

A presença do analista no Hospital Geral e o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva

The presence of the analyst in General Hospital and the handling of transference in subjective urgency

Glauco Batista¹

Guilherme Massara Rocha²

Pós-Graduação em Psicologia, FAFICH, UFMG

RESUMO

Preende-se articular os conceitos de urgência subjetiva e transferência como forma de dar lugar à criatividade e cumplicidade do analista para que ele possa sustentar o espaço necessário para a subjetividade emergir na instituição hospitalar. O método usado foi a revisão bibliográfica e o estudo de caso. Concluímos que o analista se “capacita” para ocupar uma determinada posição e realizar uma escuta na urgência principalmente a partir de sua própria análise.

Palavras-chave: Psicanálise, Urgência subjetiva, Transferência, Hospital geral, Presença do analista.

ABSTRACT

This article articulates the concepts of subjective urgency and transfer so as to give rise to creativity and complicity of the analyst so that it can sustain the necessary space for subjectivity emerge in the hospital. The method used was the literature review and case study. We conclude that the analyst "trains" to occupy a certain position and perform a listen on the urgency mainly from its own analysis.

Keywords: Subjective urgency, Transference, General Hospital, Presence of the analyst.

¹ Aluno do Mestrado em Psicologia, Estudos Psicanalíticos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FAFICH, UFMG. Email: glaucobatista@gmail.com

² Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, FAFICH, UFMG. Email: massaragr@gmail.com

Apoio financeiro: CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) - Demanda Social

Introdução

No Seminário 11, Lacan (1985[1964]) utilizou o termo “presença do analista” para colocar o psicanalista no campo de uma função, ampliando a sua presença para além da presença física, firmando que se trata de uma presença simbólica que testemunha e viabiliza a presentificação do inconsciente do sujeito. Por isso mesmo, a presença do analista é de fundamental importância para o estabelecimento de um vínculo que possa atestar o valor do conceito de transferência. Essa presença é peculiar, pois não é uma presença como outra qualquer, mas deve ser incluída no conceito de inconsciente. “Ele justifica a manutenção, no interior da análise, de uma posição conflitual, necessária à existência mesma da análise” (Lacan, 1985[1964], p.123). Essa posição do analista pode engendrar algumas dificuldades na condução dos casos e este é o paradoxo do conceito de transferência: ela pode facilitar ou ser o maior entrave na direção do tratamento: “a transferência é a atualização da realidade do inconsciente” (Lacan, p.139 e 142).

O analista é este ouvinte privilegiado que convida o analisando a falar o que lhe vier à cabeça, sem consideração pelas conveniências, conduzindo-o para a aplicação da regra da análise formulada por Freud: a associação livre. Neste convite, a presença do analista procura assegurar ao analisando que tomar a palavra não será em vão, que algo se associará e algum saber será elaborado. A situação analítica traz embutida, contudo, uma ilusão do analisando de que este saber – o saber sobre o inconsciente – de alguma forma está localizado no analista. É a própria transferência que está colocada. Entretanto, Lacan (1995[1960-61]) enfatiza a disparidade de posições na situação analítica mostrando, a partir de Sócrates, que ao manter o enigma do seu desejo, colocando entre parênteses seu desejo pessoal, o analista permite que a função do desejo possa se manifestar.

Com relação à práxis da psicanálise no hospital geral, em trabalhos de pesquisa recentes (Moretto, 2006; Carvalho, 2008; Melo, 2009; Carvalho, 2011; Simões, 2011) e a partir da experiência de prática clínica, fica cada vez mais claro que o profissional “psi” é chamado a intervir em situações onde há impasses. São momentos em que a dimensão subjetiva – que permanece fora da determinação a que visa o saber médico – irrompe no hospital geral. “Pode-se afirmar que é por

haver um descompasso, um desacordo entre médico, paciente e analista sobre o sentido a ser dado ao traumatismo, ou sobre a possibilidade de recobrir o real desvelado nas situações de urgência (médica e subjetiva), que a atuação do analista se faz necessária” (Carvalho, 2008, p.18).

Mesmo havendo diferenças radicais entre psicanálise e ciência, para Lacan a ciência não é o ponto ideal como é para Freud, “nem tampouco é exterior ao campo psicanalítico. Ele inverte a perspectiva ao afirmar que a ciência moderna mantém com a psicanálise relação de estruturação interna” (Lima, 2002, p.297). Sabemos com Milner (1996) que sem nos apoiarmos nas concepções introduzidas no pensamento moderno pela ciência não temos como pensar a experiência da psicanálise e a concepção de sujeito sobre a qual ela se sustenta. Como o próprio Lacan nos diz, “o sujeito sobre quem operamos em psicanálise só pode ser o sujeito da ciência” (Lacan, [1965-66]1998, p.873).

