



Para além da mão que segura o *tablet*: travessias psicanalíticas na pandemia de Covid-19

Beyond the hand holding the tablet: psychoanalytic crossings during the Covid-19 pandemic

Más allá de la mano que sostiene la tableta: travesías psicoanalíticas en la pandemia de Covid-19

Camila BUTTIGNOL¹  
José Maurício LOURES²  

¹ Prefeitura Municipal de Macaé, Hospital Público de Macaé – HPM, Serviço de Psicologia. Macaé, RJ, Brasil.

² Universidade Veiga de Almeida – UVA, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicanálise, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Camila Buttignol
butinholic@gmail.com

Recebido: 08 jul. 2025

Revisado: 20 jan. 2026

Aprovado: 30 jan. 2026

Aprovado para publicação:
26 mar. 2026

Como citar (APA):

Buttignol, C., & Loures, J. M. (2026). Para além da mão que segura o tablet: travessias psicanalíticas na pandemia de covid-19. *Revista da SBPH*, 29, e016. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.923>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

O artigo aborda a inserção da psicanálise no contexto hospitalar durante a pandemia de Covid-19, com foco na experiência das Visitas Virtuais de Familiares – VVF em um serviço público de saúde, como modalidade de tecnologia da informação em saúde. Trata-se da discussão dos impactos subjetivos do isolamento hospitalar e os efeitos psíquicos da iminência da morte, articulando conceitos psicanalíticos – como o discurso do analista, o desejo, o luto e o real – à prática clínica em situações de urgência. Destacou-se a importância da escuta do sujeito em sofrimento em contextos mediados por tecnologia, como nas videochamadas – apontando para a possibilidade de elaboração simbólica do sofrimento por meio da fala e da presença do Outro. Defende-se a ética da psicanálise como um posicionamento que privilegia a verdade do sujeito, mesmo diante da finitude e da morte, consolidando um modo de intervenção interdisciplinar na cena hospitalar.

Descritores: Psicanálise; Ética; Luto; Hospitais; COVID-19.

Abstract

The article addresses the insertion of psychoanalysis into the hospital setting during the Covid-19 pandemic, focusing on the experience of Virtual Family Visits – VVF in a public healthcare service, as a modality of health information technology. The discussion focuses on the subjective impacts of hospital isolation and the psychic effects of the imminence of death, articulating psychoanalytic concepts—such as the analyst’s discourse, desire, mourning, and the real—with clinical practice in emergency situations. The importance of listening to the suffering subject in technology-mediated contexts, such as video calls, is highlighted—pointing to the possibility of symbolic elaboration of suffering through speech and the presence of the Other. The article defends the ethics of psychoanalysis as a stance that privileges the subject’s truth, even in the face of finitude and death, consolidating an interdisciplinary mode of intervention within the hospital setting.

Descriptors: Psychoanalysis; Ethics; Bereavement; Hospitals; COVID-19.

Resumen

El artículo aborda la inserción del psicoanálisis en el contexto hospitalario durante la pandemia de COVID-19, con foco en la experiencia de las Visitas Virtuales de Familiares – VVF, en un servicio público de salud, como modalidad de tecnología de la información en salud. Se trata de una discusión sobre los impactos subjetivos del aislamiento hospitalario y los efectos psíquicos de la inminencia de la muerte, articulando conceptos psicoanalíticos —como el discurso del analista, el deseo, el duelo y lo real— con la práctica clínica en situaciones de urgencia. Se destaca la importancia de la escucha del sujeto en sufrimiento en contextos mediados por tecnología, como en las videollamadas, señalando la posibilidad de elaboración simbólica del sufrimiento a través de la palabra y de la presencia del Otro. Se sostiene la ética del psicoanálisis como un posicionamiento que privilegia la verdad del sujeto, incluso frente a la finitud y la muerte, consolidando un modo de intervención interdisciplinario en el escenario hospitalario.

Descriptores: Psicoanálisis; Ética; Aflicción; Hospitales; COVID-19.

INTRODUÇÃO

A utilização das vídeos chamadas ou Visitas Virtuais de Familiares (VVF) no hospital, no período de pandemia, para a maioria dos casos, se constituiu como o principal meio de comunicação entre pacientes e famílias. Diante desse cenário, a recomendação da OMS foi de que os hospitais suspendessem temporariamente as visitas presenciais para os pacientes hospitalizados e seus familiares. A participação da Psicologia, neste contexto, se deu desde a implantação do projeto das VVF, acompanhando todo o processo de validação de suas leis regulamentadoras e dos procedimentos de trabalho clínico. A problematização das repercussões públicas desse projeto das VVF fez parte da construção do trabalho da Psicologia no hospital, que teve o objetivo de promover diálogos interdisciplinares se inspirando também nos “Cuidados Paliativos e de Fim de Vida” (World Health Organization [WHO], 2017).

A partir da experiência de atuação hospitalar durante a pandemia de Covid-19, especialmente diante da cena da intubação e da iminência da morte, tornou-se inevitável interrogar o alcance e os limites da intervenção do psicólogo nas frentes de cuidado. Nesse cenário marcado pela urgência, pela tecnicidade dos procedimentos e pela suspensão dos rituais simbólicos de despedida, os psicanalistas encontraram um ponto possível de inserção ao recolocar em cena a pergunta: quais são as formas possíveis de inscrição do discurso do analista e da ética da psicanálise no contexto hospitalar?

Considerar as dimensões éticas do cuidado, na iminência da morte, e na experiência do luto, mostrou-se fundamental, uma vez que tais experiências tendem a ser capturadas por discursos normativos, medicalizantes ou adaptativos. Sustenta-se, como hipótese, que a inserção do discurso do analista – orientado pela ética do desejo, pela escuta do sujeito, contrariamente às respostas totalizantes – possibilitou a abertura de um espaço simbólico de fala e linguagem, mesmo em condições extremas. Tal espaço permitiu a singularização da experiência de sofrimento, a sustentação do laço com o Outro e a inscrição subjetiva da perda, configurando uma modalidade de cuidado que não se reduz à contenção emocional, mas que preserva a dignidade psíquica do sujeito frente à morte e ao luto.

