgueiras. Lacan em PDF, 25 jul. 2017. Disponível em: <<http://lacanempdf.blogspot.com.br/2017/07/do-discurso-psicanalitico-conferencia.html>>. Acesso em: 14 out. 2017.

Lacan, J. A terceira (1974) *Opção Lacaniana*, São Paulo, Eolia, n.62, p.11-34, 2011.

Laureano, P, S; Chaves, W.C. Elevar a Coisa à dignidade dos objetos: a política de Lacan entre a proibição e o impossível. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 330-350, dez. 2014.

Laurent, É. *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana*. Belo Horizonte. Scriptum Livros, 2011a.

Laurent, É. Ato e Instituição. *Almanaque Online*. 2011b. Disponível em: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/08/textos/laurent.pdf>

Laurent, É. *O avesso da biopolítica. Uma escrita para o gozo*. Tradução de Sérgio Laia. Rio de Janeiro: Contracapa, 2016.

Lima, A.S. E Souza, M. R. S. O pai da horda e o supereu: de um prenúncio da instância. *Psicologia USP*, 27(3), 420-428, 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-656420150131>.

Lima, R. C. Razão diagnóstica, medicalização e bioidentidade. In: Fuad Kyrillos Neto (org.), *Saúde mental e psicanálise: lógica diagnóstica e novos sintomas*. Barbacena: Eduemg, 2011.

Lopes, R.G; Santos, T.C. *Psicanálise, ciência e discurso*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2013.

Miller, J-A. *El banquete de los analistas (1989-1990)*. Buenos Aires: Paidós, 2000.

Miller, J-A. *Uma fantasia*. Conferência de Jacques-Alain Miller em Comandatuba. IV Congresso AMP. 2004. Disponível em: <http://2012.congresoamp.com/pt/template.php?file=Textos/Conferencia-de-Jacques-Alain-Miller-en-Comandatuba.html>

Miller, J-A. *El outro que no existe y sus comités de ética (2005)*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Paidós 2018.

Moretto, M. L. T. *O que pode um analista no hospital?* 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

Moretto, M. L. T. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. Tese de doutorado - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2006.

Moretto, M. L. T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde* – 1. Ed. São Paulo: Zagodoni, 2019.

Moretto, M. L. T.; Prizskulnik, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanal.*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, dez. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&nrm=iso)

Netto, M. V. R. F. *Um psicanalista no hospital geral: possibilidades e limites de atuação*. Dissertação (Mestrado em Psicanálise). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

OMS. *Expert Committee on Mental Health* – report on the second session. Geneva, 11-16 Sep. 1950; April 1951. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37982/1/WHO\\_TRS\\_31.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37982/1/WHO_TRS_31.pdf?ua=1).

Pacheco Filho, R. A. A praga do capitalismo e a peste da psicanálise. *A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p-143-164, jan/jun. 2009.

Quinet, A. *Psicose e laço social: esquizofrenia, paranóia e melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

Quinet, A. *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 2012.

Rasslan, Z.; Sanvito, W.L. Os paradoxos da medicina contemporânea. Ponto de vista. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 58 (6) dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000600002>

Recalcati, M. A questão preliminar na época do Outro que não existe. *Latusa Digital*, n. 7, ano 1, julho de 2004. Disponível em: [http://www.latusa.com.br/pdf\\_latusa\\_digital\\_7\\_a2.pdf](http://www.latusa.com.br/pdf_latusa_digital_7_a2.pdf)

Ribeiro, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.

Rosa, B.P.G, D.; Winograd, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicol. Soc.* 23 (spe). 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>

Rose, N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo, Paulus. 2013.

Safatle, V.; Da Silva Jr, N.; Dunker, C.I.L. A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: SAFATLE, V;

JÚNIOR, N. da S; DUNKER, C. (Org.). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. São Paulo: Autêntica, 2020.

Salum, M. (2012). A insistência da pulsão e o ideal de bem-estar. *Almanaque On-line* n. 10. Disponível em <https://www.institutopsicanalise-mg.com.br/index.php/a-insistencia-da-pulsao-e-o-ideal-de-bem-estar>

Saracci, R. The world Health Organization needs to reconsider its definition of health. *BMJ*, v. 314, p.1409-10, May 1997.

Silveira, P. D. A impossibilidade e a impotência nos discursos. *Tempo Freudiano*. 2013. Disponível em: <http://www.tempofreudiano.com.br/index.php/a-impossibilidade-e-a-impotencia-nos-discursos/>.

Soler, C. O Discurso Capitalista. *Revista de Psicanálise Stylus*, n. 22, p. pp. 55-67, 6 jun. 2011.

Soler, C. *Lacan, o inconsciente reinventado*. Tradução de Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Cia. de Freud, 2012.

Soler, C. **O que faz laço?** Tradução: Elisabeth Saporiti. São Paulo: Escuta, 2016.

Tarrab, M. *A época e o Tonel das Danaides*. Conferência de abertura do I Encontro da Rede Toxicomania e Alcoolismo (TyA) Brasil realizado em Belo Horizonte/ MG cujo título foi “Adicções, corpo, violência: o que está em jogo hoje?”. 2015 Disponível em: [http://pharmakondigital.com/a-epoca-e-o-tonel-das-danaides1/#\\_ftnref1](http://pharmakondigital.com/a-epoca-e-o-tonel-das-danaides1/#_ftnref1)

Tendlarz, S. E. As incidências na clínica das versões do nome-do-pai (III). *Isepol* n 4 (2) 2005.

Vieira, M. A. A saúde para todos, não sem a loucura de cada um. *Correio* v.I. n.I – São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise n.67, 2010.

Zizek, S. You May. *London Review of Books*, v. 21, n. 6, p. 3-6, 1999. Disponível em: <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v21/n06/slavoj-zizek/you-may!>