Nessa discussão é importante levar em conta também que num movimento crescente de “exercício protocolar da biopolítica no discurso médico” (Rocha, 2007), a medicina baseada em evidências associada a um apagamento progressivo da figura do clínico tem colocado cada vez mais a medicina no campo da tecnociência, inserindo uma lógica de ordem que não comporta a dimensão da subjetividade e que diversos autores nomeiam como “ordem médica” ou “discurso médico”.

Dentro dessa lógica, observa-se que a demanda endereçada ao psicanalista no hospital é a de “especialista da subjetividade”, localizando-o como um *mais-de-poder* da medicina, aquele que opera num campo onde o médico não alcança. Por não estar incluído no discurso médico, esse algo da subjetividade que “resta” e “insiste” põe a trabalhar profissionais de todas as áreas da saúde e causa com frequência um grande incômodo nos profissionais de saúde, justamente por revelar que há algo que o discurso médico não contempla e, portanto, a ele não responde. É esse o lugar que o psicanalista é convocado a ocupar. A demanda das equipes de saúde é quase sempre a de resolver “urgentemente” e sem recursos, mas de forma absolutamente eficiente, o “problema”, que é localizado sempre neste algo da subjetividade que escapa ao saber médico. Essas demandas colocam, com

frequência, os profissionais diante de suas próprias urgências, incluindo aí o psicanalista.

Como vemos com frequência em programas de qualidade e gestão hospitalar, o que se demanda dos profissionais é que desempenhem suas tarefas de forma eficiente. Do ponto de vista da gestão da qualidade, ser eficiente consiste em alcançar a eficácia – atingir o resultado planejado – com o menor recurso possível. Na contramão desse discurso, a psicanálise vai oferecer seus efeitos: diante dessa demanda colocada pelas equipes de saúde, o analista oferece sua presença “consistente” – embora vazia de significação – que tem como efeito um espaço para emergir o sujeito através da representação na fala e inscrição simbólica daquilo que está fora da linguagem. É a partir deste lugar que o psicanalista vai operar, e por ser um lugar “incerto”, carece de indagações sobre os efeitos dessa presença e formalização constante acerca da sua práxis.

Com relação ao tema Urgência Subjetiva, Decat de Moura (2000) já aponta sua importância em seu livro *Psicanálise e Hospital*, publicado pela primeira vez em 1996: “precisar os alcances da transferência quando se trata de uma instituição hospitalar e de situações de urgência, refletindo sobre como produzir efeitos de ordem analítica em condições não analíticas” (Decat de Moura, 2000, p.13).

Além das questões apontadas, no hospital estamos diante de “acontecimentos que quebram paradigmas” (Decat de Moura, 2007), em que o desamparo e a finitude estão colocadas de forma explícita diante de nós. Uma dessas situações é a do Sr. João (nome fictício), que se internou para realizar uma intervenção cirúrgica simples, com baixíssimo risco, que ele programou para uma data especial. No dia seguinte, quando estava de alta, sua família foi comunicada e, quando estava a caminho do hospital, Sr. João morreu subitamente, por uma causa que não tinha relação alguma com o motivo da sua internação e não tinha como ser detectada previamente em exames. Diante da cena da família numerosa e alegre que chega ao hospital trazendo balões e faixas de “parabéns”, a equipe médica e de enfermagem convoca a psicologia para acompanhar a comunicação da notícia de morte.

São situações como esta, permeadas pelas questões já enumeradas, que lidamos na práxis no hospital geral, e é a partir desses impasses que o imperativo da formalização teórica se coloca. Embora seja de extrema complexidade e a princípio o campo da possibilidade não se apresente com muita clareza, encontramos em colegas orientados pela psicanálise lacaniana uma direção clara no sentido de ir em frente. Moretto (2002), sustentada pelo aforismo de Lacan ([1957-1958]1998): “Não recuem diante da psicose” afirma: “Não recuem diante do hospital” (Moretto, 2002, p.20). Sobre isso Decat de Moura também nos diz:

Não recuar é a direção da clínica lacaniana; e para saber os limites e possibilidades de uma práxis, para considerar as saídas possíveis para o sujeito em questão, é necessário estar lá. É importante ressaltar o discurso corrente, ‘a maré’ que questiona, já afirmando, sobre a impossibilidade da práxis do psicanalista em um hospital geral. Esse discurso, subvertido pelo desejo de analista e pela formalização dos efeitos de sua intervenção, tem aberto espaço até mesmo para o surgimento de outras questões que, por sua vez, subvertem o modo de pensar a psicanálise e sua transmissão (Decat de Moura, 2007).