Para sustentar esta hipótese, o discurso do analista, na perspectiva lacaniana, será abordado a partir dos quatro discursos fundamentais que estruturam as relações e suas formas de vínculo: o Sujeito, o Outro, o Saber e o Gozo (Jorge & Rinaldi, 2002). Eles também indicam a posição e o modo de operação do analista no processo clínico, especialmente no contexto hospitalar, a partir do lugar que ocupa na escuta. Desta forma, consegue atuar como facilitador da emergência do inconsciente, criando condições para que o saber se revele ao incitar a fala do paciente.

Considerando que todo laço social se sustenta nesses quatro discursos, Lacan destaca que o discurso do analista se diferencia, por fazer emergir a cada passagem entre os discursos, aquilo que se revela como saber inconsciente (Jorge & Rinaldi, 2002). Tal formulação se articula à máxima de que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1953/1998, p. 270), evidenciando a especificidade e a potência do discurso psicanalítico em seu constante movimento.

A pandemia do Covid-19, que assolou o mundo, trouxe à tona a importância de se lidar com a finitude e o luto de forma apropriada e sensível, em que o método psicanalítico teve importantes contribuições. Ao explorar aspectos inconscientes, transferenciais e simbólicos, foi possível realizar abordagens diferenciadas, que foram além das intervenções convencionais.

Verificamos na prática que é possível sustentar esse discurso também no *setting* hospitalar. A escuta psicanalítica no hospital não apenas é possível, mas se mostra fundamental: ela cria uma brecha no discurso da saúde, permitindo que o sujeito em sofrimento – paciente, familiar ou mesmo profissional de saúde – encontre um lugar para seu dizer, para sua verdade e para sua dor. Mesmo em situações de urgência, incertezas ou iminência da morte, é possível promover efeitos clínicos significativos a partir da escuta analítica. O *setting*, ainda que atravessado por limitações, como a ausência de privacidade ou o ritmo acelerado dos serviços hospitalares, pode ser ressignificado quando se privilegia a escuta e a abertura para o que o sujeito tem a dizer.

A psicanálise se distingue por sua ética particular, que envolve o compromisso com a verdade do sujeito. Ao lidar com as dores existenciais, o discurso psicanalítico não busca oferecer promessas de cura ou de felicidade, mas permite que o sujeito lide com suas emoções e afetos diante da ameaça à vida, da dor da perda e da separação pela morte (Buttignol, 2025).

No “O Seminário, Livro VII: A ética da psicanálise”, Jacques Lacan (1959-1960/2008) introduz a noção de Função do Bem, problematizando a tendência de tomar o “bem” como um valor universal, transparente e indiscutível. Para Lacan, o bem se aproxima da ação do psicanalista na medida em que a análise se realiza no campo das trocas entre os sujeitos, isto é, no laço social mediado pela linguagem. No entanto, esse “bem” não pode ser reduzido a um ideal moral, nem tampouco capturado pelos parâmetros da ciência, uma vez que esta opera pela via da generalização e da objetivação, enquanto a psicanálise se orienta pela singularidade do sujeito.

Lacan adverte que o bem pode facilmente se confundir com a paixão e, nesse sentido, torna-se necessário interrogar, a cada instante, qual deve ser a relação do analista com o desejo de fazer o bem e, mais especificamente, com o desejo de curar (Lacan, 1959-1960/2008). Ao introduzir a noção de desejo do analista, Lacan o define paradoxalmente como um não-desejo de curar. Trata-se de um alerta ético contra as formas “vulgares” do bem – aquilo que o autor nomeia como a “falcatura benéfica” do querer-o-bem-do-sujeito –, nas quais o profissional corre o risco de impor ao outro um ideal normativo de saúde, adaptação ou salvação.

Nesse ponto, torna-se fundamental distinguir os campos. Para a Medicina, o desejo de curar se traduz, prioritariamente, na preservação ou no prolongamento da vida biológica. Para a psicanálise, contudo, o que está em jogo não é a cura no sentido médico, mas a possibilidade de o sujeito acessar algo da verdade de seu desejo. Essa verdade não se confunde com sentido pleno ou com elaboração racional, mas se manifesta nos intervalos da fala, nos restos, nas falhas e nos atos que indicam que algo move o sujeito para além do discurso consciente. É pela existência da falta que pode-se compreender a vontade como busca (Soler, 1997).

No contexto da iminência da morte, essa distinção ganha especial relevância. Sustentar a ética da psicanálise implica reconhecer que, mesmo quando a cura biológica não é mais possível, permanece a pergunta pelo desejo: o que o sujeito quer, ainda que de modo fragmentário, incompleto ou impossível? Trata-se, assim, de sustentar um espaço em que a vontade do sujeito por mais atravessada pela falta, pela angústia ou pela finitude, em que possa encontrar inscrição simbólica, preservando sua condição de sujeito até o limite da experiência da morte.

Em psicanálise, a narrativa do sujeito reflete também os movimentos de seu inconsciente, trazendo à tona fantasias inconscientes recalçadas. Ao falar, ele reencena e revive simbolicamente aspectos de sua história. O ato de fala propicia a resolução de conflitos consigo mesmo, com pessoas, com valores e, no contexto de hospitalização, que haja a

possibilidade de que o sujeito elabore seu sofrimento. A escuta psicanalítica dá espaço para os tropeços da fala, as resistências, atos falhos, sonhos. Para que isso aconteça, é preciso se munir da atenção flutuante ao mesmo tempo em que se requer uma atenção focada e atenta aos protocolos e procedimentos hospitalares.

O sujeito busca ser amado, ser desejado; pensar que existe alguém que não pode viver sem ele, que sentirá sua falta e que diante dessa mesma falta, então buscará no Outro o amparo, a segurança ontológica. Nesse sentido, a verdade do sujeito para a psicanálise implicaria em curá-lo das ilusões que retém na via de seu desejo.

PRECISO DIZER QUE TE AMO: UM DESEJO QUE SE FEZ LEI

Na cena hospitalar em meio as internações do Covid-19, uma clínica se estabeleceu no agora e no depois da intubação para os pacientes, e ela se tornou um momento psicológico em que pela primeira vez na história da Psicologia Hospitalar desse serviço assistimos os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, todos paramentados e parados ao lado do carrinho de intubação esperando o psicólogo “terminar de conversar” com o paciente (Simonetti & Barreto, 2022, pp. 17-18). Em abril de 2020, foi criada a Projeto de Lei nº 2.136 (Senado Federal, 2020), dispondo sobre a visita virtual por meio das videochamadas, e em seguida ocorreu uma mobilização social através da campanha “Preciso dizer que te amo”, atentando para o assustador número de mortes no Brasil pela Covid-19 e para a quantidade de histórias interrompidas. Mas foi somente a existência da Lei nº 14.198/21 (Brasil, 2021) que trouxe a possibilidade das videochamadas hospitalares, como lei ou diretriz, não necessariamente bem aceita e executada na prática, cabendo à boa vontade de profissionais engajados. Em se tratando dessa nova modalidade, como avaliar se paciente e família estavam preparados para a utilização desse recurso? Quais seriam os manejos necessários diante das abordagens e do inusitado que surge. Quem acolhe e acompanha, antes e depois? Algumas intercorrências aconteciam durante a aplicação: quedas de saturação, aumento de pressão, paradas cardiorrespiratórias etc. Familiares manifestavam algumas reações indesejadas, não aceitando regras de horários ou querendo o profissional à disposição.

O trabalho foi orientado pelo desejo do paciente, seja ele de falar ou de apenas sustentar o silêncio. Vários impasses a serem contornados e vastas eram as confusões devido à angústia do momento, aos medos e anseios. Seguindo as recomendações legislativas e institucionais, foram implantadas em junho de 2020 as VVF em concomitância ao Projeto Comunica HPM, do Hospital Público de Macaé – HPM, seguindo as recomendações do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2009).

Boa parte dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva – UTI estavam acordados e desejaram participar das videochamadas. Alguns, mesmo em boas condições, não quiseram participar, por vezes aceitavam se comunicar por áudio do WhatsApp ou por cartas. A liberação para realizar essas intervenções fora autorizada mesmo quando o paciente estivesse sedado e/ou intubado, ainda que para a equipe médica e de enfermagem houvessem controvérsias quanto a essa nova prática e que ambas não tivessem chegado a um consenso sobre as adequações necessárias. Foi preciso reconsiderar valores pessoais, referenciais de formação e flexibilizar as práticas tradicionais. Com isto, encontramos espaço para realizar este trabalho. No entanto, dentro dos protocolos rigorosos da ciência médica, contando sempre com nossa escuta, aliando-a aos conhecimentos adquiridos com a prática e com as intersecções com os demais campos do saber. Estivemos diante de impasses éticos, discursos atravessados e o imaginário médico de que a função do “psi” seria a de mero apaziguador do choro, da angústia e da agitação do paciente antes da intubação. Para além disso, foi possível refletir e avançar.

INTERVENÇÕES PSICANALÍTICAS EM TEMPOS DE PANDEMIA

Os quatro discursos - do mestre, da histérica, do analista e do universitário, articulam-se às chamadas profissões impossíveis: educar, governar e psicanalisar (Lacan, 1960-1961/1992). A essa formulação, Lacan acrescenta o "fazer desejar", especialmente relacionado ao discurso da histérica.

É a partir da lógica do significante que se organizam tanto as relações humanas quanto o próprio inconsciente (Lacan, 1953/1998). Nesse sentido, a teoria dos quatro discursos pressupõe essa lógica, formalizada pelas letras S_1 , S_2 e $\$$, que expressam a relação fundamental entre significantes e a consequente emergência do sujeito (Jorge & Rinaldi, 2002).

O sujeito surge entre o significante S_1 , que apresenta o poder da marca fundadora de *significante mestre*, que não é apenas um significante mas um enxame de significantes que constituem uma referência singular para o sujeito. S_1 é parte do saber S_2 do Outro, é parte do tesouro dos significantes, que consiste uma região do Outro muito privilegiada. O S_2 é outro significante, que representa a "bateria dos significantes" (S_2 , S_3 , $S_{\dots}$), o conjunto, faltoso dos significantes do campo do Outro e designa todos os outros significantes que não possuem valor de S_1 para o sujeito (Lacan, 1960-1961/1992, p. 11, grifos do autor).

O nome da falta de S_2 foi descrito por Lacan como $S(A)$, o significante da falta de ao menos um significante no campo do Outro, o significante da falta de inscrição da diferença sexual, a matriz da estrutura psíquica, o núcleo real do inconsciente (Jorge & Rinaldi, 2002). É homólogo ao objeto da pulsão e do desejo, a $S(A)$, furo real no simbólico, assim como a é o furo real do imaginário. Dessa operação de representação significativa e simbólica do sujeito, "surge alguma coisa definida como uma perda, um resto evasivo do simbólico e pertencente ao real, o objeto a , *mais-de-gozar*, o objeto causa de desejo" (Lacan, 1960-1961/1992, p. 13, grifo do autor).