Precisemos melhor este imperativo. Não se trata aqui de uma postura rígida, de travar uma “guerra” com os pacientes, equipe ou mesmo com a instituição hospitalar, numa leitura extremada do aforismo de Lacan. Certamente se faz necessário, em situações específicas, um certo recuo: diante de um traumatismo ainda impossível de ser abordado, ou de um momento de recolhimento íntimo do paciente com a família, ou mesmo de um cálculo – fundamental para o analista na instituição – de até onde convocar o discurso do sujeito fora do setting analítico. Nesses casos, para dizer como Lacan, o recuo não é uma estratégia – uma vez que a estratégia é não recuar – mas eventualmente uma tática, uma condição para avanços vindouros. Trata-se aqui, acima de tudo, do sentido colocado por Freud: seguiremos adiante com o seu exemplo de “coragem vigorosa” em não recuar diante da transferência. Ou seja, não recuar aqui trata-se de não excluir ou instituir uma distância, mas sim trabalhá-la, incluí-la para que possa ser manejada.

Em diversos momentos da prática clínica no Hospital Geral podemos nos interrogar acerca do que é depositado no psicanalista, que é colocado em muitas

das situações rapidamente neste lugar de detentor de um saber específico sobre a subjetividade. Conforme Decat de Moura (2000), “o ‘estar de plantão’ na UTI veicula ao psicanalista no hospital um suposto saber sobre a morte e deste lugar que ele é chamado a intervir” (Decat de Moura, 2000, p.7). Podemos afirmar que algo da transferência se instala com mais rapidez em situações de urgência, não só pelas condições em que o sujeito se apresenta nessas horas como também pelo próprio lugar que é dado ao profissional “psi” nas equipes de saúde.

Entretanto, é necessário advertir que a transferência não é um fenômeno exclusivo da relação analítica – como Freud já apontava desde o início de suas descobertas – o que há de inovação aqui é “somente” o seu manejo específico. No hospital geral testemunhamos em diversos casos o estabelecimento de um vínculo transferencial com colegas de outras abordagens na psicologia ou mesmo de profissionais de outras áreas.

Pretende-se, neste artigo, a partir das contribuições acerca do conceito de transferência formuladas por Freud e Lacan, realizar uma articulação com a temática da urgência subjetiva. Para tanto, nosso objetivo é apresentar a clínica e seus impasses para, a partir daí, pensar como se dá este vínculo transferencial e seus efeitos no hospital com base na presença do analista em situação de urgência subjetiva, trazendo a cumplicidade do analista aberta à surpresa como forma de sustentar um espaço para a subjetividade na instituição hospitalar.

A presença do analista e a transferência na urgência

Partindo do caso de Paula (nome fictício), cuja solicitação de avaliação e acompanhamento foi encaminhada durante um plantão no hospital (Batista, 2010). O médico solicitante relata que Paula havia perdido um filho há cerca de um ano, estava novamente grávida e o bebê estava “com o mesmo problema”, diagnosticado há poucas horas e já com o parto agendado para a manhã seguinte. Ele diz ainda que ela está chorando muito, está desorientada e que não tem mais o que fazer. Devido à urgência do tempo necessário colocado pelo médico para o “controle do desespero”, foi agendado um horário com Paula no mesmo dia. Neste atendimento,

ela diz que seu primeiro filho nasceu prematuro, ficou internado na UTI Pediátrica e, já com a alta programada, “teve um problema” e morreu subitamente. Desde então, quando ela e o marido são visitados por gestantes ou pessoas com bebês e crianças fica “o maior clima” em casa depois. Um “clima” que, em suas palavras, não permitiu que ela desmanchasse o quarto do bebê até hoje, pois não teve coragem. Está tudo como estava quando ele ia ter alta – ela diz. Quando questionada sobre os motivos que a levaram a engravidar novamente, ela diz não ter consultado o marido, foi uma decisão somente dela, para ver se “resolvia o problema”. Conta com o apoio do marido, embora saiba que ele não concorda com a ideia. Mas o meu “problema” mesmo é a UTI, quando penso que meu bebê vai pra lá de novo, entro em pânico – diz ela.