A clínica psicanalítica na iminência da morte no hospital acontece, pois o discurso do analista vai propiciar a virada desse significante fálico no lugar do Outro. O sujeito em questão é o próprio objeto a , diferentemente de outros discursos, como o do mestre, no qual a Medicina se coloca. No discurso do mestre (Figura 1), o significante S_1 , repleto de significações, sobrepõe-se ao próprio sujeito S , assim como o significante S_2 , ao objeto a .

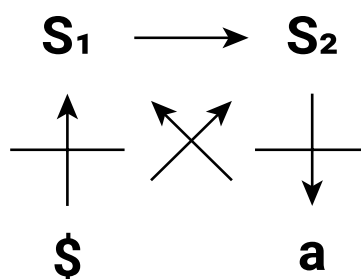


Figura 1. Discurso do mestre

Fonte: Jorge & Rinaldi, 2002, p. 3.

Como o discurso do analista (Figura 2) pode operar diante do discurso do mestre no hospital? Permitindo que um trabalho simbólico venha preencher o furo no real, ao mesmo tempo em que faz furo no discurso de mestria (hegemônica) da Medicina. Os quatro discursos - do mestre, da histérica, do analista e do universitário, articulam-se às chamadas profissões impossíveis: educar, governar e psicanalisar (Lacan, 1960-1961/1992). A essa formulação, Lacan acrescenta o “fazer desejar”, especialmente relacionado ao discurso da histérica.

É a partir da lógica do significante que se organizam tanto as relações humanas quanto o próprio inconsciente (Lacan, 1953/1998). Nesse sentido, a teoria dos quatro discursos pressupõe essa lógica, formalizada pelas letras S_1 , S_2 e $\$$, que expressam a relação fundamental entre significantes e a consequente emergência do sujeito (Jorge & Rinaldi, 2002).

O significante como tal não se refere a nada, a não ser que se refira a um discurso, a uma utilização da linguagem como liame, segundo Lacan. Não havendo para o sujeito falante, nenhuma realidade pré-discursiva, o discurso é definido como “o que funda e define cada realidade” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 45). Os significantes isolados ficariam soltos e sem sentido. Na presença do discurso do analista, um significante pôde se remeter ao outro e formar uma significação.

Se o sujeito se constitui na trama dos significantes que o antecedem e o atravessam, é também nesse campo discursivo que se inscrevem suas experiências de adoecimento, limite e finitude. No contexto hospitalar, mesmo quando não há enunciação direta sobre a gravidade ou a possibilidade de morte, algo do discurso já se encontra em operação, produzindo efeitos de sentido que ultrapassam o dito. É nesse ponto que a escuta psicanalítica se faz decisiva: ao sustentar o lugar do significante, permite que o sujeito e seus laços encontrem vias de expressão, mesmo diante do real que escapa à simbolização.

Com a significação formada e a fala livre do paciente, uma mensagem carregando alguns sentidos, fora direcionada aos familiares pelos pacientes que, sem entender, sentiam que era um momento de despedida. Em nenhum momento era falado por parte dos “psis” sobre a intubação quiçá da possibilidade de morte, mas os discursos já estavam se operando ali. Toda essa significação produzida gerou o desconforto no discurso médico (mestre), que se colocou como o detentor do saber sobre o paciente e com a primazia da fala. O discurso do analista mesmo sem a intenção, quebrou essa hegemonia, ao privilegiar a fala do paciente e de seus familiares.

“O sujeito falante se inscreve em uma realidade discursiva preexistente, antes mesmo do seu próprio nascimento, a partir dos significantes do campo do Outro” (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 26). Entre esse sujeito e o mundo existe a linguagem, e entre o simbólico e o real, a realidade, que é feita de fantasia da qual o psicanalista conduz.

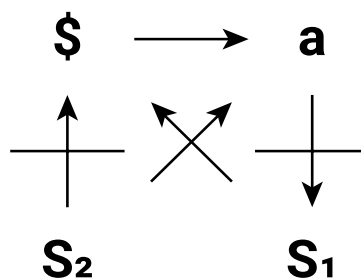


Figura 2. Discurso do analista

Fonte: Jorge & Rinaldi, 2002, p. 3.

Todo discurso implica a referência ao Outro, a articulação entre sujeito e o Outro. Aquele para quem nos dirigimos é um outro e, também, representante do Outro na medida em que fala. O outro (a) se refere ao lugar onde cada um se identifica com o seu semelhante. A pessoa a quem nos dirigimos é um duplo, tem corpo e imagem como nós. Também se refere à linguagem com suas regras que organizam as trocas simbólicas: estruturas de parentesco, mitos, leis até à alteridade absoluta ao que é estranho, logo, não é o semelhante. "O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito (Lacan, 1964/1998, pp. 194-195).

A estrutura que está em jogo na fórmula dos discursos é, portanto, o que está na Figura 3:

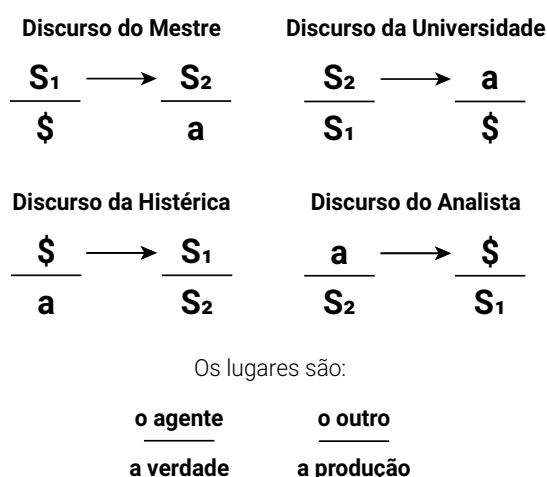


Figura 3. Estrutura na fórmula dos discursos

Fonte: Jorge & Rinaldi, 2002, pp. 27-28.

Os lugares dos discursos são fixos porque são sempre movidos por uma verdade. "A verdade é o quarto lugar necessário para ordenar a função da fala" (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 26). O discurso do mestre é o mais predominante na clínica do hospital, em que o discurso do analista tenta chegar sorrateiramente, fazendo valer o lugar do sujeito pela via da fala.

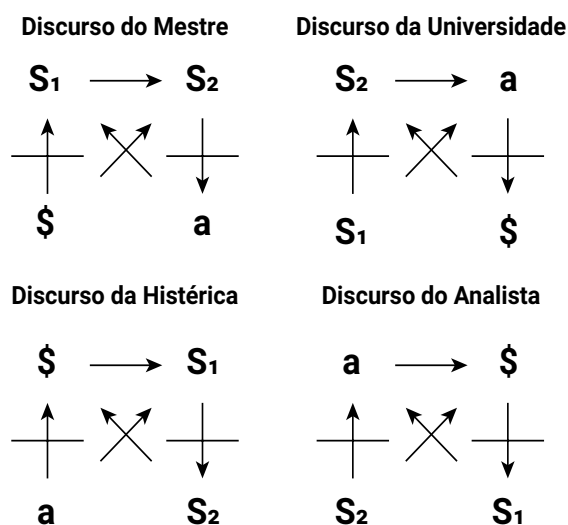


Figura 4. Fórmula dos discursos em Lacan

Fonte: Jorge & Rinaldi, 2002, pp. 27-28.

Entre os diferentes lugares, Lacan, privilegiou o lugar do agente como sendo a “dominante” de cada discurso, dando tônica a ele a cada vez que o sujeito toma a palavra. Lacan introduziu essa categoria ao tratar do objeto a no lugar de agente do discurso do psicanalista. O analista se oferece “como idêntico ao objeto a”, como “isso que se apresenta ao sujeito como causa do desejo” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 40). É dessa posição de a que a regra da associação livre é acionada pelo psicanalista para que o analisando produza os S1 de sua história. Se no discurso do mestre a dominante é S1, relacionada com a “lei”, no discurso da histérica, a dominante, \$, é o “sintoma”, ordenando tudo o que é do discurso da histérica. No discurso universitário, trata-se do saber, S2, vindo no lugar da ordem, do mandamento do mestre (Jorge & Rinaldi, 2002).

Lacan indica o discurso do psicanalista como a referência principal para a leitura dos demais discursos. “O discurso do psicanalista tem como dominante o avesso do discurso do mestre” (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 29). O discurso do mestre evidencia o funcionamento da sugestão S1 S2 – por onde opera a hipnose, abandonada por Freud ao criar a psicanálise. É nesse sentido que o discurso do mestre é o avesso da psicanálise, que opera pela transferência cujo pivô é o sujeito suposto saber, que se opõe a sugestão, que opera por meio do saber e oblitera a transferência (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 30).

Acrescenta-se a isso à seguinte conclusão: “se o inconsciente é um saber e a transferência, a atualização da realidade do inconsciente, a transferência é transferência do saber inconsciente” (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 30). Operando pelo saber, a sugestão impede a transferência do saber inconsciente. Para Lacan, o psicanalista age a partir do avesso da mestria, composta pela linguagem e tendo como dominante o objeto a. No entanto, o que domina o discurso do analista não é a linguagem, mas o silêncio, uma vez que a é a dominante discursiva. O silêncio corresponderia “ao semblante de dejetos” (Lacan, 1959-1960/2008, p. 63). Vale ressaltar que, nas videochamadas, o psicólogo fica em silêncio durante o processo. Ele apenas se apresenta, pergunta se deseja realizá-la, conversa brevemente com a família e, no término, pergunta ao paciente como ele está se sentindo, como foi aquele momento, se gostaria de dizer algo. E se põe a escutá-lo.

Jorge e Rinaldi (2002) explicam o seguinte:

Ao passo que o mestre se dirige ao outro tomado como saber (saber do Outro), o psicanalista se dirige ao outro de uma forma radicalmente nova na cultura: tomando-o como sujeito falante, capaz de produzir significantes primordiais fundadores de sua própria história.

Portanto, uma das características fundamentais do discurso do psicanalista é a de que ele é o único discurso que considera o outro como sujeito, ao passo que o discurso do mestre considera como objeto a ser dominado pelo saber. A noção de sujeito para a psicanálise tem estreita relação com a descoberta do inconsciente (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 30).

O atravessamento da fantasia só pode se dar quando o discurso do analista leva o sujeito a bem-dizer seu sintoma. O desejo do psicanalista dentro do discurso do psicanalista é o desejo de obter a diferença absoluta. Mas, como o discurso do psicanalista é produzido? Lacan vai dizer que

um quarto giro dextrogiro no discurso do mestre produz o discurso da histérica, que traz no campo do sujeito a barra que fora recalcada pelo mestre, assim como o objeto a no lugar da verdade. Um quarto giro no discurso da histérica produz o discurso do psicanalista. Face a demanda feita pela histérica, de um mestre que produza saber, Freud não respondeu a partir da posição do mestre, daquele que sabe, mas da posição de *não-saber* do psicanalista, da posição de objeto a que aciona o sujeito dizer o que ele próprio sabe, sem saber o que sabe. O que interessa ao psicanalista é o saber articulado à verdade (Jorge & Rinaldi, 2002, p. 31, grifo do autor).

QUAL ÉTICA PREVALECE QUANDO SE SEGURA O TABLET NAS VISITAS VIRTUAIS?

A Medicina tem o compromisso com a verdade da doença, mas esbarra com o limite de ter que lidar com a verdade do sujeito. A verdade da doença esbarra com a verdade do sujeito, que é o encontro com a própria finitude, cujo discurso médico nada quer saber. Mesmo nas práticas humanizadas como nos cuidados paliativos, há que se chegar a um lugar comum entre os discursos da psicanálise e o discurso médico. As identificações com o paciente podem obliterar a verdade do sujeito diante do encontro com a finitude, criando defesas para não ter que lidar com o sofrimento da morte. Poupa-se de falar sobre seu processo quando não se tem conversas sinceras, dentro da perspectiva do que o outro deseja saber ou já sabe. Por vezes, criam-se ilusões e falsas expectativas.