Diante de tantas questões importantes, de tantos “problemas” – que neste momento estão localizados na UTI –, da urgência do tempo cronológico colocada pela equipe e agora pela paciente, o que fazer? Visando sustentar certa discursividade e buscar caminhos possíveis, o analista pergunta a Paula o que acha que pode ajudá-la naquele momento, já que ela teria novamente um bebê internado na UTI. Presa na armadilha da repetição, ela atualiza o passado e antecipa o futuro no relato de sua fantasia de que, se for cuidado pela mesma equipe e ficar no mesmo lugar, seu filho vai morrer. Pede para que seu bebê fique do lado oposto da unidade em que o outro ficou, pergunta se pode escolher a equipe que cuidará dele, solicita orientações sobre infecção hospitalar e onde pode fazer queixas sobre o hospital. Mesmo sabendo que seu “problema” não estava localizado aí, o psicanalista orienta Paula a procurar os setores respectivos e os profissionais responsáveis para fazer suas queixas e solicitações. Após estas tentativas de dar alguma resolução para os problemas que ela apresenta, diz: Eu tenho uma pergunta que nunca fiz pra ninguém, desde quando meu filho morreu... Será que posso fazer pra você? E prossegue, dizendo não saber até hoje o porquê de seu filho ter morrido. O analista marca a importância dessa pergunta que ela “nunca fez para ninguém” e encerra o primeiro atendimento a Paula.

Diante das diversas questões já trabalhadas anteriormente (Batista, 2010), vamos nos ater agora a esta pergunta que Paula “nunca fez para ninguém”. O que

se passa neste atendimento que ela decide fazer esta pergunta para um “desconhecido” que não é médico e, portanto, não detém um saber sobre o motivo concreto da morte de seu filho?

Para acrescentar mais um elemento importante ao debate, temos que relembrar que este “lugar especial” nem sempre é colocado de forma “positiva” e “amigável”. Quem nunca escutou de alguém que está em análise ou mesmo proferiu a frase “eu estou com ódio do meu analista!”?

Numa situação no hospital em que o “Código Azul³” é acionado, ao chegar ao apartamento do paciente o analista é recebido com as seguintes palavras: “Venha ver Maria, agora que o papai já morreu mesmo eles mandaram até psicólogo!”. A família prossegue com agressividade e queixas diversas sobre a instituição na qual “confiavam demais” e “nunca imaginavam passar por isso”. Suportando escutar as ofensas e a agressividade, o analista sustenta o espaço para que a família possa localizar qual é de fato a dificuldade para além das queixas: perder o “papai”. O analista que está com o crachá da instituição é convocado, num primeiro momento, como representante dessa instituição, e precisa levar em conta isso também em sua prática clínica. Freud já advertia desde seus artigos sobre a técnica que o mais difícil na condução da análise não é interpretar, mas o manejo da transferência. Trata-se “de abrir no tempo os tempos da transferência, que são tempos de transposição e de transformação” (Le Poulichet, 1996, p. 08).

Conforme nos aponta Favato (2005), a presença do analista e a transferência são conceitos intimamente relacionados, mas não se pode dizer que a presença do analista é a transferência, pois um não se reduz ao outro. A presença do analista não é uma presença real – no sentido proposto por Nacht (1963) – uma vez que a prática analítica não é orientada para a relação de objeto tida como real. A presença do analista é da ordem do encontro com o real, uma presença “traumática”, que autoriza a subjetividade.

³ “Código Azul” é uma nomenclatura internacionalmente conhecida para facilitar o atendimento a Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) de forma segura. Este protocolo de atendimento tem por objetivo tornar rápido e organizado o atendimento, aumentando a chance de sucesso das manobras de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP), melhorando a sobrevida e evitando sequelas pós-PCR nos pacientes e reduzindo o estresse e o desgaste dos profissionais encarregados desta função.

Ora, tendo destacado que a presença do analista e não transferência é uma manifestação do inconsciente, Lacan indicou um caminho a seguir. Indicou o objeto a na presença do analista como corpo, como voz, assim como apresentou o sujeito suposto saber na transferência. O correlato essencial da realidade sexual, o resto corporal que se manifesta através da presença, é, tal como o sujeito suposto saber, imprescindível para a instauração da experiência analítica (Favato, 2005, p.69).

A autora prossegue dizendo a respeito da indicação de Freud sobre o momento em que o paciente se cala por causa de algum pensamento que se relaciona ao analista, que não é sem fundamento. Conforme Lacan, é como se o paciente dissesse: “Eu realizo de repente o fato da sua presença” (Lacan, 1986[1953-1954], p.52). Então esta presença “traumática” que desarticula o discurso é sentida pelo sujeito como uma abrupta percepção de alguma coisa difícil de ser explicada pelo mistério e angústia que comporta.

A transferência realiza-se nesse momento, isto é, quando da atualização da realidade do inconsciente através da presença física do analista. Para Lacan, a presença do analista determina o movimento de abertura e fechamento do inconsciente e nela própria está a sua revelação. Uma variação ou oscilação dessa natureza, mesmo sendo difícil de manejar na análise, retrata a especificidade própria do inconsciente (Favato, 2005, p.69).