A ética do desejo não implica promessas de cura ou felicidade, não fomenta ilusões nem dá garantias. A ética da psicanálise implica num compromisso com a verdade do sujeito, mesmo que isso conduza ao “pior”, ao trágico da vida. Diferentemente do discurso comum que não sustenta o sofrimento do outro, uma vez que precisa lidar com seu próprio desconforto, o psicanalista coloca o sujeito para falar sem interrupções, sem dizer que vai ficar tudo bem, sem dizer “isso vai passar”.

A ética do psicanalista não é pautada em fazer o bem, mas no bem dizer. Uma saída possível para a convergência entre os diversos discursos seria a compreensão freudiana de que a “morte não tem registro no inconsciente” ela é sempre a morte do outro (Freud, 1915/2020, p. 117). Por sua vez, o analista, antenado ao discurso científico dos sinais e sintomas, antecipa-se à certeza, realizando as videochamadas. A certeza antecipada aponta para um tempo que não é cronológico, predeterminado ou que dá para esperar. Dialectizar a negação da morte e sua certeza inexorável foi um trabalho psíquico constante.

Na intubação em que o paciente vive a ameaça de morte, o discurso do analista faz uma virada no discurso capitalista (que torna doentes em objetos numéricos) cujos corpos são avaliados em aptos ou inaptos para a conexão humana, permitindo justamente que essa conexão aconteça. Crises emocionais inexoráveis podem acontecer na intubação. O medo de morrer é um sentimento dominante nos relatos dos pacientes que passaram por ela.

Segundo Simonetti e Barreto (2022, p. 30), “o medo da morte no momento da intubação é muito citado e pouco elaborado”. E mais,

A intensidade da experiência no momento da intubação é perceptível tanto pelas expressões corporais – olhar assustado, tensão muscular, atenção constante – quanto pelas expressões emocionais-sentimentos inomináveis, medo, angústia, recusa (. . .) Quando o aparelho psíquico é inundado por um excesso de energia, as defesas próprias são acionadas, principalmente as mais primitivas, pois aciona o modo sobrevivência (Simonetti & Barreto, 2022, p. 36).

O momento da intubação é o de uma crise real e muitos pacientes resistem à mesma. As reações emocionais não são apenas conflitos internos, mas uma desorganização interna frente a uma ameaça externa, o sentimento de que a vida está no limite. Na sobrecarga energética, ele perde a conexão com a palavra como recurso de elaboração, dificultando a intervenção psicológica pré-intubação. A isto ainda se somam o uso de máscaras e Equipamentos de Proteção Individual – EPI, dificultando a comunicação e a conexão (Simonetti & Barreto, 2022, p. 37).

A proximidade propiciada pelo olhar ofereceu um melhor manejo das experiências de proximidade e distância, de presença e ausência. Confrontado com a percepção de si mesmo com o olhar do outro, modifica-se a relação do sujeito consigo mesmo, propiciando o movimento de subjetivação e simbolização das trocas com o outro (Brusset, 1998). No entanto, um enquadre terapêutico em meio institucional e mediado por um objeto tecnológico exige os cuidados para com a privacidade, condição de continência para os excessos aos quais o paciente fica submetido – sondas, aparelhos, coletas de sangue, entra e sai de enfermeiros, médicos, pessoal da limpeza hospitalar. O analista, no encontro com o paciente em territórios frágeis, há que suportar também o silêncio. “Aquém das palavras, instâncias e funcionamentos psíquicos estruturados, as mudanças no enquadre e na relação traz a necessidade de novos modos de observação e comunicação com o paciente” (Volich, 2022, p. 446).

Conter o não verbal, as manifestações corporais, perceptivas, sensoriais e motoras a partir de pequenos sinais, ruídos, luzes, frio, calor. A sintonia do analista passa não apenas pela escuta, mas também pelo olhar, gestos e movimentos, odores e o tato (aperto de mão). O corpo do analista também é solicitado, por isso que falamos aqui em discurso analítico, em que o corpo está incluído com sua presença no real. Nas vivências contratransferenciais, sensações corporais, sentimentos e imagens também são experienciados pelo analista, podendo apreender e demonstrar os sinais de uma dinâmica que se opera. Na iminência da morte, a possibilidade de ver o rosto torna a perda mais realizável e humanizada, posto que a imagem está contida num enquadramento. O luto antecipatório e o propriamente dito, é um processo elaborativo que vai acontecer na presença do Outro, da linguagem, das pulsões que o invocam.

O luto foi conceitualizado como a “reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa seu lugar: pátria, liberdade ou um ideal” (Freud, 1917/2020, p. 172). Seguindo as perguntas de Freud (1926/2020), se uma reação à perda de objeto é o luto, e sua natureza é particularmente dolorosa, quando é que a separação do objeto traz angústia, luto ou apenas dor?

O olhar desejante e a voz enquanto pulsão invocante trazem humanização para o momento, por mais doloroso que seja. É a possibilidade de fazer contornos simbólicos no real ou mesmo, como no caso da voz, apenas fazer ressoar o timbre, aquele resto não simbolizável que escapa ao tratamento do real da voz pelo simbólico – a “parte maldita”. O psicanalista Jean-Michel Vivès (2018) utiliza o modelo do ponto cego desenvolvido por

Freud e por Lacan para sustentar o circuito da pulsão escópica, buscando mostrar que esse ponto surdo possui efeito de metáfora, detalhando a dinâmica da pulsão escópica em relação a “ser ouvido”, “ouvir” e “fazer-se ouvir”. Para esse autor, o circuito da pulsão invocante pode ser pensada em termos de “chamado”, como de “endereçamento”, ainda mais essencial à pulsão invocante – para além da necessária dimensão do chamado como um jogo em torno da questão do endereçamento: “ser endereçado”, “endereçar”, “fazer-se endereçar” (Vivès, 2018, pp. 10-11). A singularidade da voz é desdobrada pela questão do timbre, que é definido como a dimensão real da voz equivalente ao vetor da transferência vocal. Apaixonamo-nos por um timbre que é inimitável, indefinível, não mensurável e imediatamente reconhecível. O timbre torna presente aquele ou aquela que o possui de maneira violenta e dessemelhante às demais. É a expressão sonora do “peso real do sujeito” (Lacan, 1964/1998, p. 96).

O discurso do analista no hospital com as videochamadas apostou nessa singularidade tão marcante da voz, para que o sujeito pudesse ouvir, ser ouvido e se ouvir. Se ouvir, de acordo com Vivès (2018, p. 11), “nos coloca em contato com o tempo mítico em que a voz do Outro ressoa para responder ao nosso grito, velando-o no melhor dos casos, por trás da fala”.

Lacan (1975-1976/2007, p. 17) vai falar dos efeitos da fala no corpo:

É preciso que alguma coisa no significante ressoe (. . .) Esse dizer, para que ele ressoe (. . .) é preciso que o corpo lhe seja sensível. É um fato em que ele o é, pois o corpo tem alguns orifícios, dos quais o mais importante é o ouvido, que não se pode tapar, arrolhar, fechar. É por esse viés que no corpo, responde o que chamei de voz.

Vivès (2018), portanto, chamou a noção de ponto surdo, o lugar onde o sujeito ao advir como falasser (*parlêtre*), ensurdeceu-se ao timbre da voz do Outro, a fim de fazer ressoar a própria voz. Segundo o autor, o inconsciente é estruturado em torno de um ponto cego, um ponto inconquistável pela percepção, mas também de um ponto surdo, o processo de perda e de ensurdecimento em relação a voz do Outro. O recalque originário separa o sujeito de sua origem e da voz que o convidou a advir (Vivès, 2018).

O ver e ser visto nas videochamadas tornou-se imprescindível arte e manejo do desejo e, por vezes também, do rechaço. Por encarar o factível caminho para a morte, é que podemos torná-la digna de ser vivida e pranteada.

A comunicação contemporânea se encontra atrelada ao discurso da ciência, da tecnologia e do capitalismo, e a psicanálise situa-se no seu avesso, como uma forma de resistência. No avesso da comunicação, a psicanálise mostra a importância da fala, para que o sujeito do ato, com a força da pulsão e o vigor do desejo, se presentifique (Sadala, 2023). A autora também destaca que o virtual, em vez de se opor ao real, refere-se ao possível, permitindo que, numa concepção atual, o conceito de pulsão se articule ao virtual (Sadala, 2023).

Um escultor atua por meio de atos, retirando da pedra tudo aquilo que encobre as formas da estátua nela contida, per via di levar. Em contraste, o pintor deposita, sobre a tela em branco, camadas de cor onde antes nada havia, per via di porre.

Nesses termos, o psicanalista, como um escultor da palavra, exerce sua função no fio da fala, operando ao desvelar aquilo que a recobre, de modo a fazer emergir algo da verdade do sujeito.

Como exercer essa função no hospital, uma vez que há um véu entre o olhar e o real? Há que se ter uma mediação, uma tela que é a fantasia. O lugar do real vai do trauma à fantasia (Lacan, 1964/1998), demarcando que algo não pôde ser atravessado e se repete, para ser simbolizado. O psicanalista no hospital vem ocupar esse lugar de extimidade e de extraterritorialidade: é marginal porque a Medicina a considera uma terapêutica auxiliar e exterior (Lacan, 1965-1966/2018). E é chegado o momento em que a função do analista comporta um certo luto (Lacan, 1960-1961/1992).

O MITO DA MÃO

Lacan disserta sobre “o mito da mão”, referindo-se à mão que se estende para acha (tocha), no Banquete de Platão. Para que o mito seja verdadeiro, é preciso que “a mão tenha um alcance real, desprenda um estranho calor e brote a chama do objeto em fogo” (Lacan, 1960-1961/1992, p. 373). No Banquete, Alcebiades descreve Sócrates como alguém que mesmo diante dos prazeres sensoriais, mantém sua mão sempre estendida, mas nunca fechando-se sobre o objeto de desejo. A metáfora da mão estendida ganha uma nova camada quando pensada em relação ao analista que segurou o *tablet* nas visitas virtuais na pandemia. A mão do analista não apenas se manteve aberta para o desejo e para a falta, mas se tornou um suporte imaginário para a presença do Outro. Para o analista, essa experiência pode ter sido um luto duplo, a cada paciente atendido, o luto pelo paciente e o luto da própria função analítica, deslocada para um papel de mediação, com o espaço da transferência atravessado pela tecnologia. A mão que segura o *tablet* na despedida virtual é a mesma que, no Banquete, se estende para a acha? O que ambas sustentam? Um desejo que nunca se completa; um contato que se faz na ausência. No Banquete, a taça circula entre os convivas assim como o discurso sobre o amor. Ninguém a detém totalmente, ela é compartilhada, passada a diante, símbolo de que algo não pertence integralmente a ninguém. No luto mediado pela tela, a mão que segura o dispositivo permite, um último encontro, pois não pode deter a presença do Outro, ela apenas a media, tornando possível um olhar, uma palavra, um adeus. Ambas as mãos sustentam algo que se oferece como dom, ao mesmo tempo que escapa o amor. O vinho embriaga e aquece no Banquete, mas nunca sacia; no luto virtual, a imagem do outro é real, mas intocável. A ética e a estética se cruzam num gesto: a mão que segura a taça aceita que o vinho não é posse, assim como a mão que segura o *tablet*, sabe que a presença ali é efêmera.