Então podemos pensar que algo da transferência se realiza quando temos algo da ordem desse “difícil de explicar”, daquilo que ultrapassa o sentido como efeito da presença que desarticula o discurso e aponta para esta “outra cena” – a do inconsciente. Nos fragmentos apresentados temos claramente um momento em que o analista é colocado pelo sujeito neste lugar de quem pode responder a certas perguntas para as quais não se tem resposta, características das situações de urgência. Levemos em conta também uma indicação importante de Lacan, que nos diz que “a interpretação do analista não faz mais do que recobrir o fato de que o inconsciente – se ele é o que eu digo, isto é, jogo do significante – em suas formações – sonho, lapso, chiste ou sintoma – já procedeu por interpretação” (Lacan, [1964]1985, p.129).

Um outro aspecto importante a ser retomado é que diante do desamparo no qual o sujeito é lançado na situação de urgência ele busca soluções rápidas para solucionar seu mal-estar. O que o analista oferece aqui não se trata de uma suposição de saber no sentido de sustentar um enigma para o sujeito ou lançá-lo num vazio. A transferência não se estabelece como meio de se convocar o sujeito para uma análise, mas como fim, como efeito dessa presença que mesmo realizando o convite para se tentar dar sentido àquilo que atravessa o sujeito naquele momento porta também algo de inapreensível pela via do simbólico.

Há, entretanto, um cálculo a ser feito dessa posição: como nos afirma Rocha (2007), a expectativa de cura do sujeito diante do adoecimento fundamenta-se na crença de uma verdade dos protocolos médicos.

Ou seja, na esperança – insiste-se, algo trágica – de que a contingência dos resultados já obtidos se converta na necessidade de sua permanente obtenção. Dito de outra forma, o sujeito se vê capturado pela esperança de que sua condição particular possa ser subsumida no universo estatístico das condições mais favoráveis, sejam aquelas de tratamento e, no limite, sobretudo, as de cura. Nesse percurso, muitas vezes ele é acometido pela ameaça da angústia, essa que decorre da percepção da contingência. Do saber sobre o qual não se quer saber, qual seja, aquele relativo ao fato de que nada pode garantir a reprodutibilidade incondicional e necessária de curas anteriormente obtidas, mesmo que as condições em questão se assemelhem (Rocha, 2007, p.113).

Temos que ter em nosso horizonte que a percepção da contingência traz consigo algo que tentamos evitar ao longo da vida, e como nos relembra Éric Laurent, quando se trata da questão do trauma temos que passar pelo sentido:

a inscrição do trauma na particularidade inconsciente do sujeito, fantasma e sintoma, é curativa. Nessa perspectiva, o psicanalista é um doador de sentido (..) é por aí que o sujeito pode reconciliar-se com a desordem do mundo (...) o reconhecimento de um trauma particular, próprio de cada um, é um meio de produzir um reconhecimento e então, um sentido (Laurent, 2009, p.18-19).

Fazendo uma aproximação com a nossa temática da urgência, muitas vezes as situações de urgência passam despercebidas pelos profissionais de saúde ou são inseridas nas “urgências” generalizadas. Só se diz de uma urgência subjetiva pelo acolhimento do psicanalista e isto tem como efeito para o sujeito localizar a

angústia e promover um certo apaziguamento. Podemos colocar que isso de certa forma favorece um lugar de quem “sabe” o que se passa com aquele sujeito, na medida em que parece ver o que ninguém mais vê.

Mas como vimos com a formalização da presença e posição do analista, seu lugar não se sustenta somente no campo do sentido. Embora precise passar por aí, Ansermet e Borie (2007) nos advertem em seu texto “Apostar na contingência” do risco de se fixar nesta posição:

o risco é que o sujeito se congele em um status de traumatizado, vítima da contingência: o traumatismo vem representá-lo, super-representá-lo, suplantá-lo. Assim, o tratamento do traumatismo pelo debriefing, pelo uso intempestivo do sentido, pode chegar a um impasse, encerrando o sujeito em um destino que ele próprio terá criado (...) o traumatismo, então, pode tornar-se um provedor de sentido, mas com um sentido único, fixando o sujeito na armadilha de uma causalidade na qual ele submerge (Ansermet & Borie 2007, p.153).

O mais importante seria uma certa disponibilidade para oferecer esse espaço para a palavra e suportar a contingência, o mais além do sentido. O tema da contingência é de fundamental importância para a psicanálise, conforme apontam Pinto e Rocha (2013). Os autores afirmam que “essa modalidade lógica ficou relegada a um segundo plano desde que uma concepção estritamente determinista do funcionamento da natureza instalou um rígido modo de pensar nos cientistas e, por extensão, nos psicanalistas” (Pinto & Rocha, 2013, p.410). Os psicanalistas estão incluídos nesse modo de pensar porque – como já apontamos anteriormente – a psicanálise está intimamente ligada à ciência, surgindo inclusive a partir dela. Entretanto, o que é da ordem do contingente está sempre “parasitando” esta literalização, forçando sua reescrita. Trata-se de “uma posição ética que privilegia a contingência na situação de transferência para que o discurso do analista possa produzir seus efeitos” (Pinto & Rocha, 2013, p.413).

O real que nos interessa enquanto psicanalistas está mais além daquele que a ciência visa apreender e prever, já que, conforme nos lembram os autores citados, “os sintomas dos neuróticos não manifestam nenhuma relação com algum objeto familiar, a não ser uma relação contingente. Se a verdade tem estrutura de ficção e é aliada à contingência da história, os sintomas não dependem de

decifração e sim de contingências para que o elemento ficcional possa ser alterado” (Pinto & Rocha, 2013, p.412). E ainda, conforme a indicação de Favato (2005): “o que Lacan e Freud querem com o sentido é abandonar o valor mágico do significante e alcançar o fora-de-sentido, isto é, passar do sujeito suposto saber ao registro do real” (p.123).

O que podemos apontar como especificidade da psicanálise tem a ver com sustentar essa insistência do real, da tentativa da busca de sentido para aquilo que não se pode apreender totalmente por essa via do sentido.

Sabendo que seu lugar não é o de se ater ao sentido como finalidade, o analista pode ocupar essa posição de quem sustenta a aposta na contingência como possibilidade para que o sujeito não se fixe numa determinada causalidade aparentemente sem saída, para que possa se desprender do traumatismo e construir um saber acerca deste. Relembrando a fala de um paciente trazida por Radmila Zygouris (Selaibe & Chnaiderman, 1996, p.101) durante uma entrevista: “Você certamente acredita que me ajudou através das suas interpretações... Mas vou lhe dizer uma coisa: pra mim é o que eu pude pegar sem que você soubesse disso!”.

A aposta da psicanálise na contingência, no para-além do sentido é o que faz com que ela possa oferecer uma resposta para sustentar a práxis em situação de urgência. Sabendo que o saber comporta falhas, a verdade é sempre “semi-dita” e portanto o sentido não é “a resposta” para sujeito, o analista sustenta o espaço para que ele possa localizar algo para além das queixas ou mesmo possa tentar dar algum sentido àquilo que o atravessa e apresenta-se como inapreensível pela via do simbólico.

Conclusão

Em nosso percurso de pesquisa fica cada vez mais evidente que na clínica da urgência não temos uma “receita de sucesso”, um protocolo que “garanta” um determinado desfecho que pode ser previsto ou antecipado. Na medida em que estamos no campo da contingência, do encontro com o traumático e realizamos um

tratamento teórico pela via da psicanálise o que temos – como já foi apontado no início deste trabalho – são efeitos.

A urgência subjetiva é um dispositivo clínico através do qual o analista convida o sujeito a localizar o que foi transformado em ato ou encontra-se em intenso embaraço pela subtração da palavra e, por meio de uma operação analítica, a situar-se novamente diante do Outro a partir de alguns significantes que posteriormente se enlaçarão na transferência.

Tal operação consiste em ocupar uma “posição específica” – posição de analista – com uma “escuta diferenciada”: escutar “para que o outro se escute” (Decat de Moura, 2002, p.54). A aposta aqui é a de que através do recurso à palavra o sujeito possa prescindir da colocação em ato de sua realidade psíquica e recriar novas saídas.

Cabe ao analista sustentar esse espaço de invenção para o sujeito onde ele será convidado a (re)inventar, através da palavra, um modo próprio de se haver com o insuportável, reconstruir um sentido a partir de algo que aponta para um enigma.

Mas este movimento não se trata de atribuir um sentido qualquer: depois de um trauma, o sujeito não precisa somente dar um sentido ou restituir o sentido reprimido, o sujeito precisa então reinventar esse Outro sem o qual não se pode viver, esse Outro que ele acreditava existir e que agora não existe mais. E essa “reinvenção” não se faz de forma cognitiva, não é possível aprender cognitivamente as regras que compõem para nós o laço social.