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Articular fundamentos e conceitos da psicanálise junto a outras disciplinas como a Psicologia e a Medicina no ambiente hospitalar, foi um passo para consolidar um valioso objetivo ao contribuir na integração entre saberes e práticas.

A presença do discurso do analista, como aquele que privilegia a palavra do sujeito, mostrou-se não apenas viável, mas necessária na construção de práticas mais éticas e humanizadas no hospital. Ou seja, um discurso que não busca curar no sentido médico, mas permitir que a verdade do sujeito emergja. Na clínica hospitalar, pacientes em pré-intubação puderam, pela fala, dar significação à própria existência. O percurso realizado ratificou a questão central: é possível inserir o discurso do analista e sua ética no contexto hospitalar, inclusive em situações de urgência, crise e finitude.

Quem de nós pode vir questionar a ética da psicanálise numa situação dessas? Não é uma ética de “fazer o bem” necessariamente, tampouco de confrontar regras hegemônicas, mas de garantir a fala diante de um Real que se impõe com a possibilidade premente da

morte. A experiência clínica nos mostrou que a angústia diante da iminência de uma perda se transforma em luto quando se pode nomeá-la, significantizá-la, tecer elaborações e expressar sentimentos e pesares. Mesmo quando o paciente estava em coma induzido, o analista e com seu discurso, arriscava um ato na iminência de uma morte “não dita” pela equipe médica, mas anunciada pelos parâmetros clínicos: “e se hoje for o último dia de vida dele?”. Este ato analítico teve a função naquele momento de tirar a família da suposta inibição para realizar a visita, podendo dar palavras à sua dor.

A problematização das repercussões públicas do projeto das VVF fez parte da construção deste trabalho no Hospital, que foi sendo implantado e implementado com muita cautela, mas com resultados vertiginosos. Nos primeiros dez meses, mais de mil e quinhentas visitas virtuais foram realizadas e mais de seis mil famílias foram alcançadas. Muitos relatos e agradecimentos foram registrados pelos profissionais e pela Instituição, que propiciaram humanização e despedidas.

Mesmo com toda a necessidade premente, não nos furtamos de tecer as devidas análises críticas e éticas, com seus avanços e impasses. O Mito da Mão, no contexto pandêmico, é que existiu e se consolidou um “para além da mão que segura o *tablet*”, demonstrada nesta travessia psicanalítica no hospital.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: CB; **coleta de dados:** CB; **análise dos dados:** CB, JML; **redação do manuscrito:** CB; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** JML.

REFERÊNCIAS

- Brasil. (2021). *Lei n. 14.198, de 2 de setembro de 2021. Dispõe sobre videochamadas entre pacientes internados em serviços de saúde impossibilitados de receber visitas e seus familiares*. Recuperado em 03 de março de 2026, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14198.htm.
- Brusset, B. (1998). Metapsicologia do vínculo e “terceira tópica”. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 13(2). Recuperado em 03 de março de 2026, de <https://revista.sppa.org.br/RPdaSPPA/article/view/769>.
- Buttignol, C. (2025). *Morte, luto e psicanálise: travessias clínicas e interfaces interdisciplinares* [Tese de doutorado não publicada]. Universidade Veiga de Almeida.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2009). *Resolução CFM n. 1.931/2009. Código de ética médica*. Recuperado em 03 de março de 2026, de <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>.
- Freud, S. (2020). *Considerações contemporâneas sobre a guerra e a mortes* (Obras incompletas). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (2020). *Inibição, sintoma e angústia* (Obras completas). Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (2020). *Neurose, psicose, perversão* (Luto e melancolia, pp. 99-118). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1917).
- Jorge, M. A. C., & Rinaldi, D. (2002). *Saber, verdade e gozo: leituras de O seminário, livro 17, de Jacques Lacan*. Rios Ambiciosos.
- Lacan, J. (1992). *O seminário: a transferência* (Lv. 8). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-1961).
- Lacan, J. (1998). *Escritos* (Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise, pp. 238-324). Zahar. (Trabalho original publicado em 1953).

- Lacan, J. (1998). *O seminário os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise* (Lv. 11). Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2007). *O seminário: o sinthoma* (Lv. 23). Zahar. (Trabalho original publicado em 1975-1976).
- Lacan, J. (2008). *O seminário: a ética da psicanálise* (Lv. 7). Zahar. (Trabalho original publicado 1959-1960).
- Lacan, J. (2018). *O Seminário: o objeto da psicanálise* (Lv. 13). Edição não comercial destinada aos membros da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano Brasil. (Trabalho original publicado em 1965-1966).
- Sadala, G. (2023). *Um escultor da palavra no avesso da comunicação*. Contra Capa.
- Senado Federal (BR). (2020). *Projeto de Lei n. 2.136, de 2020. Dispõe sobre videochamadas relativas a pacientes internados em serviços de saúde*. Recuperado em 03 de março de 2026, de <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/149303>.
- Simonetti, A., & Barreto, J. (Orgs.). (2022). *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois*. Artesã.
- Soler, C. (1997). O sujeito e o outro. In R. Feldstein, B. Fink, B., M. Jaanus (Orgs.), *Para ler o Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Zahar.
- Vivès, J.-M. (2018). *Variações psicanalíticas sobre a voz e a pulsão invocante*. (V. A. Ribeiro, Trad.). Contra Capa.
- Volich, R. M. (2022). *Psicossomática, de Hipócrates à psicanálise*. Blucher.
- World Health Organization. (2017). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Recuperado em 03 de março de 2026, de [v.4_17162_World Health Statistics 2017.pdf](#).

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Layla Raquel Silva Gomes

Editor assistente: Monica Marchese Swinerd

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