Quando Lacan fala da “presença do analista” como sendo da ordem de uma manifestação do inconsciente, coloca em cena o real em jogo na transferência, o que aponta para o mais além do sentido, para um real diferente do da ciência, que comporta um impossível de se apreender pela via do simbólico. E o analista só pode ocupar este lugar específico porque seu próprio percurso o levou a não mais crer no sentido como resposta: sustentando a dimensão da contingência, sua posição suscita o surgimento do inconsciente, que emerge em sua dimensão de ruptura com o sentido estabelecido.

Estamos diante da clínica que nos impõe seus limites e a necessidade de formalização e avanços para uma leitura dos acontecimentos de nossa época. Novamente retomamos o que nos deixou Freud ao não recuar diante do amor de suas histéricas e da lição de Lacan de não recuar diante da psicose.

Em se tratando da urgência, testemunhamos na clínica a capacidade criativa do sujeito de encontrar saídas para o traumatismo, conforme aponta Guilherme Belaga: “o ato analítico também implica apostar em uma reinvenção desse Outro que caiu, que foi perdido” (Belaga, 2006, p.17). O sujeito está convidado a realizar este percurso porque há por parte do analista uma aposta de que ele possa de algum modo responder pelo que lhe escapa. A própria interpretação do analista deve necessariamente apontar para este lugar vazio de significação, no sentido de romper com a repetição e, portanto, fazer emergir algo de novo.

Ao abrir mão da “paz” de seu consultório para sair em direção ao mundo, o psicanalista opta por intervir mais “na cena” e menos por lidar com uma elaboração do sujeito acerca do que aconteceu. Isso vai colocar também do lado do analista a invenção como da ordem da necessidade. Como nos diz Freymann⁴, “Diante da irrupção do real, invente!”

Em seu artigo “Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas”, Lucíola Macêdo afirma: “Diante do que faz furo, é preciso apostar numa invenção” (Macêdo, 2008, p.59). A autora traz a contribuição de outros teóricos que se dedicaram ao estudo das “urgências” – cujas contribuições já foram citadas aqui – e que falam do que é possível inventar.

De qualquer modo, o próprio título do trabalho dá uma importante indicação para o manejo da transferência em situação de urgência subjetiva: nosso percurso aqui passa menos pela suposição (de saber) do que pela invenção. Assim como o psicanalista passa pelo sentido para ir mais além, durante o trabalho de pesquisa passamos pelas formulações sobre a noção de inconsciente transferencial e o percurso de Freud e Lacan acerca da transferência enquanto amor que se dirige ao

⁴ Prof. Jean-Richard Freymann em seu curso proferido no 9º Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar: “Efeitos da psicanálise diante do risco de desumanização da medicina. Como (re)introduzir o sujeito, o simbólico, a consulta?”.

saber esbarrando na “traumática” presença do analista articulada à noção de inconsciente real e aberta à contingência.

Estamos, neste momento, tentados a lançar luz a alguma indicação de como se dá este processo de invenção. Como o analista se “capacita” para ocupar uma determinada posição e realizar esta “ádua tarefa” de escuta na urgência?

Sobre “A elaboração do saber em análise e a invenção”, Mônica Lima aponta a diferença da forma de apreensão sapiente típica da ciência para o modo de elaboração do saber na experiência da análise. Enquanto para a ciência seria possível apreender o real sem resto, Lacan vai na contramão sustentando que a experiência da análise aponta que o saber comporta falhas, pontos que não se fecham e que a verdade do sujeito só pode ser “meio dita” por intermédio do saber. Ele afirma: “a verdade, com efeito, parece mesmo ser-nos estranha – refiro-me à nossa própria verdade. Ela está conosco, sem dúvida, mas sem que nos concirna a um ponto tal que admitamos dizê-lo” (Lacan, [1969-70]1992, p.55). Diferentemente da ciência e da teoria da reminiscência, a psicanálise por sua vez “inclui no saber elaborado em sua experiência o sexual como causa e, por essa razão, recusa duas ideias: 1) a de que o saber gerado pela análise seja completo; e 2) a de que esse saber já esteja constituído no inconsciente, esperando para ser revelado ou recuperado por intermédio da interpretação” (Lima, 2008, p.76).

A autora relembra que Freud já apontava que a divisão do sujeito é “incurável” e que a sua posição diante do conflito é a de que a “psicanálise pode reconhecer o conflito, enfrentá-lo, transformá-lo mas em nenhum caso eliminá-lo” (idem). Diante dessa luta interminável entre a pulsão e o eu, após o percurso da análise o sujeito se vê diante da falha relativa à castração, de onde ele deve fazer advir um saber: o sujeito necessita aqui tomar uma decisão que implica numa criação, no advir de um novo saber adquirido em função de um “eu perco” (Lima, 2008, p.80).

Retomando nossa pergunta, com base nas colocações acima e sustentados no ensino de Lacan, podemos apontar um caminho: a “capacitação” se dá a partir da formação teórica, da práxis mas, sobretudo, a partir da própria análise. Como já apontamos ao longo deste trabalho, é o percurso do analista que vai dar a ele condições de suportar chegar a um determinado lugar, a uma determinada posição

“no alto e à esquerda” (Lacan, [1969-70]1992, p.128) no discurso de onde ele pode operar.

Referências

- Ansermet, F; Borie, J. (2007) “Apostar na contingência”. In: Matet, J. D.; Miller, J. (Orgs). *Pertinências da Psicanálise Aplicada: Trabalhos da Escola da Causa Freudiana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.153-158.
- Batista, G. (2010) “Fora do Protocolo” Intervenção Psicanalítica em Situação de Urgência. in: Batista, G.; Decat de Moura, M.; Carvalho, S. B. (Orgs.). *Psicanálise e Hospital 5 – a responsabilidade da psicanálise diante da ciência médica*. Rio de Janeiro: WAK, p.133-141.
- Belaga, G. (2006) “Presentación”. In: Belaga, G. (Org.) *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Buenos Aires: Grama, p.11-19.
- Carvalho, A. M. S. (2011) *Psicanálise e hospital: há ato analítico? Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada*. (Dissertação de Mestrado) Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte.
- Carvalho, S. B. (2008) *O Hospital Geral: dos impasses às demandas dirigidas ao saber psicanalítico. Como opera o psicanalista? Articulação teórica a partir da experiência da Clínica de Psicologia do Hospital Mater Dei*. (Dissertação de Mestrado) Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte.
- Decat de Moura. *Psicanálise e medicina – oncologia: clínica do limite terapêutico?*. Belo Horizonte: Artesã, p.410-422.
- Decat de Moura, M. (2002) “A prática do psicanalista em instituição hospitalar no Brasil”. In: *Rev. Psicol. Plural*. Belo Horizonte, 17, p.53-60.
- Decat de Moura, M. (2000) “Psicanálise e urgência subjetiva”. In: *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p.3-15.
- Decat de Moura, M.; Souza, M. C. B. (2007, dez) Psicanálise e hospital: se ao “a” deve o analista chegar, por onde andava ele?. *Epistemo-somática*, Belo Horizonte, 4, 2. Recuperado em 16 ago. 2010 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000200013&lng=pt&nrm=iso.
- Favato, A. M. F. (2005) *Da transferência à presença do analista*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte.
- Lacan, J. (1986) *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud [1953-1954]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1995) *O seminário, livro 8: a transferência [1960-61]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose [1957-1958]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p.537-590. (Trabalho original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1985). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise [1964]*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* [1969-70], Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). A ciência e a verdade [1965-66]. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p.869-892. (Trabalho original publicado em 1965-66)
- Laurent, E. (2009). El revés del trauma. in: Sotelo, I. (org.). *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires: Grama, p.13-22.
- Le Poulichet, S. (1996). *O tempo na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lima, M.A.C. (2002, dez). O sujeito da experiência psicanalítica entre o contingente e o necessário. *Ágora*. 5(2). Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia UFRJ.
- Lima, M.A.C. (2008). A elaboração do saber em análise e a invenção. *CURINGA 27: As novas formas do sujeito suposto saber*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, p.75-81.
- Macêdo, L. F. (2008). Da suposição à invenção: o sujeito suposto saber na clínica das urgências subjetivas. *CURINGA 27: As novas formas do sujeito suposto saber*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, p.37-42.
- Machado, M. V. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Brasília. Brasília.
- Melo, C. B. M. (2009). *A questão dos discursos na instituição hospitalar a partir da psicanálise lacaniana*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte.
- Milner, J-C. (1996). O doutrinário de ciência. In: *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p.28-62.
- Moretto, M.L.T. (2006). *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. São Paulo.
- Moretto, M.L.T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nacht, S. (1963) *La présence du psychanalyste*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Pinto, J. M.; Rocha, I. H. M. (2013). A necessidade da contingência: letra e final de análise. In: Rocha, G.M. (2007). *Biopolítica e contemporaneidade: ato médico e ato analítico. Epistemo-somática*. Belo Horizonte, 4(2), p.109-117.
- Selaibe, M.; Chnaiderman, M. (1996). Entrevista - Radmila Zygouris: Uma geografia peculiar. *Revista Percurso - Aspectos da clínica* (2). IX, 1(16), p.98-109. São Paulo: Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Recuperado em 06/01/2014 de http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p16_entrevista.pdf
- Simões, C.L.F. (2011). *A clínica da urgência subjetiva: efeitos da psicanálise em um pronto-atendimento*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte.