



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO



MÁRCIA MATEUS TOURINHO COSTA

CORPO DE EMPRÉSTIMO:

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM PACIENTES EM UTI COVID-19

Salvador

2024

MÁRCIA MATEUS TOURINHO COSTA

CORPO DE EMPRÉSTIMO:

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM PACIENTES EM UTI COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia do Desenvolvimento.

Linha de pesquisa: Contextos de Desenvolvimento, Clínica e Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Suely Aires Pontes

Salvador

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI)
Biblioteca Universitária Isaias Alves (BUIA/FFCH)

C837 Costa, Márcia Mateus Tourinho
Corpo de empréstimo: a clínica psicanalítica com pacientes em UTI COVID-19 / Márcia Mateus Tourinho Costa, 2024.
123 f.: il.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Suely Aires Pontes
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

1. Corpo humano. 2. Psicanálise – Aspectos psicológicos. 3. COVID-19, Pandemia de, 2020-. I. Pontes, Suely Aires. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD: 150.195

Responsável técnica: Hozana Maria Oliveira Campos de Azevedo - CRB/5-1213



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
Instituto de Psicologia - IPS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI
MESTRADO ACADEMICO



TERMO DE APROVAÇÃO

CORPO DE EMPRÉSTIMO:

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM PACIENTES EM UTI COVID-19

Márcia Mateus Tourinho Costa

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Suely Aires Pontes (Orientadora)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.^a Dr.^a Cristiane de Oliveira Santos (Examinadora Interna)
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.^a Dr.^a Maria Lívia Tourinho Moretto (Examinadora Externa)
Universidade de São Paulo - USP

Salvador, 19 de março de 2024.

Dou fé

Documento assinado digitalmente
gov.br SUELY AIRES PONTES
Data: 20/03/2024 16:43:59-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Suely Aires Pontes

AGRADECIMENTOS

In memoriam daqueles que vieram e se foram antes de mim, os meus mortos, que estão sempre vivos comigo: ao meu pai, Carlinhos, por ter me despertado o caminho do conhecimento. Sua partida me deixou o enigma de sempre me perguntar “o que você acharia?”, de modo que você me faz caminhar, mesmo não estando mais aqui. À minha bisavó, Idalina, contadora de histórias e melhor dormida de conchinha em noites de medo na infância, obrigada por me transmitir o significado de contar.

À mainha, Selma, por todo amor, por me fazer quem sou, por me passar os meus melhores traços, dentre eles: a animação. É assim que eu sei viver.

Aos meus avós: Geraldo e Yolanda, por serem o meu *trio grudinho*, desde o dia em que eu nasci. Nosso amor é o que existe de mais forte dentro de mim. À minha avó, Raimunda, pelo doce e genuíno amor. Por toda proteção que me é enviada em cada oração.

A Ranieri, meu companheiro, por me fazer sentir amada de forma tão bonita e cuidadosa, por ser corpo que me sustenta nos momentos mais difíceis da vida, por ser abraço-casa, e, em especial, por todos os docinhos comprados que me permitiram atravessar os momentos de tensão com a escrita dessa pesquisa.

Às minhas tias, Ana Tereza e Sandra, pela sorte de tê-las em minha vida, em meio a duas famílias repletas de homens. Obrigada por todo cuidado, por esse divertido amor, por nossa amizade e, principalmente, por me fazerem inteiramente feliz quando estou com vocês.

Aos meus tios, Frederico, José Eduardo, Fernando Tourinho, Alessandro, Fernando Mateus, Carlos e Luciano, por serem meu porto seguro.

Aos meus irmãos, Luís, Vitor e André, por me verem e me fazerem sentir maior do que eu sou.

À minha madrasta, Sandra Apolônio, por nos amarmos desde o primeiro momento em que nos conhecemos.

A minhas primas e primos, em especial: Malu, Gabriella, Márcia Eduarda e Ricardinho, pela alegria de partilhar e acompanhar nosso crescimento na vida.

Ao *Jambalaia*, Natara Vanin, Victor Freitas e Ranieri, por serem a família que eu escolhi. Obrigada por serem o meu lar, onde quer que estejamos. Em especial a Natara, pelos anos em que éramos nós duas e pudemos construir nosso forte laço de amizade. Por incluir no amor dessa amizade nossas diferenças e permitir que cada um seja exatamente como se é.

A Laís Vilasbôas, minha amiga, *irmã de sonhos*, por me fazer sonhar “mais alto que drones” e realizar junto comigo. Se a gente vai junto, o voo é mais alto e mais bonito.

A Marrahdna Costa, minha amiga, pela disponibilidade como cuida dos seus. Pela radical experiência que vivemos no nascimento de sua filha Lis e por, nesse momento, ter confiado em mim, de maneira afetiva e corporal. Obrigada por sempre acreditar em mim, melhor do que eu mesma e me fazer ir além.

A Joanna Neves. Se eu segui viva, de pé, depois de tudo que vivemos naquela UTI COVID, foi por causa da sua existência em mim. Onde havia tragédia diária, existia sua presença, seu afeto, nossa amizade.

Às minhas grandes amigas e companheiras de percurso na psicologia hospitalar: Ruana Evangelista, Karina Neville, Samilla Melgaço e Thaís Oliveira. Nossa relação transcendeu os muros do hospital e se tornou laço de afeto, de parceria, cuidado e aventuras na vida.

Às queridas colegas do Serviço de Psicologia do hospital, no qual trabalhei por sete anos. Agradeço especialmente a Karine Sepúlveda, por ter apostado em mim, desde o início do meu percurso e, sobremaneira, por tudo o que vivemos no hospital durante a pandemia. E a Ana Paula Brasiliano, por me levar para ver o mundo, inclusive, o da maternidade.

Aos meus grandes amigos do *Galileu*, por existirem em mim há 21 anos e serem para toda a vida, em especial: Luana Reis, Rafaela Neves, Priscila Meneses, Lívia Rocha, Valter Moraes, Guilherme Honorato, Pedro Igor, Bruno Oliveira, Cássio Oliveira, Thiago Clement, José Lucas e Giovana Mendes. Obrigada por estarem comigo nas mais diversas fases e transformações da minha vida. Pela torcida em cada escolha do meu caminho e por me amarem do jeitinho que eu sou.

Às minhas estimadas amigas da minha terra, Canavieiras: Vanessa Passos e Twanny Moura, pela longevidade e solidez do laço de amizade. E a meu amigo Taynan Brandão, pelo que os livros causam em nós.

A Ruhana Falcão e Raisa Françoso, por juntas, levarmos a sério o que é ser mulher e partilharmos as minuciosidades que nos atravessam.

A Daniela Lima, minha dupla, pelo presente que foi te encontrar na vida e poder fazermos a travessia do mestrado juntas. E, além de sermos parceiras nesse percurso, agradeço a genuína construção da nossa amizade. Obrigada pela confiança e sincronia com que alternávamos nossas angústias, devaneios e inseguranças. Pelas descobertas, crescimento, escuta acolhedora, sonhos e escritas partilhados. Por acreditarmos fortemente uma na outra e juntas, nos lançarmos aos novos rumos.

A Suely Aires, minha orientadora, pelo feliz encontro da vida. Obrigada por me ver e acreditar em mim, muitas vezes melhor do que eu mesma. E, nesse acreditar; abrir portas, impulsionar, ser a mão que segura com firmeza e que caminha junto para os novos rumos. Obrigada pelos abraços, risadas, banhos de mar e de chuva, pela amizade, pelas aventuras, pelo Outrarte e por ter marcado, radicalmente, a minha relação com a escrita e com a transmissão da psicanálise.

A Cristiane Oliveira, minha supervisora, pela escuta calorosa às minhas inquietudes na prática psicanalítica e por, a cada supervisão, impulsionar o meu desejo pela formação psicanalítica. Obrigada por, durante a pandemia, acolher as minhas angústias e incertezas de forma tão cuidadosa, quando eu, por diversos momentos, ao atender um(a) paciente em UTI COVID, não sabia se o que eu estava fazendo ali era fazer psicanálise, e sua escuta me fazia reconhecer que sim. Essa pesquisa existe porque você me escutou.

A Ethel Poll, minha primeira analista, que esteve comigo por 11 anos, incluindo o tempo de pandemia. Obrigada por estar comigo na travessia dos meus desertos, por me fazer saber que eu poderia atravessá-los e não estaria sozinha, pois tinha você comigo.

A Tânia Abreu, minha analista, por acolher e recolher os meus pedaços despedaçados pela pandemia. Por me fazer pôr em palavras coisas inicialmente indizíveis. Por me fazer acreditar mais em mim e, com isso, levar a sério meus desejos. Com você, estou indo além.

À equipe da UTI 1B, pela parceria com que experienciamos a pandemia, em especial: os(as) médicos(as), Bruno Badaró, Galeno, Adhemar, Marcelle, Márcia Lílian e Aline. As enfermeiras, Aline, Taise, Karine, Fernanda Castro, Fernanda Santiago e Ilza. Os meus queridos amigos da recepção, Jéssica, Bárbara e Rafael. Os(as) técnicos(as) de enfermagem, Adriana, Márcia, Vando, Selma e Fabiana. Dina, da limpeza. E Jay e Evaldo, operacionais.

A Maria Lívia Moretto, Cristiane Oliveira, Andrea Hortélio e Mônica Venâncio pela gentileza nas leituras e importantes contribuições para a construção desse trabalho. Em especial, a Maria Lívia e Cristiane, por aceitarem participar da Banca de Defesa.

Aos meus incríveis colegas do Grupo de Pesquisa “Hiato: Psicanálise, Clínica e Política”. Obrigada por tornarem esse espaço tão especial, acolhedor e edificante.

Aos pacientes e familiares atendidos em UTI durante a pandemia, por confiarem na minha escuta, na minha presença, e sobremaneira, no meu corpo e na minha voz.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pelo financiamento que permitiu a dedicação para a realização desse trabalho.

E, por fim, agradeço a Nala, minha cachorrinha, por ser fiel companheira de escrita, em todas as horas. Obrigada pela barriga quentinha sob meus pés e por me olhar com amor.

Tia Maria estava indo embora e eu,
ainda sem saber disso, estava um pouco distante,
em uma casa de frente a uma lagoa
e usava um vestido que era dela.
De repente, Maria se foi.
Desde 2021, quando a COVID-19 pegou Maria,
por incontáveis vezes,
achei que era chegada a hora de Maria partir,
mas Maria sempre ficava.
De forte que era. De forte que me fazia ser também.
Um dia, escrevendo a palavra Maria,
eu vi que seu nome estava dentro do meu:
Marcia, Mar(c)ia, “c”, Maria. Esse resto “c” é c de casa.
Às vezes, diante do horror, nosso corpo pode se fazer casa para alguém,
pode abrigar a ruptura da angústia com o segurar das mãos.
Incontáveis vezes.
Mas a que eu conto, foi a única em que não estive.
É porque as coisas acontecem de repente,
assim como Maria que partia, enquanto eu, feliz,
usava seu vestido.
O vestido florido de Márcia Maria.

Este trabalho é dedicado à memória de minha tia-avó, Maria;
professora aposentada, tia e irmã muito amada, que carregou no corpo a COVID-19
e os severos impactos em sua vida, por cerca de dois anos.

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que vivenciaram,
no próprio corpo, a COVID-19;

E, ainda, este trabalho é dedicado a todas(os) as(os) *psis* hospitalares, por nosso
enfrentamento com dever ético-político diante do sofrimento dos sujeitos.

É preciso que a mulher escreva através do seu corpo, que ela invente a língua inexpugnável que aniquila as divisórias, classes e retóricas, regulamentos e códigos, que ela submerja, transpasse, atravesse o discurso de reserva última, inclusive aquele que ri de si mesmo ao ter que pronunciar a palavra “silêncio”, aquele que, mirando o impossível, para imediatamente face à palavra “impossível” e a escreve como o “fim”

(Hélène Cixous, *O riso da Medusa*)

RESUMO

Esta pesquisa surge da experiência clínica da pesquisadora com pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de referência COVID-19, durante o período de março de 2020 a setembro de 2021, em um hospital de grande porte na cidade de Salvador – BA. A partir dessa experiência foi formalizado como problema de pesquisa a seguinte pergunta: qual é a função do corpo da psicóloga, praticante de psicanálise, no manejo clínico do paciente crítico por COVID-19? O objetivo geral do projeto é discutir a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico ao paciente crítico por COVID-19. Enquanto objetivos específicos, propõe-se: I) Caracterizar as transformações do trabalho da psicóloga no hospital em uma UTI COVID-19, em articulação com a teoria psicanalítica; II) Descrever a entrada dos dispositivos virtuais como ferramenta de comunicação e intervenção clínica junto a pacientes hospitalizados em razão da COVID-19 e III) Articular as noções de corpo, posição do analista e desejo do analista em relação aos casos clínicos. Este trabalho se ancora na teoria psicanalítica freudiana e lacaniana como eixo orientador no delineamento conceitual, metodológico e investigativo desta pesquisa, e adota a perspectiva dos corpos a fim de articular as leituras psicanalíticas e o advento da pandemia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com característica retrospectiva e documental, que utiliza como estratégia metodológica o traço do caso (*trait du cas*). Este método de pesquisa em psicanálise favorece a preservação da identidade dos pacientes e o recorte da questão-enigma em torno dos casos, pois seu interesse está nos elementos que dizem respeito à prática do psicanalista-pesquisador. Portanto, a eleição dos casos está articulada ao seu valor enigmático e de transmissão da clínica psicanalítica, por terem convocado a praticante de psicanálise a produzir uma inventividade em sua função: emprestar corpo e voz. Os resultados nos permitiram isolar o *corpo de empréstimo* como o traço dos casos, e, nessa direção, as formulações teórico-clínicas deste estudo compreendem o *corpo de empréstimo* como um operador tático encontrado pela praticante de psicanálise para fazer operar o desejo do analista diante de situações clínicas limites. Espera-se, através do aprofundamento teórico-clínico dessa pesquisa, contribuir com o compromisso ético e político da psicologia e da psicanálise diante do advento da pandemia e suas convocações de reinvenção da clínica.

Palavras-chave: Corpo; Psicanálise; Pandemia COVID-19; traço do caso

ABSTRACT

This research arises from the researcher's clinical experience with patients in a COVID-19 reference Intensive Care Unit (ICU), during the period from March 2020 to September 2021, in a large hospital in the city of Salvador - BA. Based on this experience, the following question was formalized as a research problem: what is the role of the body of the psychologist, practitioner of psychoanalysis, in the clinical management of the critical patient by COVID-19? The general aim of the project is to discuss the analytical function of the body of the psychoanalysis practitioner in the clinical management of the COVID-19 critical patient. As specific objectives, we propose: I) To characterize the transformations of the psychologist's work in the hospital in a COVID-19 ICU, in articulation with psychoanalytic theory; II) To describe the entry of virtual devices as a tool for communication and clinical intervention with patients hospitalized due to COVID-19 and III) To articulate the notions of the body, the analyst's position and the analyst's desire in relation to clinical cases. This work is anchored in Freudian and Lacanian psychoanalytic theory as the guiding axis in the conceptual, methodological and investigative design of this research, and adopts the perspective of bodies in order to articulate psychoanalytic readings and the advent of the pandemic. This is a qualitative, retrospective and documentary study, which uses the *trait du cas* as its methodological strategy. This method of research in psychoanalysis favors preserving the identity of the patients, as its interest lies in the elements that concern the practice of the psychoanalyst-researcher. Therefore, the choice of cases is linked to their enigmatic value and to the transmission of the psychoanalytic clinic, as they have called on the psychoanalytic practitioner to produce an inventiveness in her function: to lend body and voice. The results allowed us to isolate the body lending as the trait of the cases and, in this sense, the theoretical-clinical formulations of this study understand the body lending as a tactical operator found by the practitioner of psychoanalysis to make the analyst's desire operate in the face of limiting clinical situations. Through the theoretical and clinical deepening of this research, we hope to contribute to the ethical and political commitment of psychology and psychoanalysis in the face of the advent of the pandemic and its calls to reinvent the clinic.

Keywords: Body; Psychoanalysis; COVID-19 pandemic; trace of the case

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 De frente ao vírus à "linha de frente"	18
1.2 Delineamento do problema de pesquisa	21
1.3 Objetivos	23
1.4 Método	24
2 A PRÁTICA <i>PSI</i> NO HOSPITAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19	27
2.1 Perspectivas psicológicas	28
2.1.1 <i>Panorama internacional: intervenções psicológicas na pandemia COVID-19</i>	28
2.1.2 <i>Panorama brasileiro: a psicologia hospitalar em tempos de pandemia COVID-19</i>	33
2.2 Perspectivas psicanalíticas	40
2.2.1 <i>A prática psicanalítica no hospital durante a pandemia COVID-19</i>	42
2.2.2 <i>Por uma inventividade responsável: os usos do corpo do analista na práxis</i>	46
3 CORPOS QUE CONTAM: PSICANÁLISE E PANDEMIA	49
3.1 O corpo em Psicanálise: não um conceito, uma razão	53
3.1.1 <i>O corpo em Freud: cartografia corporal</i>	54
3.1.2 <i>O corpo em Lacan: três dit-mensions</i>	57
3.2 Corpo que escuta: a posição do analista	62
4 CORPO DE EMPRÉSTIMO	70
4.1 O traço do caso: a invenção do psicanalista	71
4.2 "O que vem antes é um ruído": voz a emprestar	76
4.3 Corpo a emprestar: elementos de fronteira	82
4.4 Limites do empréstimo... ou limites da pessoa da analista	92
"FAZER DE UM CHÃO DE LETRAS, UM RUMO"	100
REFERÊNCIAS	109

APRESENTAÇÃO

Faz quatro anos. E, até hoje, me sinto em um complexo hiato temporal; às vezes parece que foi ontem, às vezes parece que se passaram dez anos. Mas, para falar a verdade, eu ainda me sinto lá, em tempos de pandemia COVID-19. Para ser ainda mais específica, dentro da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) na qual eu trabalhava nesse período.

Começo reconhecendo a minha dificuldade de recortar, entre tantos momentos experienciados em uma UTI COVID, o que eu gostaria de contar. Como uma equilibrista, preciso me manter na linha do objeto dessa pesquisa, a qual propõe discutir a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico com os pacientes em UTI COVID-19. Se esse tema foi o proposto, em meio a tantas outras possibilidades, foi certamente pela visceralidade que me causa e o empuxo à elaboração: elaboração em análise pessoal, elaboração em escrita, elaboração de luto. Escrevo esse trabalho porque não posso não o fazer, porque acredito que essa escrita laboriosa pode vir a transmitir algo a alguém.

Darei início, então, com a minha pergunta nevrálgica, aquela que me interpelava e que, *a posteriori*, ressurgia em cada supervisão clínica: o que é isso que eu estou fazendo? Isso é analítico? Essa pergunta me acompanhou por muitos momentos e, no tempo de agora, penso que ela tenha sido a disparadora das minhas inquietações clínicas que vieram a se tornar o problema dessa pesquisa. Trago o recorte de uma cena com a qual eu me deparava diariamente, com os mais diversos pacientes, para ilustrar os momentos em que essa pergunta me tocava profundamente. Estava diante de pacientes, cada um(a) paciente, que queriam falar, queriam ser atendidos, mas se encontravam com um quadro respiratório limítrofe. Eles não sustentavam uma fluidez narrativa que possibilitasse formular uma frase; suas palavras soavam soltas e, por vezes, quase inaudíveis. Mas com essas “palavras soltas” conseguiam pronunciar o horror que vivam: ele ou ela, com um gesto, me pedia que segurasse sua mão, me olhavam e diziam, palavra por palavra: “*eu... vou... morrer?*” ou “*me... diga... que... eu... não... vou... morrer!*” e “*fique... aqui... comigo!*”. O que fazer diante de sujeitos em franca angústia de morte? Que sentiam no limite do corpo o presságio da morte, o limite da respiração, carregando no corpo uma doença que naquele tempo não era suficientemente conhecida? O que uma praticante de psicanálise poderia fazer ali?

O que eu fiz: ficar! Ficar ali com eles, atender o seu pedido. Em uma UTI COVID, como praticante de psicanálise vivi momentos nem sempre “tão” analíticos, se posso dizer assim, mas

eu diria que nem por isso deixaram de ser atos de cuidado. A tragédia nos convoca a muitas coisas, dentre elas à dignidade e à humanidade. Um paciente com COVID carrega a marca do isolamento, está distante de sua família, está sozinho no leito, é um corpo isolado e quando tocado por alguém, não é por um conhecido, mas por um profissional, revestido de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Assim, ficar era fazer alguma coisa.

Esse “ficar” não é algo novo para uma analista no hospital. A prática clínica de psicanalistas nesse ambiente já demandava previamente à pandemia um dinamismo técnico, bem expressado nas palavras de Machado e Chatelard: “a presença do psicanalista em um hospital inclui a imprevisibilidade, a surpresa, o real como furo” (Machado & Chatelard, 2012, p. 18). A analista no hospital é constantemente convocada a operar com o inédito e, frente a esse ineditismo da cena hospitalar, seu principal feito é ofertar-se em escuta (Mohallem, 2003; Machado & Chaterlad, 2012; Calazans & Azevedo, 2016; Salgado & Coppus, 2020). A minha pergunta nevrálgica incidia sobre esse último ponto: o que fazer quando o que se sabe fazer é escutar, mas o paciente não sustenta a fala por conta do limite do corpo? Foi diante dos limites impostos: nos corpos dos pacientes, no contato entre paciente e família, e no manejo clínico, que me vi impelida à inventividade de minha função: *a emprestar corpo e voz*.

Eu poderia começar a escrita dessa dissertação por qualquer outra via, mas escolhi começar pelo limite, de maneira análoga aos acontecimentos da história dessa pesquisa, na tentativa de que o(a) leitor(a) veja - como uma espécie de paisagem de abertura¹- de onde escrevo. Afinal, é do limite que se trata. Dito isto, convido o(a) leitor(a) a emprestar o seu corpo para a experiência de passagem desta dissertação, a qual tem um percurso de escrita² organizado em cinco partes.

A primeira parte apresenta a articulação entre leituras psicanalíticas e o advento da pandemia, circunscrevendo as dimensões sociais e políticas desse cenário. A introdução é composta de outras subseções, a saber: De frente ao vírus à “linha de frente”; delineamento do problema de pesquisa; os objetivos gerais e específicos e, o método da pesquisa.

A segunda parte, intitulada “A prática *psi* no hospital durante a pandemia COVID-19”, apresenta a revisão de literatura deste estudo e está dividida em duas grandes seções: 1) perspectivas psicológicas e 2) perspectivas psicanalíticas, e quatro subseções, a saber: I-

¹ Expressão extraída de Castello Branco e Sobral (2023), no livro “O que é a psicanálise literária?”

² De antemão, antecipo que o(a) leitor(a) encontrará na escrita dessa pesquisa uma variação da voz narrativa. Essa variação atende aos tempos e modos da pesquisa: 1) na primeira pessoa, quando me refiro aos momentos mais singulares que dizem diretamente da minha experiência; 2) na primeira pessoa do plural, quando estou apoiada na construção da pesquisa que não se faz só, e 3) na terceira pessoa, quando me refiro a uma teorização ampla que impele ao uso do universal.

Panorama internacional: intervenções psicológicas durante a pandemia COVID-19 e II- Panorama brasileiro: a psicologia hospitalar em tempos de pandemia COVID-19. Em seguida, a seção psicanalítica também se encontra dividida em dois tópicos: III- *A prática psicanalítica em hospital durante a pandemia COVID-19*; IV- *Por uma “inventividade responsável”: o corpo do analista na práxis.*

A terceira parte, “Corpos que contam: psicanálise e pandemia”, propõe uma leitura psicanalítica do fenômeno da pandemia COVID-19 pela perspectiva dos corpos daqueles que viveram a experiência do coronavírus, em sua materialidade e, também, através do corpo da própria praticante de psicanálise. Aqui, cada corpo conta. Essa terceira parte compreende o marco teórico e está dividida em duas seções. A primeira seção, “Corpo em Psicanálise: não um conceito, uma razão”, busca apresentar um percurso teórico do corpo que nos permite pensar a construção corporal. E, para tal tarefa, contém duas subseções: 1) “O corpo em Freud: cartografia corporal”, e 2) “O corpo em Lacan: três *dit-mensions*”. A segunda seção do marco teórico, intitulada “Corpo que escuta: a posição do analista”, propõe, a partir do conceito de posição do(a) analista, articular corpo e prática do(a) analista.

A quarta parte, o “*Corpo de Empréstimo*”, está dividida em quatro sessões. A primeira, “O traço do caso: a invenção do psicanalista”, dedica-se a apresentar detidamente o conceito desse método de trabalho. As seguintes seções apresentam os momentos clínicos e a discussão que compõem o traço do caso: 2) “O que vem antes é um ruído: voz a emprestar”, propõe traçar pontos de definição conceitual sobre a voz e tensioná-la do lado do analista, de sua prática; 3) “Corpo a emprestar: elementos de fronteira” busca abordar o lugar do corpo da praticante de psicanálise nos manejos clínicos e apontar questões teórico-clínicas quanto à presença física e à virtualidade, e 4) “Limites do empréstimo... ou limites da pessoa da analista” apresenta o momento clínico de um caso para apontar o que, do encontro com esse caso, atravessou a praticante em sua posição de analista, convocando-a, escancaradamente, enquanto pessoa. Em seguida, são propostos mais dois pontos de discussão para falar do limite da pessoa da analista.

Por fim, as considerações finais, intitulada “Fazer de um chão de letras, um rumo”, retomam os objetivos dessa pesquisa de maneira a apresentar os caminhos de trabalho percorridos para a construção das formulações teórico-clínicas desenvolvidas nesse estudo, lançando as apostas em novos rumos de pesquisa e apontando as limitações do trabalho. Acredita-se que tais formulações possam contribuir com o campo da psicologia e da psicanálise após o advento da pandemia e suas convocações de reinvenção da clínica.

1 INTRODUÇÃO

É pela perspectiva dos corpos que esse trabalho se propõe a articular leituras psicanalíticas e o advento da pandemia, com o objetivo de discutir a função do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico com pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para COVID. Passados quatro anos de pandemia, esta pesquisa se inscreve como possibilidade de transmissão de minha prática clínica, enquanto praticante de psicanálise, em UTI COVID-19 de um hospital particular de grande porte na cidade de Salvador-Bahia. No tempo em que ainda não existiam vacinas, surgiram as primeiras inquietações clínicas que se transformariam no problema dessa pesquisa: interrogar a função do corpo da praticante no manejo clínico com os pacientes críticos por COVID-19. Para tanto, uma demarcação social e política das ações governamentais no território brasileiro é imprescindível para dimensionarmos o cenário catastrófico e desigual em que as transformações assistenciais dentro da esfera hospitalar foram circunscritas.

O novo coronavírus, o SARS-CoV-2, causador da COVID-19, tem seu início datado em dezembro de 2019 na China. Um mês depois, em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Organização Mundial de Saúde, 2022). Dois meses depois, nesse mesmo ano, é divulgado oficialmente o estatuto de pandemia (OMS, 2020). Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2022), a OMS declarou sete emergências dessa importância: a primeira foi em 2009 com a pandemia de H1N1; em 2014 houve duas declarações, uma em maio, associada à disseminação do poliovírus, e em agosto, com o surto de Ebola na África; em 2016, houve a emergência decorrente do zika vírus no Brasil; em 2018, com o reaparecimento do vírus Ebola na República Democrática do Congo; em 2020 com a COVID-19 e a mais recente em 2022 com a varíola dos macacos (OPAS, 2022). Em maio de 2023, foi declarado o fim da COVID-19 como emergência de saúde pública (OMS, 2023).

Entretanto, a humanidade já viveu em sua história outras grandes pandemias, dentre algumas: a peste bubônica, conhecida como peste negra, no século XIV; a pandemia de cólera no século XIX; a gripe espanhola no começo do século XX; a pandemia HIV/AIDS registrada na década de 1980 e as pandemias anteriores de SARS nos anos 2002 a 2004 (Gullot & Serpa, 2020; Hochman & Birn, 2021). Nessa direção, Dunker et al (2021) consideram a pandemia

COVID-19 uma “faca afiada” que marca a entrada do século XXI e tem por particularidade de sua época as tecnologias de informação.

Seu percurso foi marcado por variantes do vírus e pode ser descrito por fases ou “ondas” de expansão pelo território global (Barcellos & Xavier, 2022). No Brasil, a campanha de vacinação teve início em janeiro de 2021. Barcellos e Xavier (2022) recordam que, no cenário brasileiro, a terceira fase – fevereiro a junho de 2021 – foi marcada como a de maior expansão do vírus, causando colapso do sistema de saúde, maior índice de contaminação e óbitos, deficiência de equipamentos e esgotamento das equipes de saúde.

Para além dos indicadores e dados, é crucial assinalar a complexidade dos desafios sociais, econômicos, políticos, éticos e científicos que a pandemia revela. Para Birman (2021): “Se o vírus remete a uma problemática eminentemente orgânica, a pandemia, em contrapartida, ultrapassa em muito o campo estrito do discurso biológico” (p. 55). Nesse sentido, afirma que a pandemia precisa ser pensada por meio de uma leitura interdisciplinar. Em uma perspectiva distinta, o filósofo Preciado (2020) revê a história das últimas pandemias através da noção foucaultiana de biopolítica³ e faz uma provocação interessante: “fale-me como a sua comunidade constrói a própria soberania política e lhe direi quais formas tomarão as suas epidemias e como você as enfrentará” (p. 4).

As soberanias políticas atuais podem ser melhor situadas a partir da noção de necropolítica, proposta por Mbembe (2016). Segundo esse autor, a forma de “expressão máxima” das soberanias atuais está no exercício do poder que define quem pode viver e quem se deixa morrer, pois “exercitar a soberania é exercer controle sobre a mortalidade e definir a vida como a implantação e manifestação de poder” (p. 123). Ao considerar as contribuições de Mbembe para pensar a pandemia, podemos seguir duas vias distintas de leitura: a polarização (Birman, 2021) e o negacionismo (Jorge et al, 2020; Duarte & César, 2020).

Segundo Birman (2021), a polarização se apresentou através da oposição entre dois discursos: “o imperativo da vida” e o “imperativo da economia”. No primeiro discurso, defendia-se o isolamento social como medida de proteção e preservação da vida; já no segundo, a economia foi colocada como uma necessidade prioritária e defendia-se a abertura das atividades econômicas. O autor chama atenção para o “falso dilema” que a política governamental causou ao opor vida e economia, tendo em vista que os próprios dados do Fundo Monetário Internacional informavam uma recuperação mais rápida da economia nos países que tinham respeitado as normativas sanitárias de isolamento. Birman (2021) considera a escolha

³ “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo [...] o corpo é uma realidade biopolítica” (Foucault, 1979/2017, p.144)

de governantes pelo imperativo da economia “um ato perverso e cruel. De acordo com seus cálculos políticos e eleitorais, preferiram sacrificar milhares de vidas e empilhar os cadáveres dos seus cidadãos a se importar com o que é de fato digno de valor: a vida de cada um, em sua singularidade inigualável e incomparável” (p. 52).

A polarização está atrelada ao fenômeno do negacionismo. Segundo Jorge et al (2020), o negacionismo é um fenômeno político que tem como marca “o império de *fake news* produzidas pela máquina estatal até a negação da gravidade da pandemia, considerada desde o início uma virose banal” (p. 589). O negacionismo durante a pandemia se apresentou em ações e discursos de banalização das mortes. Para Duarte e Cézár (2020), “o negacionismo é um fenômeno social não apenas porque implica a produção e difusão em massa de teses controversas em relação a consensos científicos validados, mas também porque teses negacionistas provocam impactos diretos no comportamento de milhões de pessoas” (p. 9).

O discurso polarizado e negacionista implicou o desalinhamento de ações sociais e sanitárias de resposta à expansão do vírus, como também a insistente divulgação de medicamentos sem eficácia científica, o atraso para iniciar campanhas de vacinação e, portanto, produziu a expressividade epidemiológica do número de casos contaminados e de óbitos. Preciado (2020) considera que “as distintas epidemias materializam no âmbito do corpo individual as obsessões que dominam a gestão política da vida e da morte das populações em um período determinado” (p. 4). O negacionismo afetou visceralmente os registros subjetivos e sociais de inscrição do “mal-estar”⁴ pandêmico em nossos corpos.

Em função da alta transmissibilidade do vírus, os serviços de saúde precisaram reformular seus espaços físicos, rotinas e fluxos. Organizações como a OMS e a ANVISA formularam normativas sanitárias as quais incluem medidas de prevenção e controle durante atendimentos, precauções de contato e isolamento para assistência, equipamentos de proteção individual (EPIs) com capacitação aos profissionais de saúde quanto à paramentação, desparamentação e desinfecção dos EPIs (ANVISA, 2020).

A pandemia trouxe para a cena hospitalar o isolamento dos corpos. As famílias foram retiradas do contexto de acompanhamento presencial aos pacientes e estes passaram a vivenciar a hospitalização distante de suas figuras afetivas. As equipes foram revestidas pela nova roupagem, os EPIS. Se uma UTI Geral tradicional atendia a pacientes com diversidades diagnósticas, uma UTI COVID recebe a centralização desse fenômeno e exige diretivas de fluxo

⁴ A noção freudiana de mal-estar será apresentada posteriormente, no marco teórico deste projeto.

assistenciais com maior rigor. Para além do novo perfil dos pacientes e as reformulações sanitárias, esse cenário engendrou uma mudança no *setting* da psicologia no hospital.

1.1 De frente ao vírus à “linha de frente”

às vezes eu voltava a mim e parecia estar num cenário de guerra, desses de filme, nunca estive em uma. Achava que estava sonhando, mas aí eu percebia que meu olho estava aberto...era a vida que estava um pesadelo
(paciente atendido em UTI COVID-19)

Minha atuação em UTI COVID percorreu o período crítico da pandemia – março de 2020 até setembro de 2021 –, visto que essa unidade se manteve como referência por todo o período pandêmico. Previamente à chegada da pandemia, a unidade era uma unidade semi-intensiva geral e, como equipe multidisciplinar, trabalhávamos juntos há mais de 5 anos. Quando a OMS declarou oficialmente o estatuto de pandemia na primeira quinzena de março de 2020, já estávamos “de frente ao vírus”, confrontadas com essa realidade, pois também havia sido confirmado o primeiro caso no hospital, especificamente nessa unidade. O hospital precisou ser emergencialmente reorganizado e nesse momento as(os) profissionais médicas(os), enfermeiras(os), fisioterapeutas, técnicas(os) de enfermagem, profissionais de limpeza e de administração foram mantidas(os). Contudo, a psicologia foi retirada. É importante situar que o Serviço de psicologia dessa instituição era composto à época por 21 psicólogas, sendo 20 direcionadas à assistência e 1 com função de liderança, pertencente a cargo administrativo. As psicólogas eram predominantemente profissionais de referência de unidades intensivas, lotadas por duplas para cada setor e uma para as unidades abertas. Por esse sentido, utilizo o termo “retirada” para descrever inicialmente o que nos aconteceu.

Passamos a nos reunir na busca de informações e orientações que nos ajudassem a pensar o que fazer; de início nos perguntávamos “o que a psicologia pode fazer?”; em seguida essa pergunta passou para “de que forma podemos seguir nossa assistência dentro do hospital?”. Para todas as unidades do hospital, a primeira estratégia foi instalar o atendimento aos familiares por telefone; nas demais unidades (não COVID) as profissionais de psicologia passaram a usar roupa privativa, touca, óculos de proteção e, claro, a máscara N95, para seguimento dos atendimentos presenciais aos pacientes. Nesse instante meu incômodo com a

situação dos pacientes com COVID se instalava de maneira forte: pensava no sofrimento deles e a equipe que estava “lá dentro” confirmava - “olhar de pânico”, “choro”, “assustado lá sozinho”. Foi então que, apesar do medo, tivemos o posicionamento de não recuar. Era preciso cuidar do sofrimento do outro e podíamos fazer isso utilizando aquele que sempre foi nosso principal feito: ofertar escuta. Era preciso não perder isso de vista, escutar é também uma forma de cuidado.

Assim, foi definido de início que duas psicólogas seriam referência na unidade COVID, eu e mais uma colega. A escolha se deu por manifestação do desejo e por já fazermos parte da equipe. Mais à frente, esse número foi aumentando e aqui é importante dizer que viver essa experiência junto a colegas que são, antes de tudo, laços de afeto, foi o que me sustentou durante esse período.

A primeira estratégia foi atender os pacientes por um telefone corporativo disponibilizado pela instituição. Assim, quando alguém da equipe estava paramentado e prestando cuidado direto ao paciente, era oferecida a possibilidade de ser atendido pela profissional de psicologia por telefone. Conforme aceite do paciente, o telefone era deixado com ele e a equipe nos sinalizava para que pudéssemos fazer a ligação e atendê-los. Nesse tempo, os pacientes em sua maioria não estavam em estado grave. Conforme a equipe sinalizava e percebíamos a angústia e o sofrimento dos pacientes, nosso posicionamento de que o serviço de psicologia deveria estar dentro da unidade só crescia. Foi então que, após importantes discussões com a infectologia e com a diretoria do hospital, adentramos na unidade no final do mês de março. Passamos inicialmente por treinamento para uso de EPI, paramentação e desparamentação. Estávamos agora na “linha de frente”.

Recordo-me do medo e nervosismo que atravessavam meu corpo: Será que eu conseguiria escutar o paciente? E se eu me contaminasse? E se eu levasse o vírus para dentro de minha casa? Desse instante em diante questões sobre meu corpo passaram a se apresentar. No tempo de agora, em que escrevo a pesquisa, revisito meu diário e lá estão anotadas minhas angústias e inquietações: Como meu corpo suportaria o que estava por vir? Como sustentar uma escuta analítica? Como sustentar uma posição de semblante de objeto quando estou atravessada pelo medo, angústia e ameaça de contaminação? Parece que desde o início eu havia percebido que na pandemia se tratava dos corpos. Corpos contaminados, corpos isolados, corpos expostos ao risco no cuidado e na escuta aos pacientes.

Nosso fluxo assistencial passou por algumas tentativas de ajustes até ser estabelecido. Seguimos com o atendimento aos familiares por telefone e acompanhamento presencial aos pacientes. É preciso assinalar que os dispositivos virtuais (*tablet*, videochamada) entraram na

cena hospitalar de maneira muito forte, o que nos demandava um cálculo cuidadoso para manter a clínica soberana e não cair em uma rotina automática de realização de “visitas virtuais”. Dessa forma, o contato virtual entre paciente e família era viabilizado pela profissional de psicologia três vezes por semana, em turnos pré-estabelecidos. Aos pacientes lúcidos, o *tablet* ou telefone era oferecido e incentivado que eles próprios realizassem o contato. Quanto a pacientes em ventilação mecânica, primeiro realizávamos contato com a família para conhecer a psicodinâmica familiar, ofertar escuta e acompanhamento psicológico, então o contato virtual era favorecido de acordo com o desejo dos familiares. Dois meses depois de nossa entrada, a unidade já havia se configurado em UTI coorte⁵ e parecia um espaço de “guerra”. Passávamos todo o tempo paramentadas: roupa privativa, luva, capa, máscara, óculos de proteção e *face shield*, mais uma camada de capa e luva a cada leito que entrasse.

Nesse tempo, eu via sofrimento por todos os lados: dos casais que eram internados juntos; dos filhos com medo de perder seus pais ao mesmo tempo e, na maioria das vezes, era só um dos pais que voltava para casa; o sofrimento de quem estava com a mãe e o marido internados ao mesmo tempo; de quem estava na UTI e feliz com a sua saída e não imagina que o pai havia morrido em outro hospital; de gente que perdeu filho jovem e não pôde se despedir porque também estava doente. Eu via sofrimento pela tela de um *tablet*, de gente se despedindo do amor de sua vida. Eu via o desamparo dos meus colegas de UTI, que às vezes chegavam a duvidar do seu fazer diante de tantas mortes e se sentiam “enxugando gelo”. Era o limite, o limite do corpo de quem queria falar e chorar, mas a respiração não deixava, o limite de quem me olhava e em frases curtas dizia “vou morrer, me diga que não”. E de tanto que vi e ouvi sofrimento, eu vi o meu – quando eu tentava ofertar escuta e me deparava com o real cravejado na cena e nos corpos dos pacientes. O que mais à frente veio a se tornar o problema de pesquisa, de início me foi sofrimento, incerteza, não saber o que fazer.

Sobre esse não saber o que fazer, me recordo do “Achar Palavra”, grupo desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) em parceria com o Laboratório de Pesquisa Psicanálise, Saúde e Instituição (LABPSI USP). As reuniões desse grupo me faziam ver que não estávamos sozinhas, pois psicólogas e psicólogos de diversos hospitais em diferentes estados participavam das reuniões. Nesse espaço, nos lembravam que revisitar o que já se fazia, revisitar nossos fundamentos teóricos, permitia uma elaboração do que seria possível fazer diante do que parecia impossível.

⁵ Nomenclatura utilizada sobre tipo de isolamento que separa em uma área os pacientes com mesmo tipo de infecção. Durante a pandemia foram os setores que receberam pacientes suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2

À medida que a pandemia avançava, víamos de perto a criticidade dos pacientes, assim como uma queda de faixa etária no perfil das pessoas internadas. Foi junto a esses pacientes críticos que minhas inquietações clínicas se formaram. Tomaremos para essa pesquisa a definição de pacientes críticos como aqueles que se encontravam no limite: tanto do ponto de vista biológico — em uso de dispositivos respiratórios, máscaras de oxigênio ou máscara *fullface*, um limite do quadro respiratório para serem submetidos a intubação; quanto do ponto de vista psíquico, francamente angustiados e face ao real da morte.

Estes pacientes demandaram falar, serem atendidos e, mesmo diante do limite corporal do quadro respiratório, puderam bordejar o indizível e dizer do insuportável do momento em que se encontravam. Esta demanda exigiu a reinvenção da prática psicanalítica que era empreendida até então. Nesta “cena clínica”, onde declínios do corpo aconteciam simultaneamente com urgências de fala, o meu corpo foi convocado à cena de um novo lugar.

1.2 Delineamento do problema de pesquisa

Para iniciar minha tentativa de descrição dessa experiência, recorro à literatura, ao escrito por Itamar Vieira Júnior em *Torto Arado*: “Uma seria a voz da outra [...] a que emprestaria a voz teria que percorrer com a visão os sinais do corpo da que emudeceu. A que emudeceu teria que ter a capacidade de transmitir com gestos largos e também vibrações mínimas as expressões que gostaria de comunicar” (pp. 23-24).

Apresento aqui duas cenas clínicas que auxiliam a delinear nosso problema de pesquisa. Começo por Anunciação⁶, paciente com quadro respiratório limítrofe que demandava falar, demandava atendimento. Suas palavras saíam como peças soltas, em uma voz quase inaudível, com um intervalo de tempo entre uma palavra e outra. No atendimento direto a Anunciação, na medida que as palavras soltas eram ditas, eu as “costurava”, repetindo em voz sonora e encadeando as palavras nas frases. Minha voz dava sonoridade e cadência às suas palavras. O atendimento demandava tempo e, portanto, mais exposição ao ambiente e Anunciação solicitava minha presença em mais momentos. Para atendê-lo em sua urgência subjetiva, se fazia necessário um cálculo de minha parte, de estar mais exposta ao vírus dentro da unidade. Dessa forma, o manejo da transferência envolvia meu próprio corpo e uma prática “entre vários”, à medida em que, antes do atendimento, era sempre importante discutir com a equipe

⁶ Nome fictício. Os nomes dos casos foram escolhidos a partir músicas, pelas coisas que só a música é capaz de traduzir.

médica e de fisioterapia o seu padrão respiratório. Foi então que, favorecendo um contato entre Anúnciação e sua família, apenas por chamada de voz (conforme seu desejo), Anúnciação tentava dizer uma série de palavras, de pedidos de perdão e, nesse momento, me pedia para falar em seu lugar, para repetir as palavras que estava dizendo: “*mas eles nunca escutam*”. Emprestei minha voz e repito suas palavras na primeira pessoa, como se fosse Anúnciação dizendo, mas com a minha voz; e os familiares respondem a esse modo direto, respondiam diretamente ao paciente. Nesse mesmo dia mais tarde, Anúnciação foi intubado e veio a óbito dois dias depois. Quando eu soube da sua morte, fiquei profundamente tocada e reflexiva. Aquele último contato com sua família, suas últimas palavras a eles foram ditas com a sonoridade de minha voz. O que isso significava?

Essa cena clínica com Anúnciação não foi a única; uma série de momentos assim eram vivenciados em uma unidade COVID. Os pacientes críticos que desejavam atendimento e contato com a família demandavam de mim uma fala sobre eles e por eles, um *empréstimo* de minha voz para os recados que não podiam dar aos seus familiares em função da voz que lhes falhava dentro dos respiradores. Foi a partir desses momentos com os pacientes críticos que outra cena em minha prática clínica também me fez enigma; dessa vez, em videochamadas em que familiares estavam se despedindo do paciente.

A segunda cena clínica é a videochamada com Dindi⁷, paciente que desde o início do internamento estava em ventilação mecânica, sendo o atendimento realizado com a família. A equipe médica sinaliza que Dindi estava em “processo ativo de morte”. Antes da pandemia, em situações semelhantes, a equipe médica, junto com a profissional de psicologia, chamava os familiares ao hospital para que pudessem fazer seus rituais de despedida. Na pandemia, esses “rituais” passaram a acontecer por videochamada. Recordo que não era um dia de fluxo de videochamadas entre pacientes e familiares, mas, diante de situações como essa, entendíamos como necessário, caso fosse o desejo da família, e no caso da de Dindi, foi. Me paramento e entro na unidade para possibilitar a chamada – devo dizer que chamadas assim eram por muitas vezes momentos extensos, algumas chegavam a durar cerca de 45 minutos segurando o *tablet*, manejando e acolhendo a família. Isso incide sobre o corpo de quem faz a chamada. Durante a chamada entraram e saíram diversos familiares, até que um familiar me pede: “*Márcia, você pode chegar bem pertinho e pegar no cabelo por mim? Pode dá um xêro nesse cabelo? O cabelo mais cheiroso do mundo*”. Faço como a familiar me pede e ao tocar no cabelo de Dindi com minhas mãos, isso instala uma abertura de narrativas: “*posso sentir esse cheirinho daqui*”,

⁷ Nome fictício.

diz um familiar. Surgem também mais pedidos para que eu pudesse mostrar ou pegar em mais lugares do corpo da paciente e até mesmo dizer palavras de amor e despedida, “*bem pertinho do ouvido*”. A pedido deles, empresto meu corpo (minha mão e minha voz) e percorro quase todo o corpo de Dindi, na medida que palavras eram ditas e afetos expressados. Dindi veio a óbito horas depois dessa videochamada.

Assim como os pacientes críticos, essa também era uma vivência na prática clínica em unidade COVID. Como retratado por essas duas cenas, algumas inquietações clínicas se faziam presentes e me tomaram: Como fazer uma fala pelo paciente e seguir sustentando o protagonismo do sujeito? Como ofertar um corpo ético diante dos limites de contato impostos pelo vírus? A invenção desse termo, um *corpo de empréstimo*, foi a nomeação possível encontrada, a partir das elaborações teóricas e a *posteriori* em supervisões clínicas, para tentar dizer da função do meu corpo na cena com esses pacientes e suas famílias. É a partir de minhas inquietações clínicas que formalizo o problema de pesquisa: qual é a função do corpo da psicóloga, praticante de psicanálise, no manejo clínico do paciente crítico por COVID-19?

1.3 Objetivos

Objetivo Geral: Discutir a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico ao paciente crítico por COVID-19.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar as transformações do trabalho da psicóloga no hospital em uma UTI COVID-19, em articulação com a teoria psicanalítica;
- Descrever a entrada dos dispositivos virtuais como ferramenta de comunicação e intervenção clínica junto a pacientes hospitalizados em razão da COVID-19;
- Articular as noções de corpo, posição do analista e desejo do analista em relação aos casos clínicos.

1.4 Método

Esta pesquisa parte de um campo prático de intersecção entre a psicologia hospitalar e a psicanálise nas instituições de saúde. Desse modo, tomando o problema de pesquisa e os objetos a serem investigados, a pesquisa admite uma abordagem qualitativa, com característica retrospectiva e documental, e tem como eixo teórico-metodológico a pesquisa em psicanálise. Para tal propósito investigativo, utiliza como estratégia metodológica o traço do caso (*trait du cas*), método de trabalho e ficção operatória formulado pelos psicanalistas Dumézil e Brémond (2010).

Para delinear conceitualmente a metodologia desse estudo, situamos inicialmente a pesquisa em psicanálise e suas possibilidades de interlocução nas instituições de saúde e na universidade. Em seguida nos debruçamos sobre as formulações do que é considerado caso clínico em psicanálise, para apresentarmos a conceituação do método e justificarmos a sua escolha. Por fim, apontaremos a descrição metodológica e os aspectos éticos.

O campo investigativo da psicanálise tem como objeto as manifestações do inconsciente e o que se escreve do seu confronto com o real (Guerra, 2022). É a partir dessa experiência que o campo psicanalítico compreende que a realidade e a verdade não podem ser totalizadas e imprimem, assim, um furo no saber. Esse ponto toca na zona tensional da psicanálise com a ciência e a verdade. A partir da leitura de Guerra (2022) pode-se pensar dois argumentos que concernem ao método psicanalítico: do ponto de vista freudiano, enquanto “propósito político de transmissão e pesquisa”, e do ponto de vista lacaniano, a psicanálise situada como práxis orientada pela clínica.

Sobre a dimensão desse campo de pesquisa na universidade, Moretto (2019) situa alguns desafios, dentre eles: a análise e investigação das questões atuais do campo da saúde; a responsabilidade da construção de conhecimento com interlocução de saberes; a produção de propostas de intervenção, acolhimento e tratativa aos sujeitos em sofrimento. A psicanalista salienta a possibilidade de ampliação epistemológica e metodológica desse campo, enodado pela teoria, clínica e ética, em que a clínica é o operador basilar de interrogação teórica (Moretto, 2019). Ao que acrescento a potencialidade da transmissão do saber, também ressaltada pela autora como de grande responsabilidade dos psicanalistas, no que tange ao alcance interdisciplinar da psicanálise e particularmente na própria formação do psicanalista e de sua clínica.

É imperativo pontuar que a psicanálise foi definida por Freud (1912/2006) como método de tratamento e pesquisa. A obra freudiana é marcada pela escrita minuciosa e “romanceada” dos relatos de casos clínicos: “se, para Freud, transmitir a verdade clínica passa pelo relato, com sua dimensão de ficção [...] não há dúvida de que Freud se viu pressionado não somente por seu objeto, o material clínico, mas também pelo que se pode chamar de seu desejo como homem de letras” (Porge, 2009, p. 25). Nessa direção, os casos clínicos ocupam um lugar de privilégio no campo epistemológico da pesquisa em psicanálise (Dunker, 2017).

É importante localizar, quando se fala de caso clínico em psicanálise, que o caso não é o paciente; é uma construção do que se recolhe de elementos do seu discurso, como *cadere*, aquilo que cai e aponta para algo do real que escapa, mas que insiste em retornar (Figueiredo, 2004). Diversos psicanalistas (Vorcaro, 2010; Dunker, 2017; Aires, 2018; Leite, 2018) produzem debates sobre o que se considera caso em psicanálise. Dentre essa gama de discussões, o que aparece em destaque é o caso como aquilo que faz enigma e pertence a uma lógica temporal não necessariamente simultânea à clínica, pois é a narrativa e a escrita que irão constituir-lo em um tempo *a posteriori*. Nesse sentido, para que um caso seja considerado caso clínico, o analista precisa estar implicado nesse giro, nessa passagem do tratamento para a escrita.

O que acontece nessa passagem repercute na diversidade metodológica de apresentações de caso e levam a debates no campo psicanalítico. Para esse trabalho tomaremos duas unânimes considerações quanto à eleição de um caso para publicação: 1) seu valor de enigma e 2) sua função de transmissão da clínica psicanalítica (Porge, 2009; Dumézil & Bremond, 2010; Vorcaro, 2010; Dunker, 2017; Aires, 2018; Leite, 2018). Para Porge (2009), a especificidade dessa clínica consiste no seu método de transmissão, pois “[...] trata-se de encontrar a justa medida entre a clínica e o que nela se transmite. O método constitui essa medida” (Porge, 2009, p. 13). Esse método estaria imbricado ao desejo do analista de transmitir um saber inédito, da ordem do impossível de transmitir, algo do real. É por esse terreno que o *traço do caso* se insere como estratégia metodológica para nosso trabalho, por se tratar de uma escrita distinta de uma narrativa, uma escrita de uma marca, de um traço, daquilo que diz do enigmático do caso e toca o desejo do analista.

Esta escolha está, sobremaneira, atrelada à característica clínica do objeto desta pesquisa: discutir a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico ao paciente crítico por COVID-19. Isso implica que a praticante possa dizer de sua posição, teorizar suas intervenções, o que foi dito por ela, o que lhe causou enigma, quais foram

suas apostas de reinvenção para sustentação da clínica. De modo a colocar em cena a prática da analista no cenário pandêmico em uma UTI de referência COVID.

O traço do caso será apresentado detidamente no capítulo “Corpo de empréstimo”. De antemão, localizamos que a aplicabilidade do traço do caso como método de pesquisa em psicanálise pode ser observada nos trabalhos de D’Agord (2005) e Bernardino (2010) e, no âmbito da pesquisa na universidade, nas teses de Barth (2008), Siqueira (2013) e Barros (2015) e nas dissertações de Wieczorek (2018) e Janovik (2020). O método prioriza o recorte de um detalhe e o rigor em relação ao sigilo é um de seus pilares centrais. Nas formulações de Dumézil e Brémond (2010) uma das perspectivas do traço do caso está em: “fazer a diferença entre o que pode ser transmitido e o que não pode ser divulgado”⁸. Dessa forma, o traço do caso, como método, favorece a preservação da identidade dos pacientes, pois seu interesse está nos elementos que dizem respeito à prática do analista-pesquisador

O *corpus* da nossa análise documental utiliza-se do diário de campo e dos registros clínicos dos atendimentos realizados e concluídos, oriundos da minha prática profissional em uma UTI COVID de um hospital geral privado de Salvador, durante o período de março de 2020 a setembro de 2021. A eleição dos casos está articulada ao seu valor enigmático, por ter convocado a analista-pesquisadora a produzir uma inventividade em sua função, nominalmente: emprestar o corpo. Nenhum dado ou característica que possa identificar os sujeitos previamente atendidos serão utilizados. Os dados clínicos encontram-se guardados confidencialmente com a pesquisadora, de acordo com o disposto nos artigos 15 e 16 do Código de Ética do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

No que tange aos aspectos éticos, esta pesquisa é orientada a partir da Resolução 466/2012, que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Conforme o regulamento dessa última, essa pesquisa objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontaneamente da prática profissional, não revelando dados que permitam identificar os sujeitos e, portanto, justifica-se a dispensa de registro e avaliação pelo CEP/CONEP. Essa pesquisa busca através do aprofundamento teórico-clínico suscitar a transmissão da clínica psicanalítica e de sua interlocução com campo da psicologia e da saúde.

⁸ faire la différence entre ce qui peut être transmis et ce qui ne saurait être divulgué

2 A PRÁTICA *PSI* NO HOSPITAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19

tinha nos atos a marca da esperança

(Conceição Evaristo, *Olhos D'água*)

O tema dessa pesquisa está situado no entrecruzamento de dois campos: a psicologia e a psicanálise, tendo como cenário o hospital. Nesse sentido, para o levantamento bibliográfico, tomamos como ponto de partida investigativo a produção de literatura desses campos e suas perspectivas de intervenções clínicas durante a pandemia COVID-19. Para alcançar a especificidade do problema de pesquisa, recorremos a mais uma perspectiva na composição desse levantamento: revisitar os usos do corpo do psicanalista na práxis. Portanto, decidimos pela realização de uma revisão narrativa de literatura a fim de alcançar o estado da arte em que se encontra o entrecruzamento entre esses campos e a noção de corpo em psicanálise. Esse tipo de revisão nos permite mapear, com aporte teórico e demarcação contextual, as produções e atualizações que se relacionam com a pesquisa.

Para o levantamento bibliográfico contemplamos as seguintes bases de dados e plataformas de busca: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Index Psi Periódicos, Periódicos CAPES, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Google Acadêmico. Como estratégia de busca utilizamos os descritores “psicologia”, “psicanálise”, “hospital”, “intervenções” e “pandemia COVID-19” com o operador booleano AND, sem filtro de idioma; a opção “qualquer campo” também foi utilizada para ampliar a busca. A coleta de dados foi realizada no período de abril a outubro de 2022 e a seleção desse material seguiu a relação de pertinência e relevância em relação à proposta dessa revisão. O número reduzido de achados das produções psicanalíticas no âmbito hospitalar durante a pandemia levou a uma ampliação de referências, por meio de revisão narrativa. Consideramos, portanto, livros, lives e materiais de orientação produzidos durante o período da pandemia e que estivessem em diálogo com nossa investigação. Tendo em vista o marco cronológico da pandemia COVID-19, essas publicações são datadas de três anos, no período de 2020 a 2022.

O acervo total dessa revisão contém 56 estudos analisados e está composto por 46 artigos, 2 manuais de diretrizes, 1 cartilha de orientação, 4 livros, 2 teses localizadas no banco de Teses USP e UnB e 1 *live* de psicóloga hospitalar e psicanalista contemporânea. Em um panorama geral a metodologia da maioria dos trabalhos é de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Na literatura internacional as produções chinesas aparecem como as primeiras referências de estudos para pensar as intervenções psicológicas no cenário pandêmico (Comissão Nacional de Saúde da China, 2020; Duan & Zhu, 2020; Jiang et al, 2020; Sun et al, 2020; Xiang et al, 2020). No Brasil, o campo da psicologia hospitalar é o que reúne maior número de publicações, contando com 17 estudos, enquanto as produções psicanalíticas no hospital encontram-se em número ainda reduzido, composto por 4 artigos e 1 livro. O fio em comum que conecta todas as produções – internacionais e nacionais – é o uso dos aparelhos tecnológicos (*tablet, smartphone*) a favor das intervenções e sustentação das práticas clínicas.

Isto posto, essa revisão de literatura está desenhada em duas grandes seções: 1) perspectivas psicológicas e 2) perspectivas psicanalíticas. O percurso se inicia com a seção da psicologia, a qual está dividida em dois tópicos: I- *Panorama internacional: intervenções psicológicas durante a pandemia COVID-19* e II- *Panorama brasileiro: a psicologia hospitalar em tempos de pandemia COVID-19*. Em seguida, a seção psicanalítica também se encontra dividida em dois tópicos: III- *A prática psicanalítica em hospital durante a pandemia COVID-19*; IV- *Por uma “inventividade responsável”: o corpo do analista na práxis*.

2.1 Perspectivas psicológicas

2.1.1 Panorama internacional: intervenções psicológicas na pandemia COVID-19

A Comissão Nacional de Saúde da China (2020) publicou em fevereiro de 2020 os princípios orientadores para intervenções psicológicas em crises e emergências frente ao novo coronavírus, o SARS-CoV-2. As orientações tiveram como guia os estudos sobre experiências de epidemias anteriores, a exemplo do surto de SARS em 2003 (Duan & Zhu, 2020; Woong et al, 2020; Xiang et al, 2020) e a gripe aviária H7N9 de 2013 (Jiang et al, 2020), quando a intervenção psicológica foi entendida como importante ferramenta para ações de prevenção e cuidado à saúde mental em situações de crise e emergência de saúde pública (Sun et al, 2020). Segundo Jiang et al (2020), as intervenções psicológicas têm como premissa principal

minimizar danos, como exemplo, depressão, ansiedade, estress pós-traumático, risco de suicídio; nesse sentido, a intervenção psicológica se torna a principal estratégia para pensar e promover ações de saúde mental durante a pandemia COVID-19.

Nos princípios orientadores constam as diretrizes de ações e cuidados que devem ser implementadas para o trabalho de intervenção psicológica. A primeira recomendação é a criação de equipes de referência em saúde mental para liderar as intervenções psicológicas na tentativa de unificar a integração e implementação dessas intervenções (Comissão Nacional de Saúde da China, 2020). Para tal implementação, a referida comissão propõe a estratificação da população em quatro níveis: 1) no primeiro nível estão os pacientes contaminados pelo coronavírus em tratamento hospitalar, considerados graves clinicamente, acompanhados pela equipe de saúde que atua na “linha de frente” e pelas equipes de controle de doença e gerenciamento de epidemias; 2) no segundo nível estão pacientes contaminados pelo coronavírus de quadro clínico considerado leve, podendo estar no hospital ou cumprindo isolamento em casa; 3) no terceiro nível estão as pessoas relacionadas à população do primeiro nível, familiares, amigos, colegas dos pacientes e da equipe “linha de frente”; e 4) a população em geral afetada pela pandemia.

Essas diretrizes se tornaram referência para diversos trabalhos (Duan & Zhu, 2020; Jiang et al, 2020; Xiang et al, 2020; Zhou, 2020; Jiménez-López et al 2021). Entretanto, Xiang et al (2020) e Duan e Zhu (2020) apontam importantes considerações sobre o uso dessas diretrizes como guia, ao afirmarem que, apesar de os profissionais de saúde mental – psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais e demais com formação na área – não serem considerados equipe essencial, os profissionais de saúde chineses que estão no contato direto com os pacientes em hospitais não são “treinados” para cuidados em saúde mental, o que impacta no cuidado ofertado. Segundo os autores, desde a epidemia de SARS em 2003, esse ponto estratégico seguiu sendo o mesmo: criar equipes de saúde mental com profissionais externos. Nesse sentido, sugerem que os profissionais de saúde mental possam compor as equipes de saúde nos hospitais, não apenas em situações de epidemias.

Xiang et al (2020) e Duan e Zhu (2020) também consideram que a experiência com epidemias anteriores transmitiu a importância de favorecer serviços de comunicação seguros entre profissionais, pacientes e familiares. Durante a pandemia COVID-19 esses serviços foram fornecidos através de aplicativos eletrônicos em *tablets* e *smartphones* que funcionavam como canal de comunicação entre paciente e família e de informação da equipe médica sobre o tratamento. O uso desses aplicativos é a marca principal das estratégias de intervenções psicológicas no panorama internacional: utilizado em diversos lugares da China (Sun et al,

2020; Jiang et al, 2020; Wei et al, 2020; Liu et al, 2021), em Cingapura (Woong et al, 2020), na Alemanha (Rentrop et al, 2021), no Irã (Shaygan, 2021), Canadá (Al-Refae et al, 2021) e Itália (D’Onofri et al, 2022).

No que concerne às intervenções psicológicas, a revisão de literatura revela que podem ser realizadas de forma remota, através dos aplicativos eletrônicos (Wei et al, 2020; Woong et al, 2020; Rentrop et al, 2021; Shaygan et al, 2021) ou de forma presencial (Sun et al, 2020; Jiménez-López et al, 2021) e o seu modo de aplicação está relacionado, na maioria das vezes, à avaliação psiquiátrica e psicológica realizada pelas equipes de saúde mental (Sun et al, 2020; Wei et al, 2020; Rentrop et al, 2021). A avaliação funciona como uma espécie de triagem que busca fatores de risco como sinais de depressão, ansiedade ou suicídio. O resultado dessa triagem direciona o tipo de intervenção psicológica que será aplicada, a exemplo: técnicas de terapia breve para adaptação ao estresse, acolhimento psicológico ou uso de medicação por prescrição do psiquiatra (Xiang et al, 2020). Jiang et al (2020) descrevem que em Xangai, após essa avaliação, a população foi dividida em quatro níveis⁹: para o pessoal de primeiro nível foi priorizado intervenção psicológica presencial e do segundo nível em diante, intervenções remotas como o acolhimento psicológico por telefone.

Para a discussão dessa revisão, nos detemos nas produções de trabalho sobre intervenções psicológicas direcionadas ao setor hospitalar. Ainda no cenário chinês, os pacientes contaminados e as equipes de saúde passaram regularmente por triagem clínica (Jiang et al, 2020). No que diz respeito às intervenções psicológicas aos pacientes, Sun et al (2020) descrevem, em seu estudo de autocontrole, as intervenções realizadas com noventa e sete pacientes em enfermaria. Suas intervenções consistiam em psicoterapia ou uso de psicofármacos e tinham por objetivo aliviar o nível de ansiedade desses pacientes. Para a avaliação psiquiátrica e psicológica utilizaram escalas¹⁰ de autoavaliação de ansiedade e classificaram a ansiedade em leve, moderada ou grave. Pacientes do grupo leve fizeram psicoterapia duas vezes por semana e os do grupo moderado e grave, duas a três vezes por semana; as intervenções estavam voltadas apenas a pacientes com quadro clínico que apresentassem condição de fala preservada (Sun et al, 2020).

Em uma perspectiva distinta está o estudo de Rentrop et al (2021) no hospital universitário de Essen-Alemanha, onde foi criado um plano emergencial que incluía apoio psiquiátrico e psicológico ao paciente, família e equipe de saúde. Nesse plano, qualquer pessoa

⁹ Os quatro níveis propostos pela Comissão de Saúde Nacional da China.

¹⁰ Os autores não fizeram referência à escala utilizada.

desses três públicos poderia entrar em contato com a equipe de referência em saúde mental para avaliação e, a partir dessa avaliação, as intervenções psicológicas eram delimitadas. Conforme os autores, as intervenções eram realizadas por telefone ou videochamada. Para pacientes e família consistiam em cuidados psicoterapêuticos que visavam alcançar estabilidade através de estratégias de enfrentamento e ativação de recursos cognitivos, técnicas *mindfulness*, psicoeducação e técnicas de relaxamento; já para a equipe de saúde as intervenções incluíam recomendações para lidar com o estresse (Rentrop et al, 2021).

Nessa mesma direção estão os estudos randomizados de Wei et al (2020) na China e Shaygan et al (2021) no Irã. No estudo de Wei et al (2020), a intervenção psicológica por aparelho eletrônico foi utilizada com pacientes em sofrimento psicológico que estavam hospitalizados em enfermarias. De acordo com os autores, a seleção dos pacientes se deu através da Escala de Depressão e Ansiedade de Hamilton (HAM-A). Conforme o nível de ansiedade, a intervenção compreendia métodos de autoajuda, *mindfulness*, treinamentos de habilidades e técnicas de relaxamento respiratório. Essas intervenções foram gravadas previamente em formato de vídeos e disponibilizadas aos pacientes como instruções os pacientes as cumpriam como tarefas diárias (Wei et al, 2020). Na pesquisa de Shaygan et al (2021), as intervenções psicológicas incluíam os pacientes de quadro clínico leve a moderado¹¹, com capacidade preservada para manusear o seu próprio *smartphone*¹² e administrar as intervenções psicoeducativas. Segundo os autores, intervenções consistiam em módulos com técnicas cognitivas comportamentais de gerenciamento de estresse, psicoterapia positiva, textos educativos, podcast, técnicas de relaxamento, dentre outras, as quais eram enviadas diariamente aos pacientes e tinham duração de quatorze dias (Shaygan et al, 2021).

Seguindo essa linha de intervenções psicológicas remotas, o estudo de Woong et al (2021), em um hospital geral em Cingapura, apresenta o uso de um aplicativo eletrônico como ferramenta de intervenção com pacientes de enfermaria. Conforme os autores, os pacientes receberam um iPad com o aplicativo *Mycare*¹³ instalado. Esse aplicativo já era utilizado no hospital visando favorecer a experiência do paciente durante a hospitalização e, com a chegada da pandemia COVID-19, foram acrescentados novos materiais. Os materiais incluem fichas informativas sobre a COVID-19, entrevistas com sobreviventes da doença, curadoria de conteúdos de leitura e obras de arte. Nesse estudo, diferente do trabalho de Rentrop et al (2021)

¹¹ Pacientes fazendo uso de suporte de oxigênio, mas que não se encontravam em UTI.

¹² Não era fornecido aos pacientes um aparelho eletrônico, dessa forma um dos critérios de inclusão para receber intervenções psicológicas era o paciente ter um aparelho *smartphone*.

¹³ Para mais informações, conferir site do aplicativo <https://www.sgh.com.sg/patient-care/inpatient-day-surgery/Pages/MyCare-App-Bedside-Tablet.aspx>.

e Wei et al (2020), não há avaliação psiquiátrica e psicológica para critérios de intervenção. O próprio fornecimento do aplicativo *MyCare* e o seu uso são entendidos como intervenção psicológica (Woong et al, 2021). Observa-se nos trabalhos de Wei et al (2020), Shaygan et al (2021) e Woong et al (2021) que as intervenções psicológicas não se tratava de psicoterapia ou acolhimento psicológico conforme avaliação de um profissional psi, mas se configuraram em material técnico ou informativo confeccionado previamente.

Essas perspectivas são apontadas na revisão bibliográfica de D’Onofrio et al (2022) sobre as evidências das intervenções psicológicas durante a pandemia. Segundo os autores, a maioria das intervenções são direcionadas aos pacientes e equipes de saúde, realizadas de forma remota e tem a terapia cognitivo-comportamental como abordagem principal, tanto em intervenções psicoterápicas que visam acolhimento psicológico, quanto em intervenções psicoeducativas, na confecção de aplicativos eletrônicos ou outros instrumentos técnicos.

Na contramão dessa perspectiva, estão as intervenções psicológicas documentadas por Jiménez-López et al (2021) em um hospital no México. Segundo os autores, com a chegada da pandemia COVID-19, o departamento de psiquiatria e psicologia se reconfigurou em uma equipe de referência de saúde mental e dirigiu intervenções voltadas aos pacientes contaminados e às equipes de saúde envolvidas no cuidado a esses pacientes. As intervenções psicológicas eram presenciais e realizadas conforme demanda de seguimento clínico. No plano dos pacientes consistiam em psicoterapias individuais, com acolhimento e apoio emocional, intervenções em situações de crise psicológica, orientações psicoeducativas sobre a doença ou tratamento, podendo ainda ser solicitadas por pedido de interconsulta pela equipe (Jiménez-López et al, 2021). Conforme os autores, para a equipe de saúde, as intervenções psicológicas se configuraram em grupos de apoio psicológico para conversação e acolhimento. É importante assinalar que os pacientes que receberam acompanhamento psicológico apresentavam condição de fala preservada. Os autores não fazem referência a intervenções psicológicas em pacientes com quadro clínico grave, a intervenções com familiares nem à interação entre esses dois públicos (Jiménez-López et al, 2021).

Nesse sintetizado panorama internacional observa-se que a psiquiatria compõe junto aos psicólogos as avaliações, planejamento de ações e implementações das intervenções psicológicas. Essas intervenções podem ser entendidas como psicoterapia, acolhimento psicológico, apoio emocional ou uso de psicofármacos, realizadas para o paciente e/ou equipe de saúde, seja de forma remota ou presencial (Sun et al, 2020; Jiménez-López et al, 2021; Rentrop et al, 2021;). Nota-se, também, intervenções psicológicas configuradas em aplicativos eletrônicos para fornecimento de materiais psicoeducativos, em que os profissionais psicólogo

e psiquiatra participam da confecção prévia do material e aplicam escalas de ansiedade de forma remota (Wei et al, 2020; Shaygan et al, 2021). Vale ressaltar que, em alguns casos, esse tipo de avaliação por escala não acontece (Woong et al, 2021).

No que tange aos pacientes que receberam intervenção psicológica, observa-se sobre o critério de quadro clínico (pacientes que não estivessem graves e em UTI) com capacidade de fala preservada em todos os trabalhos referidos e manuseio dos aparelhos eletrônicos (Wei et al, 2020; Rentrop et al, 2021; Woong et al, 2021; Shaygan et al, 2021). Essa perspectiva lança indagações quanto ao contato desses pacientes com seus familiares e até mesmo em processos de finitude, ponto que possibilitaria outro trabalho de revisão.

Antes de avançarmos para o panorama brasileiro, grifamos a consideração de que os(as) psicólogo(as) que atuaram nas ações e intervenções psicológicas apresentadas nesse panorama, não fazem parte da equipe dos hospitais, fazendo parte de uma equipe de saúde mental montada e implantada por ações de saúde governamentais. Isto posto, passaremos ao panorama brasileiro.

2.1.2 Panorama brasileiro: a psicologia hospitalar em tempos de pandemia COVID-19

No Brasil, a atuação das psicólogas¹⁴ em hospital é denominada de psicologia hospitalar (Rodrigues et al, 2021). Considerada uma vertente da Psicologia da Saúde (Lima et al, 2020), a psicologia hospitalar é um campo consolidado de atuação que tem o início de sua história datado na década de 1950, sendo reconhecida e regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) no ano 2000¹⁵ (Rudnicki & Schmidt, 2015). Dentre as atribuições da psicologia hospitalar estão: atender e acolher o sofrimento psíquico de pacientes e suas famílias associados à experiência de adoecimento e hospitalização; mediar comunicação entre paciente-equipe-família; realizar suporte psicológico em processos de óbito, dentre outras (Caderno de Psicologia Hospitalar, 2016). Suas intervenções dentro da instituição hospitalar estão situadas em amplos locais de atuação: enfermarias, ambulatórios, emergências, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e salas de espera.

A chegada da pandemia COVID-19 demandou reorganização dos serviços de psicologia hospitalar, convocando à criação de novos fluxos e rotinas assistenciais que considerassem as

¹⁴ Iremos nos referir à psicóloga no gênero feminino, por se tratar de um campo predominantemente composto por mulheres.

¹⁵ Resolução 014/2000

normativas de precaução de contato e a situação de crise sanitária instalada com o cenário pandêmico (Castelo Branco & Arruda, 2020; Catunda et al, 2020; Grincenkov, 2020; Lessa, 2020; Lima et al, 2020; Nunes et al, 2020; Oliveira et al, 2020; Silva & Lima, 2020; Kuybida et al, 2021; Miguel et al, 2021; Nascimento et al, 2021; Zanini et al, 2021; Costa et al, 2022).

Como já referido anteriormente, a psicologia não era considerada equipe essencial para o cuidado direto com o paciente. Por não se tratar de uma diretriz proibitiva, observa-se que no Brasil essa delimitação foi tomando outras perspectivas conforme o avanço da pandemia, as quais serão apontadas nessa seção da revisão de literatura. No início do cenário pandêmico, alguns manuais de diretrizes para atenção psicológica hospitalar desencorajavam a entrada das psicólogas nas unidades de referência para COVID-19, recomendavam a suspensão de atendimentos presenciais e orientavam que as intervenções psicológicas deveriam ser realizadas de forma remota, voltadas apenas para os profissionais “linha de frente”, pacientes não contaminados, familiares que perderam alguém por COVID-19; quanto aos pacientes contaminados, estes não deveriam receber intervenções psicológicas por conta do seu quadro respiratório (Sá-Serafim et al, 2020).

As Recomendações aos Psicólogos Hospitalares frente a pandemia Covid-19 (Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 2020) e a Cartilha de Orientações às/os Psicólogas/os Hospitalares (Fundação Oswaldo Cruz, 2020) seguem uma perspectiva diversa. As Recomendações sugeriam avaliar a possibilidade de atendimento a distância: se tratando de atendimento presencial, ao se dirigir à unidade com pacientes suspeitos ou contaminados, a psicóloga deveria seguir à risca as normativas de paramentação e desparamentação, fazendo uso de EPIs, sendo de responsabilidade da instituição o treinamento e distribuição desses equipamentos (SBPH, 2020). Na Cartilha referida, também estava a critério da psicóloga a avaliação quanto ao atendimento presencial ou remoto: salientavam que, ao utilizar recursos eletrônicos para intervenções remotas, a psicóloga respeitasse as orientações do Código de Ética¹⁶ e do Conselho Federal de Psicologia¹⁷. No que tange à assistência psicológica às famílias, era orientado o fluxo assistencial por telefone, de modo a favorecer o contato entre pacientes e familiares por meio de aparelhos eletrônicos, estabelecer horários para as visitas virtuais e, em casos de pacientes sem nível de consciência, a família poderia enviar áudios para serem reproduzidos junto ao paciente (Fiocruz, 2020).

¹⁶ Código de ética disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>.

¹⁷ Ver Resolução CFP nº 04/2020 disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=04/2020>.

As visitas virtuais são a marca principal das intervenções psicológicas no terreno brasileiro (Castelo Branco & Arruda, 2020; Catunda et al, 2020; Lessa, 2020; Nunes et al, 2020; Oliveira et al, 2020; Silva & Lima, 2020; Kuybida et al, 2021; Miguel et al, 2021; Moretto et al, 2021; Nascimento et al, 2021; Zanini et al, 2021; Costa et al, 2022). Nesse sentido, Crispim et al (2020) formulam recomendações práticas para as visitas virtuais durante a pandemia. Conforme os autores, a visita virtual tem por objetivo manter o vínculo e o apoio psicológico entre os pacientes e seus familiares, portanto os autores recomendam a visita virtual para pacientes com capacidade de fala preservada e sugerem a realização de uma visita por dia para cada paciente, com horários pré-estabelecidos, tempo de duração de chamada e distanciamento do leito (Crispim et al, 2020). Para Zanini et al (2021), as visitas virtuais possibilitam aos familiares que estão distantes, ou inclusive contaminados, verem o paciente, conhecerem o espaço físico, podendo favorecer a diluição de fantasias e incertezas relacionadas à hospitalização. Nas considerações de Grincenkov (2020), as visitas virtuais podem minimizar o desamparo vivido por pacientes e seus familiares diante da doença e do isolamento e em situações de fim de vida, bem como o favorecimento de despedidas e auxiliar nos processos de luto e seus impactos.

Especificamente em relação aos trabalhos de psicólogas que atuaram em hospitais durante a pandemia, destacamos que, diferente da perspectiva internacional em que aplicativos eletrônicos foram criados, no Brasil foi utilizado o WhatsApp por se tratar de um aplicativo com maior probabilidade de acesso da população em geral. Nota-se que os trabalhos são de abordagem qualitativa, a maioria se tratando de relatos de experiência (Catunda et al, 2020; Lessa, 2020; Lima et al, 2020; Nunes et al, 2020; Silva & Lima, 2020; Kuybida et al, 2021; Miguel et al, 2021; Nascimento et al, 2021; Zanini et al, 2021; Costa et al, 2022), sendo dois de revisão de literatura (Oliveira et al, 2020; Rodrigues et al, 2021) e um protocolo de atendimento (Castelo Branco & Arruda, 2020). As experiências aconteceram em instituições públicas, privadas e filantrópicas.

Os dois trabalhos de revisão de literatura, de Oliveira et al (2020) e Rodrigues et al (2021), indicam que as intervenções em psicologia hospitalar durante a pandemia eram direcionadas a pacientes, familiares e profissionais da saúde. Segundo os autores, dentre as principais intervenções estava o atendimento psicológico por telefone ou presencial. Lima et al (2020) relatam sua experiência em um hospital filantrópico em Fortaleza-Ceará: suas intervenções psicológicas estavam voltadas para colaboradores do hospital, pacientes e famílias e consistiam em atendimento psicológico a esses três públicos, somados à criação de ações e materiais didáticos como o Mural da Esperança e kit de atividades lúdicas. Conforme os autores,

os pacientes contaminados que se encontravam em UTI, por estarem sedados e intubados, não apresentavam demanda para atendimento, dessa forma, os atendimentos estavam voltados aos pacientes em enfermaria, priorizando a forma remota. Quando não se mostrava possível, eram realizados presencialmente. Quanto às famílias e colaboradores, os atendimentos ocorreram por telefone, quando era ofertado escuta e acolhimento psicológico (Lima et al, 2020). Nota-se que as visitas virtuais não compõem as intervenções psicológicas.

Nessa direção onde as visitas virtuais não são o foco, estão os relatos de Lessa (2020) e Nascimento et al (2021). Suas perspectivas de intervenção psicológica estavam direcionadas aos familiares de pacientes que se encontravam na UTI COVID e foram realizadas de forma remota, através de telefone. Na experiência de Nascimento et al (2021) foi elaborado, junto ao setor de TI do hospital, um ramal específico para esses atendimentos, assim como o espaço físico isolado de uma sala visando a garantia do sigilo. No relato de Lessa (2020), experiência realizada em um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, o acompanhamento aos familiares ocorria por telefone, sem especificidade de um ramal, mas o que a autora destaca refere-se ao encontro presencial com os familiares atendidos em caso de óbito dos pacientes. A autora reflete sobre a perda da possibilidade do contato físico, muitas vezes utilizados pela psicologia em momentos de suporte a familiares, e indica que colocar-se em presença, com uma escuta atenta e acolhedora, são formas possíveis de amparo psicológico aos familiares.

Em um outro sentido de discussão estão os relatos de Catunda et al (2020), Kuybida (2020), Nunes et al (2020), Silva e Lima (2020), Miguel et al (2021), Zanini et al (2021) e Costa et al (2022). O trabalho de Miguel et al (2021), desenvolvido no hospital de urgências de Goiânia, adota algumas estratégias que se afinam com as perspectivas internacionais. Conforme os autores, as intervenções psicológicas eram dirigidas aos pacientes e consistiam em psicoeducação orientada por técnicas cognitivas comportamentais. Os pacientes eram avaliados em sua capacidade de gerenciar o próprio contato com a família e repassar as informações do seu quadro clínico. De acordo com o resultado eram divididos em três níveis de competência autossuficientes, hipossuficientes e insuficientes (Miguel et al, 2021). Segundo os autores, para o paciente considerado autossuficiente (lúcido, orientado, capacidades físicas e cognitivas preservadas), a equipe de psicologia e assistência social liberava o uso do seu próprio aparelho telefônico e as visitas virtuais eram disponibilizadas a esses pacientes.

Já na experiência de Catunda et al (2020), que ocorreu em um hospital privado em Fortaleza-Ceará, as visitas virtuais foram pensadas como recurso de humanização e possibilidade de cuidado à subjetividade dos pacientes e familiares, sendo realizadas em conformidade ao desejo dos pacientes. Os autores sinalizam a corresponsabilidade da equipe

multidisciplinar com as visitas virtuais, não se restringindo ao setor de psicologia. Silva e Lima (2020), também na cidade de Fortaleza-Ceará, em hospital público, apresentam a proposta de realizar visita virtual conforme desejo e demanda do paciente. As intervenções psicológicas estavam voltadas para os pacientes contaminados e consistiam em atendimento clínico de forma presencial, por meio da técnica de psicoterapia breve, com o fluxo por pedido de interconsulta (Silva & Lima, 2020). Nesse estudo os autores apontam a escassez de recursos tecnológicos para realização das videochamadas.

No relato de Costa et al (2022), em um hospital público também no estado de Ceará, o atendimento psicológico a pacientes era realizado com aqueles que apresentavam capacidade de fala preservada. Com os pacientes de enfermaria, o atendimento era de forma presencial; já com os pacientes de UTI COVID o atendimento se fazia de forma online. As visitas virtuais eram favorecidas, mas os autores não deixam claro se foi para pacientes de enfermaria ou UTI. As intervenções psicológicas também estavam voltadas ao acompanhamento psicológico às famílias, realizado por videochamada, com a particularidade de acontecerem em *home office* para os profissionais de psicologia. Os funcionários do hospital eram atendidos através de plantão psicológico (Costa et al, 2022).

Nunes et al (2020) relatam que, em um hospital público, em Curitiba-Paraná, as visitas virtuais foram implementadas como recurso para aproximar paciente e família, possibilitando a fala e expressão dos afetos. Os pacientes eram atendidos e acompanhados de forma presencial e as famílias por telefone. De início, as videochamadas aconteciam com os pacientes lúcidos e com capacidade de fala preservada, mas os autores revelam que, conforme acolhiam por telefone as angústias de familiares com pacientes inconscientes e intubados, passaram a propor que os familiares enviassem áudios e vídeos para serem reproduzidos aos pacientes. Nesse sentido, os autores consideram que essas intervenções podem oportunizar o trabalho de elaboração do luto por meio de “um trabalho de escuta, mas também de mediação e propagação da palavra” (Nunes et al, 2020, p. 5). Perspectiva semelhante é apresentada no relato de Kuybida et al (2021), também em hospital público na cidade de Curitiba-Paraná. O que diferenciou a experiência de Kuybida et al (2021) foi a flexibilização de visita presencial para familiares com pacientes em processo de fim de vida. Nessa intervenção, a psicóloga acompanhou o familiar durante todo o tempo da visita, orientando e auxiliando na paramentação e desparamentação, visando possibilitar os rituais de despedida e o trabalho de luto.

O trabalho de Zanini et al (2021), realizado em uma UTI no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, se afina com as práticas desenvolvidas nos dois últimos relatos. Os autores defendem que as intervenções psicológicas precisavam ser pensadas e realizadas considerando

a singularidade de cada caso. Nesse sentido, sua atuação estava voltada para o atendimento presencial aos pacientes, atendimento remoto aos familiares, visitas virtuais e flexibilização de visitas presenciais, conforme avaliação e discussão com equipe multidisciplinar. O atendimento psicológico presencial era ofertado aos pacientes com capacidade de fala preservada, mas também para aqueles em processo de pré-intubação ou em desmame de ventilação mecânica. Para os pacientes lúcidos que apresentavam condições clínicas para manusear o próprio celular, o aparelho era liberado para uso e era incentivado que o paciente administrasse o contato com seus familiares (Zanini, et al, 2021). Aos pacientes em processo de pré-intubação era também ofertada a possibilidade de visita virtual. Na experiência dos autores, esses pacientes apresentavam angústia elevada, com medo de morte importante, o que fazia com que esses momentos se configurassem muitas vezes como o último contato do paciente com a família. As falas durante a videochamada eram de agradecimento, declarações afetivas e até mesmo organizações práticas e financeiras.

Zanini et al (2021) relatam ainda que, diante da angústia e demanda dos familiares com pacientes intubados ou com pouca condição de fala, as visitas virtuais também passaram a ser ofertadas a esses familiares. Essa prática foi discutida de forma multidisciplinar, incluindo o departamento jurídico do hospital e considerando questões bioéticas. Para a visita virtual, a equipe de psicologia avaliava não só o desejo, mas também as condições psíquicas e emocionais da família e do paciente que mantinha algum nível de consciência. Durante a visita, os familiares podiam expressar suas palavras, sentimentos e muitas vezes solicitavam à psicóloga que tocasse no paciente com gestos afetivos. Para os autores, nesses momentos, “a psicóloga é percebida como uma extensão da família, que não pode estar presente” (Zanini et al, 2021, p.51). Na prática dos autores os rituais de despedida podiam acontecer por videochamada ou através de liberação especial para visita presencial.

Tomando o campo de intervenção psicológica com pacientes em UTI, Castelo Branco e Arruda (2020) apresentam um trabalho ímpar com pacientes de quadro clínico grave em uso de Ventilação Mecânica (VM). As autoras elaboraram um protocolo de atendimento psicológico a pacientes em desmame de VM: o atendimento psicológico é ofertado a esses pacientes, sendo desenvolvidos meios de comunicação alternativa e tendo o setor de psicologia o papel de mediar a comunicação e interação entre paciente e equipe. Nos casos em que o paciente desejava contato com a família, era avaliada a condição psíquica e emocional de ambas as partes e o contato virtual era proposto.

Nesse compilado do panorama brasileiro sobre práticas psicológicas em hospital em tempos de COVID observa-se que cada serviço de psicologia reestruturou seu fluxo assistencial

de forma própria, embora determinadas práticas tenham ocorrido de maneira frequente nas diversas experiências. Nos estudos de Lessa (2020), Lima et al (2020), Nunes et al (2020), Kuybida et al (2021) e Zanini et al (2021) os atendimentos psicológicos aos familiares foram realizados por telefone e, particularmente no estudo de Nascimento et al (2020), as ligações aconteciam através de um ramal específico. Na experiência de Costa et al (2022) os atendimentos eram realizados por videochamada. No que tange ao acompanhamento dos pacientes, a maioria das práticas ocorreu de forma presencial (Lima et al, 2020; Nunes et al, 2020; Silva & Lima, 2020; Castelo Branco & Arruda, 2020; Kuybida et al, 2021; Zanini et al, 2021; Costa et al, 2022), podendo ser realizadas com pacientes em enfermaria (Lima et al, 2020; Costa et al, 2022) ou com pacientes com quadro clínico grave em UTI (Zanini et al, 2021; Castelo Branco & Arruda, 2020).

A respeito da interação paciente e família, a visita virtual compõe a maioria dos relatos (Castelo Branco & Arruda, 2020; Catunda et al, 2020; Nunes et al, 2020; Silva & Lima, 2020; Kuybida et al, 2021; Miguel et al, 2021; Zanini et al, 2021; Costa et al, 2022). Destacamos os trabalhos de Nunes et al (2020), Kuybida et al (2021) e Zanini et al (2021) pela perspectiva de inclusão da demanda e angústia dos familiares e pacientes com quadros clínicos mais graves, possibilitando a expressão de palavras, afetos e até mesmo a realização de despedidas. Ressaltamos ainda a flexibilização de visitas presenciais como forma de acolhimento à singularidade de cada caso, presentes na experiência de Kuybida et al (2021) e Zanini et al (2021).

Em concordância com nossa experiência de pesquisa, Rodrigues et al (2021), Catunda et al (2020) e Silva e Lima (2020) consideram escassa a literatura referente à psicologia hospitalar durante a pandemia e salientam a necessidade de outros tipos de produção para além do relato de experiência. Para Nunes et al (2020) uma das razões para a reduzida produção bibliográfica seria a exigência psíquica que as psicólogas atuantes na “linha de frente” teriam para elaborar essa experiência e convertê-la em escrita.

Após apresentar as perspectivas psicológicas sobre as intervenções em psicologia hospitalar durante a pandemia, passaremos às perspectivas psicanalíticas. Embora se trate de um mesmo campo de atuação – o hospital – é importante que a psicanálise componha de modo específico nossa revisão de literatura, por se tratar da teoria que orienta a prática da pesquisadora e embasa o problema de pesquisa.

2.2 Perspectivas psicanalíticas

Ao buscar as produções psicanalíticas no âmbito hospitalar durante a pandemia nos deparamos com um número ainda reduzido de estudos (Almendra et al, 2020, Rocha, 2020; Soares e Rodrigues, 2020; Andrade, 2021; Moretto et al, 2021). Em sua grande maioria, os estudos sobre a pandemia na perspectiva psicanalítica estão voltados para a experiência clínica com os atendimentos virtuais (Capoulade & Pereira, 2020; Colao et al, 2020; Dacorso, 2020; López, 2020; Rocha, 2020; Verztman & Romão-Dias, 2020; Leite, 2021). Em função disso, propomos inicialmente um breve mapeamento das perspectivas clínicas próximas ao nosso objeto de pesquisa para, em seguida, apresentar as produções psicanalíticas no campo hospitalar durante a pandemia.

As normativas sanitárias demandaram dos psicanalistas uma reorganização de seus espaços de atendimento. Mesmo aqueles que atendem no enquadre tradicional da clínica tiveram que fechar seus consultórios, o que de início fez ressoar a questão: o que pode um psicanalista diante da pandemia? (Dratovsky et al, 2020). A pandemia pôs em xeque o *modus operandi* tradicional dessa clínica e convocou à revisitação teórica e técnica dos pressupostos que a sustentam (Quinet, 2020; Dratovsky et al, 2021; Mascarenhas et al, 2021). No tempo inicial da pandemia, Quinet (2020) ressaltou que o psicanalista tem o dever ético de estar ao lado do sujeito e escutar o mal-estar. Nesse sentido, defendia que os dispositivos virtuais (*smartphone*, videochamadas) seriam o meio para a sustentação da clínica. É notório que o atendimento virtual foi largamente utilizado pelos psicanalistas durante a pandemia.

Cabe recordar que a experiência com atendimentos virtuais não é uma criação ocorrida durante a pandemia. Há aproximadamente 15 anos há relatos de experiências de atendimento virtual no Brasil, ainda que de forma incipiente (Vertzman & Romão-Dias, 2020). Para os autores o que tornou o atendimento virtual um *setting online* foi a necessidade de sustentar o trabalho psicanalítico frente ao contexto de catástrofe instalado com a pandemia. Dratovsky et al (2020) consideram que a inclusão dos dispositivos virtuais na clínica se faz possível ao não perder de vista que “a psicanálise é discurso e ética, maneira de se colocar em relação com o que se faz, o que se pensa e o que se deseja” (Dratovsky et al, 2020, p. 19).

Esse novo fazer clínico provocou nos psicanalistas uma diversidade de perguntas, dentre as quais destacamos aquelas que tem como eixo central o corpo: “como o analista comparece como corpo à análise?” (Brunetto, 2020); “Qual o lugar das presenças concretas e dos corpos

de analisante e analista na sessão analítica?” (Capoulade & Pereira, 2020); “de qual corpo se trata na análise presencial? E na análise e intervenção *on-line*?” (Pinto, 2020); “é preciso corpo para fazer uma análise?” (Izcovich, 2020). Para Brunetto (2020), o analista comparece por meio da *presença do analista*, função que causa a abertura do inconsciente do paciente. Nesse sentido, destaca que, por se tratar de função, a *presença do analista* não é apenas a presença do corpo do analista, mas é também ato. Capoulade e Pereira (2020) não arriscam respostas, mas apontam que, para pensar o campo tensional entre presença e virtualidade na clínica psicanalítica, “deve-se ter em mente que em psicanálise, como em qualquer outra modalidade clínica, a técnica deve estar a serviço da ética e somente nesta pode encontrar sua justificação” (Capoulade & Pereira, 2020, p. 10). Dratovsky et al (2020), por sua vez, retomam a formulação proposta por Jacques Lacan de que a posição do analista é a de semblante de objeto causa de desejo e questionam como o analista poderia sustentar essa posição quando ele também está impactado pelo contexto da pandemia.

Destacando o recorte para a dimensão do corpo, recortamos o texto do psicanalista Luís Izcovich (2020) no livro *Psicanálise e Pandemia*. O autor afirma que pensar o corpo em psicanálise adquire um lugar central durante a pandemia e relembra que corpo não é o sujeito, fazendo uma importante retomada conceitual do assunto.

Observa-se que as perguntas e trabalhos psicanalíticos sobre clínica *online* e corpo envolvem uma discussão sobre presença e virtualidade e dizem respeito ao analista e ao paciente mediados pela tela (Dacorso, 2020; Melo, 2020; Pinto, 2020; Quinet, 2020; Rocha, 2020). Nessa direção, Melo (2020) e Pinto (2020) acreditam que, mesmo se tratando de um espaço virtual, onde o corpo material não estaria presente, a função de presença do analista acontece através dos objetos pulsionais, voz e olhar. Rocha (2020) também considera a perspectiva de Melo (2020) e Pinto (2020) e dá destaque à questão da imagem, indicando que, no atendimento virtual, analista e paciente tem ao alcance dos olhos a imagem de si mesmo e do outro. Por sua vez, Quinet (2020) sustenta que a psicanálise *online* pode ser pensada como presencial, visto que implica a presença do analista. Nas suas palavras: “A presença do analista se dá pelo ato do analista, esse ato que ele se coloca ali, no aqui e agora da sessão como semblante de objeto *a* e estabelece esse laço único que é o discurso do analista (Quinet, 2020, p. 20).

Essa discussão está atrelada à posição do analista, concepção revisitada na maioria dos trabalhos para pensar o corpo do analista na clínica virtual (Capoulade & Pereira, 2020; Colao et al, 2020; Dacorso, 2020; Dratovsky et al, 2020; López, 2020; Mascarenhas et al, 2020; Rocha, 2020; Verztman & Romão-Dias, 2020; Leite, 2021). Nessa direção, os pontos de produção na literatura psicanalítica no período da pandemia estão voltados para a discussão do

corpo do paciente e do analista mediados pela tela, o que nos permite questionar a prática clínica do praticante da psicanálise no hospital em tempos pandêmicos, visto que, nesse ambiente, em algumas práticas o corpo físico do analista está em pauta.

2.2.1 A prática psicanalítica no hospital durante a pandemia COVID-19

No Brasil, a inserção do psicanalista no hospital tem seu início na década de 1970 com os trabalhos precursores de Sônia Alberti e Consuelo Pereira de Almeida, no Rio de Janeiro, e de Marisa Decat de Moura, em Belo Horizonte (Salgado & Coppus, 2020). É primordial situar que ao falarmos do lugar do psicanalista no hospital não estamos falando de um espaço físico, mas de uma função, que precisa ser construída regularmente (Calazans & Azevedo, 2016; Coppus & Netto, 2016; Lima, 2018; Moreira & Santos, 2019; Coppus & Pereira, 2020; Rossi & Vidal, 2020; Salgado & Coppus, 2020). Esse trabalho de construção do seu lugar é denominado de inserção (Moretto & Priskulnik, 2014).

O trabalho do analista no hospital envolve paciente, família e equipe e está situado na intersecção entre a dimensão clínica e a institucional (Lima, 2018). Na dimensão clínica, sua função consiste, sobremaneira, em ofertar um espaço de escuta ao sujeito (Lima, 2018; Coppus & Pereira, 2020; Salgado & Coppus, 2020). Sua escuta possibilita a abertura da fala do paciente, o que lhe permite a construção de uma narrativa própria da experiência do adoecimento (Coppus & Pereira, 2020), como também possibilita contornar simbolicamente a angústia e o sofrimento instalados com o adoecimento (Calazans & Azevedo, 2016). No terreno institucional, Machado e Chatelard (2014) salientam que essa é uma prática que não se faz sozinha, é uma “prática entre vários”, uma prática multiprofissional em que o analista trabalha a todo tempo para a sustentação da singularidade e da subjetividade.

Moreira e Santos (2019) consideram que a prática clínica psicanalítica no hospital consiste em acolher e manejar a urgência subjetiva do paciente e da família. Os autores recordam que é corriqueiro, na rotina do analista, acompanhar a família durante o horário de visita, momento em que muitas vezes intervém clinicamente, sustentando espaço para que a palavra e os afetos circulem. O analista nessa prática se depara a todo tempo com a imprevisibilidade, cenário que o convoca a criatividade (Machado & Chatelard, 2014) e invenção (Moreira & Santos, 2019) do seu lugar e função nos manejos clínicos. Seu trabalho demanda um dinamismo que escapa ao enquadre convencional da clínica psicanalítica. Nesse sentido, Lima (2018) recorda as condições fundamentais para que uma prática psicanalítica

aconteça: que o paciente associe livremente e que o analista maneje a transferência, condições que independem de um espaço geográfico. Para Lima (2018), no hospital, “o *setting* analítico é onde o psicanalista é solicitado, seja no leito da enfermaria, no CTI, no Pronto-socorro ou até mesmo com a equipe médica” (Lima, 2018, p.10). Cabe, portanto, considerar que a prática psicanalítica no hospital já demandava, previamente à pandemia, um dinamismo em sua técnica.

As transformações do cenário hospitalar com a chegada da pandemia já foram discutidas anteriormente. O que propomos nesse tópico é apresentar a perspectiva psicanalítica e suas possibilidades de intervenção nesse cenário de tantas transformações. Moretto et al (2021), em “A Psicologia Hospitalar no enfrentamento da pandemia da COVID-19 a partir da Psicanálise”, recordam que de início, os profissionais psi, sentindo-se desamparados e impotentes, recorreram à Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) na busca por orientações “do que fazer”. Nesse sentido, os autores indicam que a possibilidade de resposta se encontra na revisitação à teoria psicanalítica, pois na psicanálise “há uma ética que orienta nossas práticas e que orientou-nos também na situação da pandemia: a atenção ao que há de singular em cada caso clínico” (Moretto et al, 2021, p. 244).

De certo que as Cartilhas e Recomendações precisavam ser tomadas como guia para reorganizar a prática clínica. Contudo, o que os autores assinalam é que cada profissional e Serviço de Psicologia deve incluir seu próprio percurso e história prévios no hospital, a fim de construir, à sua maneira e dentro das possibilidades, seus novos fluxos assistenciais. Nessa direção,

Mesmo que na pandemia seja absolutamente necessária uma adequação aos protocolos de segurança, tais como uso de EPIs, adoção de assistência psicológica remota, realização de visitas familiares virtuais, sabemos que o que concerne o caráter clínico a um dispositivo psicológico é o fato de ele não privilegiar a doença e sim o sujeito (Moretto, et al, 2021, p. 245)

No que tange à visita virtual, os autores destacam que qualquer profissional da equipe poderia realizá-la. Contudo, ao ser conduzida por um profissional psi, pode vir a se constituir um espaço para escuta e acolhimento do paciente e da família e, em situações mais graves como processos de finitude, essa intervenção pode favorecer os rituais de despedida. Nesse trabalho de mediação do contato entre paciente e família, os autores consideram que o profissional psi se oferta como um *mediador simbólico*:

(...) possibilitando que falas dos pacientes possam ser narradas para as famílias e o impacto destas seja relatado para os pacientes (o contrário também pode acontecer). Essa intermediação simbólica ajuda com que pacientes e familiares construam narrativas em torno do adoecimento e da hospitalização transformando-a em uma experiência subjetiva (Moretto et al, 2021, p.249).

De posse dessas contribuições, passaremos agora aos relatos das intervenções de praticantes da psicanálise no hospital. Observa-se nesses trabalhos um estilo de produção que entrelaça os fundamentos teóricos, a prática e a pesquisa, com a presença de vinhetas clínicas (Almendra et al, 2020; Andrade, 2020). Os trabalhos estão embasados pela psicanálise freudolacaniana (Almendra et al, 2020; Rocha, 2020; Soares & Rodrigues, 2020). Especificamente no de Andrade (2020) a autora recorre ainda às teorizações de Sándor Ferenczi.

O trabalho de Rocha (2020) se distingue do estilo das outras produções por não se tratar de um relato de experiência, pois advém da sua inquietação “o que pode fazer o psicanalista no hospital durante uma pandemia?” O seu campo prático foi um hospital universitário em Niterói, Rio de Janeiro. A autora apresenta as intervenções possíveis no cenário pandêmico: para os pacientes lúcidos seguiu-se com a oferta dos atendimentos presenciais e com as famílias o atendimento de forma remota. No que tange às visitas virtuais, eram realizadas com os pacientes lúcidos; com os pacientes sedados e intubados foi oferecido à família o envio de áudios e mensagens para serem reproduzidos para o paciente. Para a autora, “no encontro com o analista está a oportunidade de dizer o que não foi dito e de ressignificar a sofrida experiência que priva essas pessoas não apenas do ente querido, mas também de todos os rituais relativos ao morrer com que estamos habituados” (Rocha, 2020, p.12). Nessa direção, apresenta uma intervenção específica para os familiares, a “caixa de memórias”, local onde a família poderia depositar algo escrito sobre o paciente que veio a óbito. Apostou-se, portanto, na escrita “como uma das formas de intervenção do analista em tempos de pandemia” (Rocha, 2020, p. 12).

Por sua vez, no relato de Almendra et al (2020), as intervenções produzidas em um hospital privado no Rio de Janeiro se voltaram para o atendimento remoto às famílias, pois a maioria dos pacientes se encontrava sedado e intubado. Segundo as autoras, as intervenções por telefone “funcionaram não apenas como um dispositivo de acolhimento, mas de identificação de estados de angústia (Almendra et al, 2020, p. 5). Em direção semelhante está o trabalho de Soares e Rodrigues (2020) na Casa da Caridade de Muriaré, Minas Gerais, onde as intervenções também consistiram no atendimento remoto às famílias. As autoras, por sua vez, dedicam seu trabalho à discussão das exigências psíquicas dos rituais de despedida, quando as famílias não podiam se despedir do seu ente querido. Descrevem algumas vias encontradas pelas famílias

para realizar tais rituais em situações de óbito: a entrega de uma roupa do paciente para ser levada junto com ele, a qual em outros tempos teria sido vestida; a solicitação do prontuário do paciente para ter o que “ver” sobre sua morte; a confecção de cartas para que a equipe pudesse ler para o paciente, dentre outros rituais. Soares e Rodrigues (2020) salientam que, conforme o período da pandemia, foi possível a flexibilização de visita presencial em alguns casos.

Com outra perspectiva de intervenções, apresentaremos mais detidamente o trabalho de Andrade (2020) no hospital do Corpo de Bombeiros Militar no Rio de Janeiro. Segundo a autora, as intervenções estavam voltadas à assistência ao paciente e família; para a equipe de saúde não foi formalizado um fluxo, sendo ofertado acolhimento aos colegas que buscavam o serviço de psicologia em busca de amparo. Em relação aos pacientes, além do atendimento clínico, foram planejadas “estratégias de cuidado” alicerçadas na literatura das intervenções psicológicas em grandes desastres¹⁸. Dentre as estratégias adotadas estava: facilitar a comunicação e o fornecimento de informação sobre quadro clínico e rotinas hospitalares aos pacientes, e oportunizar o contato dos pacientes com pessoas afetivas. Para a autora, esses cuidados contribuíram para a diluição de angústias e incertezas.

Seguindo com as intervenções aos pacientes, Andrade (2020) relata que era incentivado o uso do próprio celular para os pacientes que se encontravam lúcidos, de modo que pudessem administrar o contato com a família. Quanto aos pacientes que não apresentavam condições clínicas de realizar esse contato de forma autônoma, o encontro virtual era facilitado pela praticante de psicanálise conforme o interesse do paciente. Andrade (2020) descreve algumas situações vivenciadas em videochamadas, como festas virtuais, rituais religiosos, músicas; havia também um outro cenário com pacientes em processo de pré-intubação, quando a videochamada viabilizava resoluções financeiras, pedidos de perdão, choros e despedidas. Com pacientes sedados e intubados, a intervenção consistia em ofertar à família o envio de áudios e mensagens para transmissão ao paciente.

Andrade (2020) dedica parte do seu relato à experiência com pacientes em situações limites, descritos pela autora como “pacientes em plena angústia” e que não conseguiam sustentar uma comunicação em função do quadro respiratório. “Nesses casos, me ofereço como alguém que tem coragem para escutar e responder sem pavor, mas também lanço mão da presença silenciosa e do toque, apenas acompanhando a agonia para que esta não seja vivida tão solitariamente” (Andrade, 2020, p. 87). A autora busca apoio teórico na “elasticidade da

¹⁸ <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>

técnica” de Sándor Ferenczi¹⁹ e na formulação de “presença implicada ou preservada” de Luís Claudio Figueiredo²⁰. Desse modo, se ampara na “elasticidade da técnica” para pensar a flexibilidade necessária ao lugar do analista no manejo clínico com pacientes em situações limites e, ancorada na discussão sobre “presença implicada”, busca acolher o paciente; a “presença reservada” possibilita manter-se disponível ao lado do paciente sem necessariamente implicar uma ação de fala. As considerações clínicas de Andrade (2010) mostram-se especialmente interessantes por se aproximar do nosso problema de pesquisa.

Por fim, para avançarmos em direção ao último tópico da revisão de literatura, recorreremos a uma *live*, ocorrida em 10 de junho de 2020, realizada pelo Conselho Regional de Psicologia do Mato Grosso, e que contou com a presença da convidada a psicanalista Maria Livia Moretto. Nessa *live*, Moretto chama a atenção para a necessidade de uma “invenção responsável” diante da urgência subjetiva do paciente e família e frente ao uso dos dispositivos virtuais a fim de compor a prática clínica. À vista disso, a psicanalista adverte que mesmo diante da incidência dos dispositivos virtuais, na atuação do profissional psi no hospital, o recurso não é o *tablet* ou o *smartphone*; o recurso é o próprio analista em presença física.

2.2.2 Por uma inventividade responsável: os usos do corpo do analista na práxis

Consideramos essencial ter apresentado um panorama das publicações em psicologia e psicanálise acerca das possíveis intervenções durante a pandemia em contexto hospitalar de forma a contextualizar as práticas clínicas no cenário de onde a pesquisa emerge. Ao nos depararmos com a literatura psicanalítica, as produções estão direcionadas ao corpo do analista e do paciente sobre a tela, perspectiva que orienta teoricamente o praticante da psicanálise no hospital, mas não contempla francamente sua experiência, quando o corpo do praticante está em presença física no atendimento. Assim, a fim de aprofundarmos a discussão, recorreremos a uma breve revisitação de produções psicanalíticas acerca dos usos do corpo na experiência analítica.

Apesar da noção de corpo fazer parte da teoria psicanalítica desde seu nascimento com Freud e sua escuta clínica às históricas, o desenvolvimento dessa noção está ligado, sobremaneira, ao corpo do paciente (Domiciano, 2021; Prado et al, 2021). E o corpo do

¹⁹ Ferenczi, S. (1928). *Elasticidade da técnica psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1992, p.25-36. (Obras completas Sándor Ferenczi, 4)

²⁰ Figueiredo, L. C. A metapsicologia do cuidado. *Psychê*, São Paulo, v. 11, n. 21, p.13-30, 2007

analista? Prado et al (2021) se dedicam a articular o lugar e a função do corpo do psicanalista como sustentação para a clínica em diferentes contextos de atuação: no consultório, nos atendimentos virtuais, nas instituições de saúde e psicossociais, no acompanhamento terapêutico. Para a presente discussão, vamos nos ater aos dois últimos. No campo do acompanhamento terapêutico (AT), a presença corporal do praticante de psicanálise é pensada enquanto suporte interventivo e modalidade de tratamento, que pode acontecer em diferentes espaços: na rua, em escolas, etc. O AT circula pelo território do seu acompanhado, é uma presença que se oferece e se sustenta em um campo sempre aberto a surpresas. Prado et al (2021) consideram que, nas instituições de saúde, o corpo do analista está atrelado a sustentação da clínica psicanalítica em dois campos: 1) o clínico, com o paciente e família e 2) com a equipe. Os autores defendem que o corpo do analista está enredado no manejo da transferência para sustentar sua função e presença nesses dois campos, seja no atendimento clínico direto a paciente ou família, como também no trabalho de equipe multiprofissional.

Os trabalhos de Almeida et al (2022) e Abreu (2012) seguem outra perspectiva e discutem o corpo do analista na clínica psicanalítica com crianças autistas. Para Almeida et al (2022), o corpo do analista pode ser pensado como instrumento. Ao ofertar-se como “ambiente de tratamento” para a criança, o analista favorece o trabalho de questões sensoriais e seu corpo muitas vezes é utilizado como objeto de extensão e lugar de acolhimento para as expressões da criança. Na tese de Abreu (2012) o corpo do analista é pensado enquanto “ambiente de tratamento” e forma de invenção. Através de vinhetas clínicas, o autor descreve como o corpo do analista passa à condição de ambiente de tratamento, para que o trabalho clínico possa acontecer, a exemplo: a criança que contorna o corpo do analista com um carrinho de brinquedo para que então possa contornar o seu próprio corpo. Nas palavras do autor: “Há toda uma seriação de objetos que, ao passarem pelo corpo do analista ou partirem dele, assumem o efeito provocador de despertar o próprio corpo da criança” (Abreu, 2012, p.14). Para o autor, o analista na clínica com crianças autistas “está convidado a compreender, ou melhor, a viver o universo sensível da criança, tendo por eixo o seu próprio corpo. Convém que ele pense a criança com o seu corpo. É o que prepara a situação transferencial” (Abreu, 2012, p. 234).

Os trabalhos acima problematizam o corpo do analista dentro de um campo prático. No campo do AT enquanto suporte interventivo e modalidade de tratamento; nas instituições de saúde como lugar e função que sustenta uma discursividade (Prado et al, 2021). E há ainda a possibilidade de se pensar o corpo como “ambiente de tratamento” na clínica com crianças autistas (Abreu, 2012; Almeida et al, 2022). Por uma via um pouco diferente, mas que, de certo modo, engloba os trabalhos anteriormente apresentados, está a tese de Domiciano (2021). O

autor propõe três eixos para pensar a função e campo do corpo do analista: a pessoa do analista, a presença e a transferência.

No eixo sobre a pessoa, o autor coloca em jogo as marcas sociopolíticas que o corpo do analista carrega e a sua disponibilidade para incluir essas dimensões no campo transferencial. Ainda sobre a pessoa do analista, o autor grifa uma passagem de Lacan sobre “empréstimo da pessoa” do analista para suporte aos fenômenos da transferência e se pergunta “o que significaria emprestar-se enquanto pessoa?”. Domiciano (2021) detém-se sobre esses dois termos “empréstimo” e “pessoa”: emprestar significa ceder algo por um tempo, mas implica que o que foi cedido segue sendo de quem emprestou. Nesse sentido, o autor se questiona se a pessoa do analista “empresta-se enquanto um conjunto de traços, propriedades elementares que definiriam a personalidade da sua pessoa, ou sua própria pessoa em um sentido histórico, subjetivo e social, anterior ao estabelecimento da transferência?” (Domiciano, 2021, p. 284). É nessa direção que, para Domiciano (2021), as maneiras como o corpo do analista podem comparecer na experiência analítica estão implicadas com o campo da transferência. Esse argumento nos parece extremamente útil para avançar em nossa questão de pesquisa.

A breve revisão de literatura sobre o corpo do analista foi pensada a fim de compor as camadas que estruturam nosso problema de pesquisa: o corpo da psicóloga praticante da psicanálise utilizado no manejo clínico com o paciente crítico por COVID-19. Uma pergunta de ordem clínica, mas que está enlaçada à experiência no hospital durante a pandemia. Assim, revisitar as produções sobre o corpo do analista em práticas clínicas diversas nos direciona a uma *inventividade responsável* para a formalização do *corpo de empréstimo* e o que ele pode contribuir para a transmissão da prática psicanalítica em tempos de pandemia.

3 CORPOS QUE CONTAM: PSICANÁLISE E PANDEMIA

*A ideia que tenho eu as invento, em sofrendo-as
eu mesmo, passo a passo e pé a pé, não escrevo
senão o que sofri medida por medida do corpo, e
ponto por ponto de todo meu corpo, nunca
encontrei o que escrevo senão que através de
angústias*

(Antonin Artaud, *A perda de si*)

Esta pesquisa se ancora na psicanálise freudiana e lacaniana enquanto posicionamento teórico-clínico, que fundamenta a práxis da pesquisadora, e como eixo orientador no delineamento conceitual, metodológico e investigativo deste trabalho. Dessa forma, após a introdução de uma leitura interdisciplinar da pandemia COVID-19, propomos uma leitura psicanalítica desse fenômeno pela perspectiva dos “corpos que contam”²¹. Utilizamos contar no sentido de relatar, historicizar os efeitos e implicações nos corpos daqueles que viveram a experiência do coronavírus, em materialidade corpórea, a exemplo dos pacientes contaminados atendidos no hospital e, também, através do corpo da própria praticante de psicanálise. Cada corpo conta. Em seguida, apresentamos os conceitos psicanalíticos basilares desse trabalho: corpo e posição do analista, a partir dos ensinamentos de Sigmund Freud e de Jacques Lacan.

Em uma leitura psicanalítica, a pandemia COVID-19 remete ao encontro com o real, no sentido lacaniano do termo. O real como encontro diz respeito à contingência, a algo inassimilável que se apresenta na forma do trauma: “o real pode ser representado pelo acidente, pelo barulhinho, a pouca-realidade, que testemunha que não estamos sonhando” (Lacan, 1964/2008, p. 64). O encontro com o real do vírus escancara o terror da morte e instala o desamparo, nomeado por Freud (1930/2010) como o desamparo originário do sujeito. O desamparo é um estado estruturante e fundamental da experiência humana. Em situações de imprevisibilidade e ruptura, como um adoecimento, os sujeitos vivenciam uma reedição do desamparo estrutural, experiência que pode destituir o sujeito de sua subjetivação e deixá-lo mergulhado em angústia (Decat, 2000).

²¹ Expressão extraída do subtítulo da Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, Correio nº 84, outubro/2020.

O arcabouço teórico-clínico psicanalítico apresenta uma vasta elaboração em torno da angústia. A princípio, quando partimos de Freud (1916-17/2014) nas *Conferências Introdutórias à Psicanálise*, o tema da angústia aparece como um dos tópicos sobre a teoria geral das neuroses e é considerada enquanto um “estado afetivo”. Resgatamos deste momento teórico o caráter de prontidão da angústia diante do perigo e uma demarcação da diferença entre angústia (*Angst*), temor (*Furcht*) e terror (*Schreck*): “Apenas acho que ‘angústia’ se refere ao estado, não considerando o objeto, ao passo que ‘temor’ chama a atenção precisamente para o objeto” (p. 523). Nesse sentido, há também na angústia um caráter de “indeterminação” e “ausência de objeto”. Ao assinalar o caráter de um estado afetivo, Freud (1916-17/2014) considera as inervações, descargas ou ações motoras que dão o tom ao afeto de angústia, o que nos leva a considerar que o corpo estaria implicado no estado de angústia. Ao final desse texto, podemos destacar duas considerações freudianas sobre a angústia: 1) “o desenvolvimento da angústia é a reação do Eu ao perigo e o sinal para início da fuga” (p. 536) e 2) “o desenvolvimento da angústia está intimamente ligado ao sistema do inconsciente” (p. 543).

Dez anos depois, em *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926/2010) retoma essa discussão e busca entender a natureza da angústia que, além de ser um estado afetivo, tem como “traço particular” seu caráter desprazeroso. Nesse contexto, Freud discorre sobre as sensações físicas percebidas nos estados de angústia, e menciona o sistema respiratório e o órgão do coração como os representantes corporais mais frequentes na manifestação dessas sensações. Mais uma vez podemos ver a implicação do corpo na angústia. Avançando nesse escrito, Freud (1926/2010) se interroga sobre o que seria um perigo e revisita sua consideração da reação de angústia à situação de perigo. Nessa direção, ele conecta a angústia à noção de desamparo e toma a angústia pela sequência angústia-perigo-desamparo: “A situação de perigo é a reconhecida, recordada, esperada situação de desamparo. A angústia é a original reação ao desamparo do trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo como sinal para a ajuda” (Freud, 1926/2010, p. 116).

Posteriormente, na teorização lacaniana, a discussão sobre a angústia é desenvolvida através da noção de *Unheimlich*, aquilo que é estranho familiar e não pode ser dito, que anuncia algo inquietante e de maneira aguda implica o corpo do sujeito (Lacan, 1962/2005). Lacan dedica um Seminário a esse tema e, em suas formulações, introduz a angústia como um afeto que não engana, indicando “a relação essencial da angústia com o desejo do Outro” (p. 14).

Nesse seminário, Lacan formula um posicionamento teórico próprio quanto ao objeto da angústia, afirmando que “ela não é sem objeto” (p. 101) e destaca que a angústia *não é sem tê-lo*. Dito de outro modo, a angústia tem um objeto diferente, um objeto indeterminado, o que

a distingue do medo. A substância da angústia é, justamente, “aquilo que não engana” e, nessa direção, Lacan a define como um corte: “[...] o inesperado, a visita, a notícia, aquilo que é tão bem exprimido pelo termo “pressentimento”, que não deve ser simplesmente entendido como pressentimento de algo, mas também como o *pré-sentimento*, o que existe antes do nascimento de um sentimento” (p. 88). Em sua construção teórica sobre a angústia, Lacan articula as noções de objeto *a* e de real e define a angústia como o sinal da “irredutibilidade do real”, sendo o *a* do objeto perdido o que resta de irredutível do sujeito e a angústia “sua única tradução subjetiva”. O psicanalista conclui seu seminário indicando que “só há superação da angústia quando o Outro é nomeado” (Lacan, 1962/2005, p. 366).

A angústia aparece em diversas leituras psicanalíticas sobre a pandemia e a possibilidade de morte (Birman, 2020; Dunker, 2020; Laurent, 2020; Melo, 2020; Duarte, 2022). Birman (2020) retorna ao texto freudiano *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926) e recupera a noção de angústia real, na qual o sujeito, diante de alguma situação inesperada (nominalmente a pandemia COVID-19), não pôde reconhecer e se antecipar ao perigo, experiência que instala a angústia real e o trauma. Em tempos de pandemia, a angústia se apresenta de forma individual e coletiva diante da possibilidade da morte em uma temporalidade indeterminada (Melo, 2020). Se resgatamos as proposições freudianas que articulam angústia e desamparo, podemos situar o impacto da ruptura que a pandemia causou no percurso de vida das pessoas, de modo a produzir sofrimento (Dunker, 2020). Nesse contexto, a prática do isolamento intensificou as angústias individuais e coletivas: “estamos em uma situação na qual precisamos fazer frente ao medo de algo que vem de fora: há um bicho lá fora e ele pode nos pegar. Mas esse medo vai se somar às angústias internas” (Dunker, 2020, p. 70).

Em um percurso argumentativo distinto, Laurent (2020) atribui o corpo à “matéria da angústia” diante das biopolíticas da pandemia e um “pandemônio” de respostas não unificadas por parte dos governantes. Ele nos lembra que “precaver-se diante da pandemia [...] não é sem a convocação do afeto da angústia, o qual nos devolve um corpo” (Laurent, 2020, p. 56). Pensar o corpo em tempos de pandemia COVID-19 nos redireciona, em primeira instância, à formulação freudiana do *Mal-estar na civilização*:

O sofrer nos ameaça a partir de três lados: do próprio corpo, que, fadado ao declínio e à dissolução, não pode sequer dispensar a dor e o medo, como sinais de advertência; do mundo externo, que pode se abater sobre nós com forças poderosíssimas, inexoráveis, destruidoras; e, por fim, das relações com os outros seres humanos (Freud, 1930/2010, p. 31).

O acontecimento da pandemia intensifica essas três fontes de mal-estar: pela diversidade²² que atinge os corpos, podendo ter menos impacto sobre um corpo e, em contrapartida, ser fatal para outro; por ser uma ameaça invisível que repercute e altera a vida de todos; e pela restrição do luto público à morte de pessoas queridas e afetivas (Moretto & Júnior, 2021).

Nesta perspectiva, autores como Novaes (2022), Zamora e Gomes (2022) e Duarte (2022) no livro *O corpo que resta... corpo, luto e memória*, acrescentam mais explicitamente a dimensão do corpo à essa articulação entre pandemia, angústia e morte. Duarte (2022) considera a pandemia mais além de um objeto do qual se tem medo, ela é causadora de angústia: “Por suas próprias características, a covid, invisível e disseminada, sem lugar e onipresente, tem mesmo tudo de que se precisa para a angústia” (p. 272). A partir desse aspecto, o autor aponta que a pandemia não poderia ser reduzida apenas a um problema puramente físico, pois ela implica o corpo psíquico ao colocar todos nós diante da própria finitude.

Nessa direção, Novaes (2022) chama atenção para o lugar de centralidade que o estatuto do corpo biológico ocupa em meio às normativas sanitárias e de sobrevivência, em contraposição ao estatuto do corpo erógeno, o corpo para a psicanálise, o qual se torna “palco” de produção de sintomas como ansiedade, hipocondria, estados depressivos, síndromes de esgotamento e estresse. A autora recorre ao mito grego de *Antígona* como metáfora à nossa própria tragédia da pandemia diante da impossibilidade de velar e enterrar nossos mortos: “Com Antígona, de Sófocles, extraímos duas dimensões para o corpo: o corpo/cadáver – que colabora com o trabalho de luto – e o corpo/carniça – que trará impactos nefastos ao luto e à subjetividade de forma ampla” (Novaes, 2022, p. 96).

Zamora e Gomes (2022), em uma via próxima àquela seguida por Novaes, destacam o isolamento dos corpos por duas dimensões: a da morte e do sobreviver. Na dimensão da morte, as autoras trazem considerações quanto ao morrer sozinho, “sem testemunhas”, sem os rituais simbólicos que envolvem ações sobre o corpo do morto, como toques, abraços, vestimenta de roupas, velório, práticas que contribuem para os processos de luto (Zamora & Gomes, 2022). Na dimensão do sobreviver, as autoras discutem as repercussões do isolamento dos corpos no confinamento de suas casas, recorrem a literatura de Albert Camus no livro *A Peste*, especificamente sobre o estado de “desapossamento do corpo” e chama de “vidas desapossadas” a realidade vivenciada nesse período em que o contato e convívio social ameaçavam a sobrevivência.

²² Diversidade não apenas biológica, mas também social, visto que a localização dos corpos no tecido social impacta na maior ou menor exposição ao vírus, bem como no acesso aos serviços de saúde e condições de trabalho.

Ainda no que se refere ao corpo, Brousse (2020) considera que, em tempos pandêmicos, estaria sobre ele a representação desse “pesadelo desperto”. A preservação da vida, nesse contexto, implica o isolamento dos corpos, pois deve-se “preservar cada corpo da exposição ao risco de morte que o corpo do outro implica” (Fajnwaks, 2020, p. 59). Fajnwaks recorre à biopolítica foucaultiana do “fazer viver, deixar morrer” em sua análise sobre a ação governamental que, em alguns países, operou uma escolha quanto a quem seria a população de risco e a quem caberia o privilégio quanto à preservação dessas vidas. Quais corpos se faz viver ou se deixa morrer?

Seguindo a articulação entre corpo e angústia, Gomes et al (2020) refletem sobre a dimensão de evidência do corpo no contexto pandêmico; corpo atravessado por fragilidades, limitações; corpo como lugar de inscrição de angústias individuais e coletivas, corpos sem velório. Dessa forma, corpo, angústia e pandemia estariam entrecruzados.

Como já referido na introdução, o cenário pandêmico no Brasil foi delineado por uma dupla mensagem (Birman, 2020). O fenômeno do negacionismo afetou visceralmente os registros subjetivos e sociais da inscrição do *mal-estar* em nossos corpos. O corpo está intrínseco à pandemia em todo seu tempo, pois a pandemia é um acontecimento no corpo, seja em termos dos corpos que puderam estar isolados em quarentena ou o próprio corpo contaminado pelo vírus, sentindo as repercussões sintomáticas da doença, isolado e sozinho; seja os corpos mais expostos ao vírus, a exemplo de profissionais que tiveram que seguir trabalhando (trabalhadores da saúde, farmácias, supermercados, transporte, segurança e tantos outros) ou os corpos marcados pela desigualdade estrutural de raça, gênero e classe desse país. Mas de que corpo estamos falando? O que é o corpo para a psicanálise?

3.1 O corpo em Psicanálise: não um conceito, uma razão

*as marcas que a língua faz no corpo é o que
forma nossa biblioteca. o corpo é uma biblioteca
sabia?*

(Fernanda Leal, *esse é o som que escreve*)

A concepção de corpo percorre a teorização da psicanálise, desde seu nascimento com Freud em sua escuta clínica às histéricas. Contudo, as referências ao termo corpo estão, sobremaneira, associadas à prática clínica, sua relação com o inconsciente e à constituição do

sujeito, visto que o corpo não se constitui propriamente como conceito (Fernandes, 2006; Aires, 2014). Nesse sentido, o aparecimento do corpo na teoria está ligado ao corpo de quem ocupa a posição de analisante. E o corpo do analista? Propomos nesse tópico apresentar um percurso teórico do corpo enlaçando-o com algumas noções fundamentais que nos permitem pensar a construção corporal, visto que, para a psicanálise, o corpo não é algo natural, não se reduz ao organismo; ele precisa ser construído, erguido (Souza, 2008; Fingermann, 2022).

Para nos aproximar da noção de corpo em psicanálise é imprescindível, de um lado, tomar como bússola o seu valor enigmático e, ao mesmo tempo, reconhecê-lo como contribuinte fundante dessa teoria. Afinal, foi no cerne das questões sobre o corpo que sofre e que não encontra resposta na medicina que nasceu a psicanálise (Izcovich, 2020). Assim, nas palavras de Cláudia Leite (2018), palavras que inspiram o título desse tópico: “O corpo: jamais deixamos de interrogá-lo no campo da Psicanálise. Furamos, mapeamos, cartografamos. Encontramos seu espaço na palavra. Desmontamos a palavra que o incorpora. O enigma é o próprio corpo. Portanto, o corpo não é um conceito para a Psicanálise, o corpo é uma razão” (p. 211).

A psicanálise formula uma perspectiva “não trivial do corpo” (Askofaré, 2010) e, cabe salientar, a concepção de corpo passa por reformulações no decorrer dos avanços teóricos (Moretto, 2006). Isto posto, seguiremos um percurso teórico entre Freud e Lacan, articulando a discussão com a produção de psicanalistas contemporâneos.

3.1.1 O corpo em Freud: cartografia corporal

O corpo sempre provocou inquietações à psicanálise e aos psicanalistas, sendo a histórica a primeira a interrogar o próprio Freud (Souza, 2008; Fingermann, 2022). Podemos dizer que o embaraço de Freud com o corpo histórico – apresentado nos sintomas de paralisias, conversões, cegueiras – possibilitou o reconhecimento de um corpo que não obedecia às leis da anatomia dos órgãos e teria, portanto, instalado um enigma. Em suas interrogações sobre qual seria a natureza da lesão na paralisia histórica, Freud observa:

[...] nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta [...] ela toma os órgãos pelo sentido comum, popular, dos nomes que eles têm: a perna é a perna até sua inserção no quadril, o braço é o membro superior tal como aparece visível sob a roupa (Freud, 1893/2006, p. 212).

A partir de seus *Estudos sobre a histeria*, Freud (1895-1900/2006) considera que o corpo precisaria ser compreendido não apenas pelo campo da anatomia, mas escutado a partir da representação corporal desse corpo em relação ao imaginário social. Nessa direção, Freud rompe com a perspectiva do corpo como organismo – correlato ao corpo para/na medicina – e inaugura um novo discurso sobre o corpo: um corpo representado pela linguagem, em que a fala afeta o corpo, e que coloca-se em relação com o inconsciente (Freud, 1895-1900/2006).

Em seus primeiros esboços teóricos, Freud (1888/2006) observou a existência das marcas mnêmicas, marcas de memórias que são registradas no corpo do sujeito desde sua infância e deixam rastros, tecendo uma espécie de trilha corporal de suas experiências vividas. Essas experiências, sejam de prazer e desprazer, irão se localizar em zonas do corpo ligadas à satisfação das necessidades da criança através da relação com o outro cuidador (Fingermann, 2022). Essa observação parece anunciar a noção de zonas erógenas.

É mais tarde, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, que Freud (1905/2016) torna público o conceito de zona erógena, a qual é demarcada no corpo da criança desde o seu nascimento, através da relação com o outro pelo toque, olhar e voz desse outro que, ao tocar qualquer parte do corpo da criança, instala marcas de memória. Podemos pensar que a zona erógena é uma parte do corpo – lábio, boca, pele, ânus, mucosa - que recebeu essa marca, como um registro que produz experiência de satisfação (prazerosa ou não). É importante grifar que esse é um tempo de revolução teórica, no qual a sexualidade adquire estatuto principal para pensar a constituição do sujeito. Nessas formulações teóricas sobre a sexualidade, Freud (1905/2016) assinala a importância de cada zona erógena nas etapas do desenvolvimento infantil e na constituição do corpo e do aparelho psíquico.

Nesse ponto, Freud (1905/2016) inclui a energia libidinal investida no contato com o corpo da criança, quando, durante o desenvolvimento infantil, as zonas erógenas são libidinizadas, ou seja, investidas de energia afetiva sexual, inscrevendo os limites entre o corpo próprio da criança e o corpo do outro. Para Freud, estes limites do corpo não são dados, mas construídos. Ainda na teorização sobre a sexualidade, Freud (1905/2016) apresenta o corpo como erógeno, tendo o *autoerotismo* como seu estado original. No autoerotismo, o corpo é objeto de investimento e encontra-se a serviço da ação da sexualidade infantil, exemplificado por Freud com o ato do bebê de mamar no peito da mãe. Podemos compreender o lábio do bebê como uma zona erógena que, de início, teria sua satisfação ligada à necessidade do alimento; seu ato de chupar ou sugar estaria apoiado e investido em seu próprio corpo (Freud 1905/2016). Essa concepção *autoerótica* do corpo tomará relevância na teoria freudiana com a posterior associação ao conceito de narcisismo.

Desde o início de sua teorização, Freud considera que o corpo é habitado pelas pulsões, que compõem a trilha corporal do sujeito, como uma espécie de rio, digamos. Mas é apenas em 1915 que o conceito de pulsão é discutido de forma detalhada, em *As pulsões e seus destinos*. Em suas palavras, a pulsão (*Trieb*) é um conceito “fronteiriço”: “entre o anímico e o somático, como representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo que alcançam a alma, como uma medida de exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal” (Freud, 1915/2021, p. 25). A pulsão tem estatuto de fronteira; sua origem está no estímulo pulsional pertencente ao interior do próprio organismo e atua como uma força constante sempre na busca de satisfação.

Freud (1915/2021) refere quatro elementos para discutir o conceito de pulsão: pressão (*Drang*), meta (*Ziel*), objeto (*Objekt*) e fonte (*Quelle*). Podemos entender a pressão como seu elemento motor, “a medida da exigência de trabalho” que a pulsão representa. Sua meta é sempre a satisfação, que só pode ser alcançada parcialmente junto ou através do objeto. O objeto de uma pulsão é variável e adquire valor de objeto conforme pode tornar possível o alcance da meta, “[...] não é necessariamente um objeto material estranho ao sujeito, podendo ser até mesmo uma parte do próprio corpo” (Freud, 1915/2021, p. 57). A fonte diz respeito ao processo somático de origem da pulsão, associado a um órgão ou parte do corpo, visto que a pulsão representa na vida psíquica (anímica) o estímulo pulsional que advém do próprio organismo. Freud (1915/2021) faz uma interessante observação ao considerar que o estudo das fontes extrapola o campo da psicologia, remetendo ao campo da fisiologia.

O conceito de pulsão nos possibilita, portanto, pensar o corpo como lugar de inscrição do psíquico e do somático, sendo fonte da pulsão, bem como lugar e meio de satisfação pulsional. As pulsões produzem uma plasticidade do corpo em torno dos orifícios do organismo, elas recortam, contornam as zonas erógenas, mas também se estendem para além dos limites do corpo (Fingermann, 2022). O corpo pulsional, não é um “corpo instintual”, mas um corpo “colonizado” a partir da resposta do outro cuidador às experiências das necessidades corporais e de sua satisfação: “As respostas desse outro (leite, calor, presença, limpeza, falas, olhares) traduzem as manifestações das necessidades vitais em demandas: o corpo se encontra, assim, colonizado pela linguagem [...] a interpretação das necessidades biológicas como demandas de cuidados é decifrada a partir do aparelho simbólico e dos recursos afetivos do outro cuidador. Essa suposição escreve, de saída, o pequeno humano no laço socializante” (Fingermann, 2022, p 31).

O corpo pulsional não tem contorno, é fragmentado, não tem unidade (Souza, 2008; Fingermann, 2022). A unidade do corpo e do eu precisa ser construída, desenvolvida, não está

posta de início, dessa maneira, é necessário que uma “nova ação psíquica” aconteça, uma passagem do autoerotismo para o narcisismo. Em *Introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2010) destaca o caráter estruturante do narcisismo para a constituição do corpo e do eu. No narcisismo a libido passa a girar em torno do eu - ele se torna objeto de investimento - e constitui o corpo enquanto unidade, como imagem corporal. Em seguida, a libido se volta também a outras escolhas objetais e a constituição do corpo unificado possibilita demarcar os limites entre eu e realidade externa, permitindo à criança se diferenciar do outro. A ação psíquica que favorece essas passagens corresponde à função que o outro exerce sobre a criança, ou seja, a presença do outro é necessária à constituição do eu e do corpo, o que situa o campo da alteridade.

Posteriormente, em *O Eu e o Id*, Freud (1923/2011) considera que o Eu se constitui a partir das sensações internas e externas – oriundas das exigências de satisfação da pulsão – que o corpo envia para o psiquismo, e sublinha que: “O Eu é, sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (p. 32). Nesse sentido, o corpo unificado é o suporte do eu, é unidade psíquica do eu, constituída na tessitura entre corpo pulsional e a relação com o outro.

Nesse subtópico, observamos que a teoria freudiana aponta para uma anatomia singular de cada corpo. Ao revisitar os sintomas histéricos, nos deparamos com o corpo da representação, o corpo afetado pela fala. Em seguida, ao considerar a arrojada teorização da sexualidade, temos o corpo erógeno, originalmente autoerótico que se constrói e se constitui desde a chegada do bebê ao mundo, sendo investido e marcado libidinalmente em sua relação com o outro. O conceito de pulsão nos apresenta o corpo como lugar de inscrição do psíquico e do somático e, através das noções de narcisismo e do Eu, vimos que a constituição do corpo próprio implica o corpo de um outro, tendo a alteridade enquanto princípio da constituição corporal.

3.1.2 O corpo em Lacan: três dit-mensions.

A noção de corpo na obra lacaniana passa por diversas construções, as quais estão articuladas às suas formulações teóricas sobre os três registros: Real, Simbólico e Imaginário (Souza, 2008; Askofaré, 2010; Aires, 2014). Lacan (1953/2005) apresenta esses três registros como distintos e “essenciais da realidade humana” e considera o Imaginário enquanto correspondente ao campo das imagens, da consistência; o Simbólico enquanto relacionado à linguagem; e o Real como o campo do irrepresentável.

De início, Lacan (1949/1998) situa o corpo na ordem imaginária, dando destaque ao corpo como imagem. Se no princípio com Freud (1905/2016) está o *autoerotismo*, Lacan (1949/1998) nomeia esse período anterior de *corpo despedaçado ou corpo fragmentado* e constrói uma importante formulação teórica sobre essa passagem do corpo autoerótico para o corpo unificado: *O estádio do espelho como formador da função do eu*.

Lacan (1949/1998) descreve o *estádio do espelho* como uma *identificação*, um momento cuja função principal é estabelecer a relação do organismo com sua realidade. Esta concepção é fundamental para a construção da imagem do corpo, na medida em que marca a instância do eu no *infans* através de uma imagem especular, e a passagem do eu especular para o eu social. Essa passagem propicia ao *infans* a construção de sua unidade corporal, o limite do eu e do outro, do seu corpo e do corpo do outro. Trata-se de uma experiência de estruturação do sujeito. Podemos pensar essa formulação lacaniana como um modo de transmissão das formulações freudianas sobre o narcisismo.

Mais adiante, em seu *Seminário livro 1*, Lacan (1954/2009) retoma o *estádio do espelho*, ressaltando sua função óptica. Nesse texto, ele utiliza o esquema óptico de Bouasse, “a experiência do buquê invertido”, para indicar a importância da dimensão do olhar: o espelho é o olhar do Outro e a apreensão pelo *infans* da imagem de sua unidade corporal vai depender da “posição” desse olhar. Dito de outro modo, quando a criança vê sua imagem refletida no espelho, é pela palavra do Outro, que lhe diz que aquela imagem é ela, que a criança a reconhece como sua. Do corpo fragmentado para o corpo imagem, esse corpo se enlaça à imagem via linguagem. Desse tempo, Lacan já anunciava a importância da linguagem, quando afirma que a passagem pelo *estádio do espelho* só é possível com a entrada na linguagem, associando a linguagem ao campo do Outro. Mas como a palavra e a linguagem, tocam o corpo?

A linguagem passa a ser considerada por Lacan (1953/1998) uma função operadora e prévia ao sujeito. Antes mesmo do seu nascimento, as figuras parentais “[...] fornecem as palavras que farão dele um fiel ou um renegado, a lei dos atos que o seguirão até ali onde ele ainda não está e para-além de sua própria morte” (Lacan, 1953/1998, p. 280). Ainda em Lacan:

A fala, com efeito, é um dom de linguagem, e a linguagem não é imaterial. É um corpo sutil, mas é corpo. As palavras são tiradas de todas as imagens corporais que cativam o sujeito; podem engravidar a histórica, identificar-se com o objeto do *Penis-neid*, representar a torrente de urina da ambição uretral, ou o excremento retido do gozo avarento (Lacan, 1953/1998, p. 302)

Importante ressaltar que esse é um tempo de virada teórica, em que a linguagem e o simbólico estão em destaque. Nesse trecho de Lacan, vemos que a linguagem também é corpo, ela tem materialidade sonora, a qual ele nomeia de significante e, na medida em que a voz toca o corpo e esse corpo a incorpora, ele torna-se significante. Sobre essa encarnação do significante no corpo, Fontaine (1993) faz uma importante consideração: “o tom seria aquilo que, no som, afeta o corpo (p. 21). Nesse sentido é fundamental retomar brevemente a distinção lacaniana entre significante e *traço unário*: o traço é uma marca, a marca da pura diferença, anterior ao sujeito, é o choque, o corte da linguagem no organismo, no qual essa marca, ao ser apagada, introduz a dimensão do significante (Lacan, 1957/1999). Ou seja, para que o sujeito apareça, a linguagem atinge o organismo através do *traço unário* (Vorcaro, 2017). Se olharmos com atenção, em alguma medida, podemos supor que isso era o que Freud nos dizia sobre as marcas mnêmicas.

Lacan recorre à linguística, especificamente saussuriana, para formular o conceito de significante em psicanálise. De início, havia uma certa equivalência entre significante e letra, em uma breve distinção: “enquanto o significante aponta para a diferença, abrindo novas possibilidades de significação, o conceito de letra marca a repetição dos mesmos elementos, finitos, no jogo significante” (Aires, 2005, p.10). Ao afirmar que a linguagem também é corpo, Lacan destaca que o corpo não é apenas a imagem – corpo imaginário – ele é atravessado pela linguagem, existente na medida em que foi marcado e determinado por ela; ou seja, o corpo é simbólico, é efeito dessa incorporação da linguagem na carne (Lacan, 1953/1998; 1970/2003). Nesse ponto teórico temos: o corpo-imagem, em sua dimensão imaginária, e o corpo-linguagem, em sua dimensão simbólica.

Avançando em seu ensino, Lacan (1970/2003; 1971/2012; 1975/2007) se depara com a incompletude simbólica da linguagem, com o fato de que a palavra não é toda, de que há sempre algo que escapa, algo de *incorpóreo*. Por conseguinte, Lacan propõe considerar o corpo em sua dimensão Real, enquanto localização de gozo. Tomando gozo como a relação de desassossego que o falante tem com o próprio corpo (Lacan, 1971/2012), afirma que o corpo é afetado pelo gozo desde sua inserção na linguagem e sua relação com o significante. Se o corpo simbólico é efeito da incorporação da linguagem na carne, o corpo em sua dimensão Real aponta para o esvaziamento do gozo na carne, nesse processo de incorporação de linguagem. Lacan (1970/2003) nomeia de *corpificação* a incidência da fala na carne, em que a linguagem, para fabricar o corpo e transformar o organismo em corpo, mortifica a carne. Nas palavras de Soler (2022):

Se a criança por nascer já é sujeito no dizer de seus pais, quando ela surge no mundo é como corpo, no sentido do organismo sexuado. Organismo que, sem dúvida, é preciso fazer viver, mas sobretudo, ser... civilizado e subjugado aos usos prescritos. A mãe, ou seu substituto, deve pôr a mão na massa: ao emprestar sua voz aos primeiros imperativos de regulação e contenção (p. 69).

Assim, é a linguagem - ao articular necessidade à demanda – que possibilita que o corpo seja *corpificado* de forma significativa.

Propomos agora, um retorno ao *estádio do espelho*, a fim de visualizar essas três dimensões de corpo: corpo-imagem, corpo-linguagem e gozo do corpo. Para tal exercício recorreremos à releitura desse estágio feita pela psicanalista Marie-Hélène Brousse (2014), que sublinha que há no imaginário, na imagem, uma base Real. Assim, para os sujeitos: “[...] pode-se constituir uma imagem global do corpo, mas não é possível uma total identificação do sujeito a essa imagem do corpo, pois algo da ordem do organismo sempre escapa” (Brousse, 2014, p. 3). Nessa releitura, a autora retoma a importância da linguagem no processo de identificação da criança à imagem, e acrescenta que são as zonas erógenas que permitem o enlaçamento entre imagem do corpo e o corpo fragmentado. Vejamos mais detidamente esse trecho:

O laço entre a imagem e o organismo tem a ver, então, com as experiências de gozo. As experiências de gozo articulam, “grampeiam”, unem. Os pontos que grampeiam têm a ver com as experiências de gozo – isto é muito freudiano. À boca, ânus, falo, Lacan vai acrescentar os ouvidos e os olhos, todas as zonas que permitem grampear a imagem com o organismo (o que Freud já enfatizara e que Lacan vai retomar), chamando este grampo de *objeto pequeno a* (Brousse, 2014, p. 7)

O objeto *a* está relacionado ao corpo em sua dimensão pulsional, das experiências de gozo, mas ele não é especular, não é imagem, portanto, o que permite a articulação entre experiências de gozo, imagem e corpo, é a linguagem (Brousse, 2014). Cabe esclarecer que o objeto *a* é um conceito lacaniano que percorre toda sua obra; entretanto, para nossa pesquisa, o situaremos em sua articulação com as zonas erógenas, com a pulsão e em sua função de conexão entre os três registros – Real, Simbólico e Imaginário.

Inicialmente no estágio do espelho, Lacan (1963/2005) situa o objeto *a* como objeto imaginário do desejo e, posteriormente, avança em sua formulação sobre o objeto perdido, atribuindo a letra *a* para dizer do resto, daquilo que escapa na relação do sujeito com o Outro: “o S, sujeito ainda desconhecido, tem que se constituir no Outro, e nos quais o *a* aparece como resto dessa operação” (p. 296). Compreendemos a fala do autor no sentido de que esse resto, o

a, advém de um corte do choque do significante no organismo, pelo que há de impossível na incorporação da linguagem; falar implica perda, em alguma medida.

Nesse contexto, Lacan (1963/2005) relaciona o objeto *a* com as zonas erógenas para falar sobre algumas partes do corpo que ganham investimento libidinal na relação com o Outro e se tornam zonas de trocas, de toques. Ele anuncia cinco substâncias episódicas do objeto *a*: seio, fezes, falo, olhar e voz. Esta última ganha destaque em seu ensino ao identificar seu caráter mediador na relação do sujeito com o Outro, e para tal, a voz também precisa ser incorporada. Posteriormente, já no seminário seguinte, Lacan (1964/2008) relaciona o objeto *a* com o circuito da pulsão e descreve a pulsão como uma montagem. Apoia-se na afirmação freudiana de que a pulsão é uma força constante, para daí considerar que a pulsão contorna o objeto: “Contorna, devendo ser tomado aqui com a ambiguidade que lhe dá a língua portuguesa, ao mesmo tempo *turn*, borda em torno do qual se dá a volta, e *trick*, volta de uma escamoteação”. (p. 166).

No percurso desse texto, até aqui, tomamos os três registros – Imaginário, Simbólico e Real – para falar sobre o corpo, seguindo um certo “percurso” à medida em que ganharam destaque no ensino de Lacan. Mas conforme avançamos em sua teoria torna-se imprescindível pensar o corpo na perspectiva topológica, ou seja, os três registros – Real, Imaginário e Simbólico – articulados, ou podemos dizer, enodados.

Lacan (1974-75, inédito) formula a teoria dos nós, considerando Real, Simbólico e Imaginário em uma articulação que não dá primazia a um registro sobre outro: “[...] só encontrei uma única forma de dar a estes três termos, Real, Simbólico e Imaginário, uma medida comum, que é enlaçando-os neste nó... borromeano” (p. 5). Ele resgata o brasão da família Borromeu, o qual tem a especificidade de ser um nó de três que Lacan situa de forma precisa: “A definição do nó borromeu parte de três. É, a saber, que se de três vocês rompem um dos anéis, eles ficam livres todos os três, ou seja, os dois outros se soltam” (Lacan, 1974-75, p. 5). A amarração do nó implica que os três registros se mantenham juntos, sem relação de dualidade, o que nos permite pensar o corpo articulado em sua dimensão de imagem, linguagem, gozo, e, também, em seus orifícios e furos, nos “grampos”²³ do objeto *a*.

O nó borromeu é um “recurso topológico” que permite tracejar o corpo no enlaçamento daquilo que ata Real, Simbólico e Imaginário; ou seja, o corpo é “demarcado em três *dimensions*” (Leite, 2018). Assim, a noção de corpo na teoria lacaniana requer uma operação

²³ Brousse (2014)

psíquica de enodamento RSI. Por outra volta, esse nó também nos permite pensar na posição do analista, como bem indica Lacan, no seu texto *A terceira*:

Este objeto insensato que especifiquei de 'a'. É isso, o que se pega no cerramento do simbólico, do imaginário e do real como nó. É ao pegá-lo bem que vocês podem responder ao que é sua função: oferecê-lo ao analisante como causa do desejo dele [...] esse nó, é preciso sê-lo (Lacan, 1974/2011, p. 5).

Mas como ser esse nó? Com tais proposições passaremos ao tópico seguinte para abordar o conceito lacaniano de posição do analista, que nos permitirá articular corpo e prática do analista.

3.2 Corpo que escuta²⁴: a posição do(a) analista

Admitimos como ponto de partida que um(a) analista tem um corpo²⁵. Contudo, usualmente as concepções teóricas sobre o corpo em psicanálise não estão voltadas ao corpo de quem ocupa a posição de escuta. Tendo isso em conta, o conceito de posição do(a) analista mostra-se fundamental para nossa pesquisa, pois permite articular corpo e prática do(a) analista.

Em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*, Lacan (1958/1998) parte de uma interrogação – “quem analisa hoje?” – para situar ao longo desse escrito as ações do(a) analista em uma posição. Em sua argumentação, Lacan retoma os princípios do tratamento psicanalítico proposto por Freud em 1912, quando Freud (1912/2006), partindo de considerações sobre sua própria experiência, elabora as *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*. Nesse breve artigo, Freud propõe orientar os analistas na utilização da técnica para que o tratamento psicanalítico aconteça: situa a atenção flutuante, o trabalho de análise pessoal, o manejo da transferência, o cuidado com a ambição terapêutica, o lugar do analista e outras considerações relevantes para a prática clínica. Estas recomendações orientam o analista; ao analisante (paciente) cabe a aplicação da única regra fundamental da psicanálise: a associação livre.

Sobre o lugar do analista, Freud afirma: “O médico deve ser opaco aos seus pacientes e, como um espelho, não mostrar-lhes nada” (Freud, 1912/2006, p. 131). O lugar do analista

²⁴ Expressão extraída de Domiciano (2021)

²⁵ Faremos uso do artigo definido em alguns momentos da escrita por consideramos que falar do corpo do analista implica gênero.

tem, portanto, como estratégia operatória a abstenção da sua subjetividade. Dessa maneira, o analista possibilita que o inconsciente do analisante entre em cena e possa ser escutado. Prado et al (2021) compreendem essa opacidade enquanto posição ética e advertem não se tratar de uma neutralidade do corpo do analista, pois expressões corporais do analista entram em jogo no estabelecimento da relação transferencial com o analisante.

Lacan (1958/1998), em sua retomada das recomendações freudianas, reitera que o analista dirige o tratamento, não o paciente. Esta direção do tratamento implica em favorecer que o analisante aplique a regra fundamental da associação livre e, para tal, o analista não deve se apresentar como pessoa, carregado de valores e julgamentos éticos, morais, nem preferências pessoais ou religiosas, mas sim enquanto posição de semblante (simulacro) de objeto, causa de desejo e com isso paga com o que há de mais caro: seu próprio ser. Nesse escrito, Lacan demarca que o analista “também tem que pagar”:

pagar com suas palavras, sem dúvida, se a transmutação que elas sofrem pela operação analítica as eleva a seu efeito de interpretação [...] pagar também com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência [...] pagar com o que há de essencial em seu juízo mais íntimo[...] (Lacan, 1958/1998, p. 593).

Destacamos: o analista paga com sua pessoa ao se *emprestar* como suporte aos fenômenos da transferência; quer dizer, ele coloca algo de si no campo transferencial. Podemos, então, questionar: esse “algo de si” pode ser o seu corpo? Esse “algo de si” pode ser sua voz? O que Lacan quer dizer com se emprestar enquanto pessoa? No dicionário Houaiss da língua portuguesa, emprestar significa confiar algo a alguém para usar por tempo limitado e depois devolver ao(a) dono(a); ou seja, emprestar implica ceder algo temporariamente a alguém, mas sem alterar o fato de a pessoa que emprestou seguir sendo o(a) dono(a) do que foi emprestado. Para Domiciano (2021) essa formulação lacaniana coloca em questão a noção de pessoa do analista, o que leva o autor a se perguntar se a pessoa do analista se emprestaria “enquanto um conjunto de traços, propriedades elementares que definiriam a personalidade de sua pessoa, ou sua própria pessoa em um sentido histórico, subjetivo e social, anterior ao estabelecimento da transferência?” (p. 284).

A questão do ser do analista é trabalhada no tópico *Como agir com seu ser*, em que Lacan afirma: “é realmente na relação com o ser que o analista tem de assumir seu nível operatório” (Lacan, 1958/1998, p. 621). Mais tarde em seu ensino, no seminário *O avesso da psicanálise*, ele reitera que a posição do analista “é feita substancialmente do objeto *a*” (Lacan,

1970/1992, p. 40). O objeto *a* é a própria causa do desejo e o analista, ao ocupar a posição de analista, faz semblante de objeto *a* para fazer operar a análise, ou seja, para que o sujeito lhe enderece a fala.

Recapitulando: o analista, desde Freud, está sob a perspectiva de um lugar, *opaco*. Com Lacan temos a perspectiva de uma posição, a qual parece ser marcada por uma radicalidade – o objeto *a* – pois, para operar desse lugar posicionado, o analista paga com seu próprio ser, paga com suas palavras, sua voz, seu corpo, seu íntimo. Para que a regra fundamental da psicanálise aconteça é preciso que o analista ponha de lado sua subjetividade, assim, tanto “abre espaço” quanto sustenta que o sujeito do inconsciente possa advir com suas demandas, fantasias, sintomas.

Ao encarnar essa posição, espera-se que o analista possa escutar mais além do enunciado da fala do sujeito, possa escutar seu desejo e seus equívocos. Nas palavras de Aires (2014): “O analista não deve, portanto, estar voltado para as próprias vivências, ainda que contratransferenciais, mas ater-se à fala concreta do paciente em sua materialidade significante” (p. 3). Isso nos dá indícios do porquê a relação analista-analisante não é intersubjetiva (Prado et al, 2021).

Nesse ponto, tocamos na noção de transferência, mais especificamente em seu manejo por parte do analista. A transferência para Lacan (1964/2008) é “a atualização da realidade do inconsciente” e seu manejo, por parte do analista, produz efeitos de abertura ou de obstáculo ao inconsciente. A transferência provém do analisante, quando este supõe que o analista detém o saber sobre sua verdade, de modo que, ela é pensada ao tomar como ponto de partida o sujeito suposto saber (Lacan, 1964/2008), o qual é constituído pelo analisante e voltado para a figura do analista. É claro que, de início, o analista nada sabe sobre o inconsciente do sujeito que está entrando em análise, mas o sujeito acredita que o analista detém de antemão esse saber. É o que Lacan chama de transferência de saber (Quinet, 1991). A função do sujeito suposto saber não é correlata à pessoa do analista; contudo, o analista empresta sua pessoa para encarnar a função de sujeito suposto saber, como destaca Quinet: “Se o analista empresta sua pessoa para encarnar esse sujeito suposto saber, ele não deve de maneira alguma identificar-se com essa posição de saber que é um erro, uma equivocação. A posição do analista não é a de saber, nem tampouco a de compreender o paciente, pois se há algo que ele deve saber é que a comunicação é baseada em mal-entendido” (p. 26).

A função do analista, então, é saber manejar a posição que lhe é suposta pelo analisante. Nessa direção, Lacan (1958/1998) articula a posição do analista à dinâmica da transferência e apresenta as noções de tática, estratégia e política, as quais se mostram fundamentais para a

discussão que faremos posteriormente sobre o corpo como operador tático. Lacan associa a tática à interpretação, a estratégia ao manejo da transferência e a política à dimensão ética e provoca: “O analista é ainda menos livre naquilo que domina a estratégia e a tática, ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser” (Lacan, 1958/1998, p. 596). Nesse sentido, ele localiza o manejo da transferência como estratégia por parte do analista na direção do tratamento e considera que nela está o “segredo da análise”.

Tais considerações sobre o manejo da transferência e a posição do analista tocam em dois pontos primordiais para essa pesquisa: a noção do desejo do analista e de presença do analista, as quais mostram-se imprescindíveis para abordarmos a concepção da posição do analista. Lacan (1959-60/2017) situa o desejo do analista como função operadora central da clínica psicanalítica, fomentado pela ética da psicanálise, e afirma que o desejo do analista não tem a ver com o desejo de ser analista, nem se trata do desejo do analisante, mas de um desejo de que o analisante faça análise, de que o analisante continue a decifrar seu enigma, um desejo advertido de seu próprio inconsciente e que não se articula ao desejo do Outro. O desejo do analista é o desejo de que haja análise, sendo uma função que opera com o fio fundamental de uma análise, a transferência, e que abre espaço para que o desejo do sujeito emerja

Posteriormente, Lacan (1964/2008) sublinha que: “o desejo do analista não é um desejo puro. É um desejo de obter a diferença absoluta, aquela que intervém quando, confrontado com o significante primordial, o sujeito vem, pela primeira vez, à posição de se assujeitar a ele” (p. 267). Esse desejo de obter a pura diferença é, segundo Lacan (1964/2008), a “marca do rebotalho”, a marca que confere ao analista o seu traço, sua unicidade apoiada no objeto *a*. Nesse sentido, o desejo do analista não é o desejo de curar, mas um desejo “inédito, assertivo, que não está vinculado à falta estrutural, é um desejo em ato” (Quinet, 2022, p.7). Ou, dito de forma mais precisa: “O desejo do psicanalista é sua enunciação” (Lacan, 1967/2003, p. 257).

A presença do analista, por sua vez, é discutida por Lacan em diferentes momentos de sua obra. Inicialmente, Lacan (1958/1999) considera que o analista “dá sua presença, mas creio que a princípio ela é apenas a implicação de sua escuta, e que esta é apenas a condição da fala [...] É mais tarde que sua presença se faz notar” (p. 624). Essa observação se mostra importante para pensarmos a posição do analista para além do enquadre clássico do consultório, em termos de práxis. Ainda mais quando afirma, no *Seminário 11* (1964/2008), que a presença do analista “é ela própria uma manifestação do inconsciente” (p. 125). Ao abordar a presença do analista em sua relação com a transferência, Lacan a define como uma função e designa o termo testemunha para ilustrá-la.

Ao pensar a presença do analista como testemunha, Leguil (2022) insere a dimensão do corpo: “O corpo do analista testemunha, então, o que afeta o corpo do analisante, ou seja, o eco no corpo do fato de haver um dizer” (Leguil, 2022, p. 2). Ao que acrescento: testemunha pulsão e gozo. Para incorporar essa função, se podemos dizer assim, a autora salienta que o analista deve se ausentar do lugar de Outro, do sentido, do saber e colocar-se em presença parceira do corpo do analisante, na medida em que testemunha seu sofrimento, suas repetições, seu sintoma, as marcas do significante, e até mesmo do que escapa, o real (Leguil, 2022).

Aqui voltamos à provocação de Prado et al (2021), quando apostam em uma ligação próxima entre o manejo da transferência e o corpo do/a analista, entendido enquanto “lugar de depositário da transferência”. Os autores compreendem que esse lugar – desde a abstenção freudiana - precisa ser pensado enquanto posição ética, e não sobre uma espécie de quase anulação corporal, afinal há expressividade no corpo do(a) analista, seja na sua fala, na sua própria voz, até mesmo no modo de vestir, e todos esses elementos podem compor a transferência.

Prado et al (2021), ao problematizarem o lugar e a função do corpo do analista enquanto condição de sustentação clínica, propõem pensar a clínica psicanalítica através das três noções utilizadas por Lacan na dinâmica da transferência: tática (interpretação), estratégia (manejo da transferência) e política (dimensão ética). Para tal tarefa, exploram essa perspectiva em diferentes contextos de atuação: no consultório – atendimento presencial e online –, no acompanhamento terapêutico, e nas instituições de saúde e psicossociais. Compreendem que a posição do analista convoca o analista à manutenção do seu corpo como instrumento tático, estratégico e político. Dessa forma, para que haja análise em qualquer campo de prática clínica, é preciso que haja um(a) analista disposto(a) a se posicionar em presença, e o que pode sustentar essa posição em presença é o ato analítico.

Podemos pensar, de início, o ato analítico como um ato do(a) analista que tem efeito de elemento surpresa. Conforme Lacan (1967), o ato analítico é aquilo que autoriza e dá suporte à tarefa do psicanalista, um ato de efeito temporal como um corte que instala a marca de um antes e um depois, e só *a posteriori* pode ser lido como ato analítico. Ou seja, o ato analítico acontece por uma intervenção não calculada previamente pelo analista e, dessa forma, o elemento surpresa se coloca para ambos (analista e analisante) (Lacan, 1967). Nessa direção, Vicente (2004) localiza o ato analítico na dimensão da mudança e nos lembra que o ato analítico é uma “questão de ética”. Ou como bem formulado por Daniela Rosa Sanches (2022): “Uma ética é aquilo que fundamenta um ato. Para a psicanálise, o fundamento do ato é o desejo” (p. 13).

Até esse ponto, articulamos a posição do(a) analista a duas noções que compõem o desenvolvimento desse tópico: desejo do analista e presença do analista. Considerando que o lugar do(a) analista implica uma posição, a função de presença do(a) analista permite que a práxis psicanalítica aconteça em campos de atuação que vão além do clássico consultório. Essa presença é substanciada pelo desejo do(a) analista, por seu manejo da transferência e pode ser sustentada pelo ato analítico.

Nessa direção, a fim de problematizar a função do corpo do(a) psicanalista nessa práxis, trataremos alguns breves apontamentos sobre o lugar do(a) psicanalista no hospital campo clínico onde a experiência desta pesquisa aconteceu.

Moretto e Prizskulnik (2014) destacam, como ponto de partida, que a prática psicanalítica em hospital, implica que o(a) analista não faça um trabalho isolado com o paciente, mas sim um trabalho em equipe. Nesse sentido, as autoras definem que: “o lugar do analista na equipe é um lugar de trabalho, de promoção de trabalho, e a inserção [na equipe] só é possível como consequência, a partir do estabelecimento de um campo de relação transferencial no qual o lugar de onde o psicanalista opera não corresponde, necessariamente, ao lugar no qual a equipe o coloca (Moretto & Prizskulnik, 2014, p. 296). Ou seja, a inserção na equipe, requer um trabalho por parte da analista, o qual implica a posição e o desejo do analista. Nessa direção, o lugar da analista diz respeito à função (Machado & Chaterlad, 2012).

Moretto (2013) dedica um livro à problemática *O que pode um analista no hospital?* Em suas construções, afirma que a função central da analista está em oferecer uma escuta diferenciada daquela do discurso médico imperativo; uma escuta operada pela posição do analista, que promove a fala do sujeito e tem como referência fundamental o inconsciente. Seis anos mais tarde, em seu livro *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas Instituições de saúde*, a autora salienta que essa oferta do lugar da analista como alteridade favorece alguns reconhecimentos importantes: que os sujeitos (pacientes) sejam reconhecidos em suas experiências de sofrimento-adoecimento, e que os próprios membros da equipe de saúde possam também se reconhecer como presença de alteridade aos pacientes (Moretto, 2019).

Nesse mesmo livro, a autora descreve em duas vertentes o trabalho do(a) analista no hospital: 1) a “vertente clínica”, que diz respeito às especificidades e dificuldades do trabalho clínico, os modos de abordagem ao sofrimento do paciente e familiares, a função do encontro e de autorização dos afetos, seu modo específico de lidar com a experiência da fala e de reintroduzir a singularidade; e 2) a “vertente institucional”, referida ao trabalho de interlocução da psicanalista com as equipes de saúde, como também no âmbito de ensino, pesquisa e construção de políticas públicas (Moretto, 2019). Essa perspectiva mostra-se importante por

ênfatizar que o lugar da analista no hospital não se constitui a partir de um fazer clínico isolado, mas sim inserido no espaço hospitalar e articulado com a equipe. A prática no hospital está vinculada à existência de diferentes discursos e saberes e, por conseguinte, a diversas práticas clínicas.

Por esse ângulo, retomo a discussão de Prado et al (2021) sobre o uso do corpo da analista compondo a sustentação da clínica:

O propósito do psicanalista na instituição é propiciar que algo da ordem do analítico ocorra e, para isso, pode ser necessário que o corpo seja implicado na cena em função e presença. O corpo do analista aqui está em dois campos: diante da equipe e em relação às pessoas que atende de diversas formas. Em ambos os casos, o analista é suporte da discursividade analítica, sustentando a partir dessa posição as condições e possibilidades de que efeitos analíticos aconteçam [...] (Prado et al, 2021, p. 26).

A perspectiva dos autores sobre a presença do analista parece implicar também o corpo físico, ponto que se afina com o problema dessa pesquisa, ao que somo algumas provocações a partir de minha prática: de início podemos relembrar que se trata de uma prática que requer um corpo de pé, ativo, que está em cena quando a analista oferta atendimento aos pacientes; trata-se de um contato direto com o paciente, em situações em que o corpo da analista pode ser convocado em materialidade, a exemplo “fique comigo segurando minha mão” ou “você pode vir junto comigo até a porta do centro cirúrgico? Eu preciso de uma presença conhecida assim perto de mim”; também podemos pensar esse uso do corpo em situações de suporte a óbito, quando a praticante de psicanálise utiliza seu corpo para bordejar ou conter familiares em sofrimento e até mesmo em agitações psicomotoras. Estas são algumas situações que fazem parte da prática clínica de psicanalistas em hospitais e demandam um dinamismo técnico

Para as psicanalistas desse campo de atuação (Mohallem, 2003; Machado & Chaterlad, 2012; Calazans & Azevedo, 2016; Salgado & Coppus, 2020), é através da escuta que o(a) analista pode produzir seus principais meios de intervenção clínica: a criatividade e a invenção. A partir de tais proposições, retomamos a experiência desta pesquisa. Recordemos a pergunta nevrálgica, compartilhada na Apresentação: *o que fazer quando o que se sabe fazer é escutar, mas o paciente não sustenta a fala por conta do limite do corpo?* Ao contar a vocês a angústia sobre o que uma praticante de psicanálise poderia fazer ali, lhes disse que: o que eu fiz, foi ficar. Ficar com eles e atender o seu pedido. De modo que, nesse “ficar” com os pacientes, percebi que esses “atos de cuidados” eram presença, uma presença disponível e física; com o tempo, notei que essa cena descrita não era vivenciada apenas por profissionais *psis*, mas por qualquer profissional da equipe. O que tornava diferente essas palavras serem escutadas por uma médica

ou uma fisioterapeuta e serem escutadas por uma praticante de psicanálise? Penso que o que torna diferente é justamente a função da *presença*, portanto, não qualquer presença, mas a presença do analista.

Sobre essa presença na prática em hospital, me recordo das palavras de Soares (2000): “O psicanalista cuja práxis queremos focalizar, ante a dor e o sofrimento, oferece sua presença-testemunha, permitindo que esse lado da realidade humana possa ser acolhido, ouvido e articulado numa cadeia, para ser elaborado simbolicamente” (p. 45). O que implica que a analista possa se oferecer como alteridade. (Moretto, 2019). Assim, tratava-se de fazer presença do analista, de modo disponível e físico e, para tanto, o corpo da analista estava implicado.

Então, como pensar os usos do corpo do(a) analista, quando convocado mais detidamente em presença física? É possível pensá-lo como um operador clínico e situar o *corpo de empréstimo* nessa mesma direção?

4 CORPO DE EMPRÉSTIMO

*Ainda bem que o que eu vou escrever
já deve estar na certa
de algum modo escrito em mim*
(Clarice Lispector, *A hora da estrela*)

É possível contar o impossível? Ou como diria Érik Porge, “transmitir o impossível de transmitir” na clínica psicanalítica? Seria a escrita, com suas traçadas linhas, o caminho? Façamos a aposta que sim. Ao escrever esse capítulo, no jogo de escreve e apaga, tomo de empréstimo as palavras de Clarice Lispector para anunciar minha posição: “estou tentando escrever-te com o corpo todo, enviando uma seta que se finca no ponto tenro e nevrálgico da palavra”. E com suas palavras, peço ao(à) leitor(a) que me leia e me escute também “com teu corpo inteiro”.

Admitamos que é preciso corpo para escrever sobre o impasse, o tropeço, o embaraço, o que não se sabe, isso que convoca a escrever laboriosamente sobre o que interpela uma praticante de psicanálise nas *trincheiras* de uma UTI COVID: emprestar o corpo.

Escrever e praticar psicanálise requer ato. Nessa via, Vorcaro (2010) considera que é responsabilidade dos analistas recriarem o método, no caso a caso, em ato e transmissão de suas práticas clínicas. A autora destaca a função da literalidade da escrita do caso clínico na pesquisa em psicanálise: “essa literalidade é cara à psicanálise porque o que o analista grafa e apaga da clínica é o que concebe como relevante ou desnecessário, evidenciando que seu ato de escrever está regulado pela responsabilização quanto ao seu ato clínico” (Vorcaro, 2010, p. 16). Essa construção narrativa do analista sobre o caso tem estrutura de ficção, por se tratar de uma elaboração que acontece em um tempo *a posteriori* (Vorcaro, 2010; Dunker, 2017; Aires, 2018).

O método que propomos nesse trabalho é uma escrita distinta da narrativa do romance, do relato, da construção de caso clínico. Tomamos o método como *ficção operatória* para escrever o singular, a marca, pertencente ao paciente e à praticante de psicanálise; para escrever o traço do caso. Começamos primeiro por uma apresentação mais detalhada desse *operador metodológico*, para em seguida adentrarmos no traço dessa pesquisa: o corpo de empréstimo.

4.1 O traço do caso: a invenção do psicanalista

A polissemia do termo traço (*Zug*) na teoria psicanalítica pode ser notada desde os primeiros textos de Sigmund Freud. Nas *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos*, Freud (1886/2006), dedicado a pensar uma teoria sobre o funcionamento do psiquismo, expõe suas formulações sobre um aparelho psíquico e apresenta a expressão *traço mnêmico* ao falar das inscrições, impressões, marcas que constituem a memória e a linguagem e são registradas no corpo da pessoa desde a infância. Nesse texto, a noção de traço está associada à concepção freudiana de memória, na qual os traços mnêmicos são os resíduos, os restos remanescentes de percepções não acessíveis à memória, estando portando, inconscientes.

Avançando na obra freudiana, destacamos uma outra perspectiva da noção de traço no texto de 1914, *Moisés de Michelangelo*. Freud (1914/2012) apresenta sua interpretação dessa obra de Michelangelo e destaca o detalhe, discorrendo sobre os traços do braço e do rosto de Moisés, bem como da mão que acaricia a barba. Nesse sentido, aproxima a importância que é dada ao detalhe, ao traço, tanto na obra quanto na técnica psicanalítica: “Também essa [a técnica psicanalítica] costuma adivinhar coisas secretas e ocultas a partir de traços menosprezados ou não notados, a partir da escória – do “refuse” [refugo] – da observação” (Freud, 1914/2012, p. 391).

Posteriormente, em *Psicologia das Massas e Análise do Eu*, Freud (1921/2011) recorrerá à noção de traço para discorrer sobre o mecanismo psíquico da *identificação*. O autor define a *identificação* como a forma “mais antiga e original” de ligação afetiva e propõe pensá-la na formação dos sintomas neuróticos. Nesse contexto, Freud afirma que a identificação tomou o lugar da escolha de objeto e destaca que a identificação é parcial por tomar “apenas um traço da pessoa-objeto” (p. 64). A noção freudiana de traço único articulada ao mecanismo da identificação, compõe a base da noção de traço que será desenvolvida no ensino de Jacques Lacan.

A princípio, no seminário 5 *As formações do inconsciente*, Lacan (1957-58/1999) localiza que “um traço é uma marca, não é um significante” (p. 355) e recorre, como exemplo, à marca do pé de Sexta-feira na história de Robinson Crusó do escritor Daniel Defoe. Para Lacan, essa marca que Crusó descobre não é um significante; a marca será inscrita por um movimento retroativo de apagamento feito pelo significante. Dessa maneira é o significante que inscreve o apagamento do traço, da marca. Dito de outro modo, Lacan (1957-58/1999) concebe o traço como a “pura marca”, esvaziada de significações, uma espécie de marca anterior à própria suposição de sujeito.

Quatro anos depois, Lacan (1961-62/2003) dedica um seminário ao tema da *identificação*, no qual podemos acompanhar o desenvolvimento conceitual da noção de traço. Lacan faz um movimento de retorno à noção de traço na obra freudiana e destaca a noção de “traço único”, mas vai chamá-lo de *unário*, *traço unário* (*einziger Zug*) e defini-lo como a marca identificatória do sujeito, a marca que atribui ao sujeito o caráter de ser *um*, que o torna diferente de todos os outros e marca sua singularidade: “a originalidade que carrega o traço, digamos, de serialidade que ele comporta, traço discreto quero dizer, de corte, isto que Saussure não articulou melhor, nem de outra maneira, a não ser dizendo que o que os caracteriza como cada um, é ser o que os outros não são” (Lacan, 1961-62/2003, p. 28). O traço, por ser essa “pura marca”, não sendo um significante, pode ser pensado como uma cicatriz, um entalhe indelével.

Ainda em Lacan, podemos encontrar uma outra perspectiva do termo traço, tal como utilizado na expressão “traço do caso”, notada e destacada pelo psicanalista Claude Dumézil, na quarta capa da primeira edição da revista lacaniana *Scilicet*, de 1968. Dumézil captura a expressão traço do caso (*trait du cas*), retirando-a do próprio Lacan: “O nosso trabalho hoje: encontrar aqui uma forma de reanimar a publicação psicanalítica. O princípio da não-assinatura é adotado para servir a isso: uma equipe dá o passo. Aposta na formalização teórica que torna este passo concebível: talvez antecipando o seu estabelecimento, mas também deixando de lado um certo estilo de reverência que já não lhe é relevante. Menos reverência de autoridade. Mais segurança para invocar o pessoal na prática, e especialmente o traço do caso”²⁶ (Dumézil & Brémond, 2010, p. 25²⁷). Essa revista reunia elaborações e compartilhamentos da prática clínica de psicanalistas e tinha por fundamento a não assinatura dos textos, não por uma questão de anonimato, mas por incluir a preocupação com a transmissão, o sigilo e passagem de um caso clínico para o público. Lacan, em *Introdução de Scilicet*, faz a seguinte consideração:

Referência [ao caso], como se sabe, sempre passível de ser denunciadora, por não sustentar um desvio tão comum que não se apoie no traço mais particular. Ora, o que cria obstáculo aqui não é tanto que o sujeito se reconheça no texto, mas que outros o situem através do seu psicanalista (Lacan, 1968/2003, p. 290)

²⁶ Notre travail aujourd’hui: trouver ici le moyen de ranimer la publication psychanalytique. Le principe du non-signé est adopté pour y servir: une équipe en franchit le pas. C’est parier sur la formalisation théorique qui rend concevable ce pas: anticiper peut-être sur son établissement, mais démoder aussi un certain style de courbettes qui n’est plus de mise de son fait. Moins de guindage d’autorité. Plus de sécurité pour invoquer le personnel dans la pratique, et notamment le trait du cas.

²⁷ A tradução dos trechos de Dumézil e Brémond (2010) é de autoria da pesquisadora.

É por este significante lacaniano, traço do caso, que essa pesquisa ancora o seu método. Passemos para a sua definição. Claude Dumézil, interessado em avançar na perspectiva do traço do caso, propôs, em 1983, um seminário clínico sobre o tema e, junto a Bernard Brémont, configurou o traço do caso como um dispositivo (*Trait du Cas*) e como uma ferramenta de trabalho, uma ficção operatória (*trait du cas*)²⁸, tendo o desejo do analista como causa (Dumézil & Brémont, 2010). Esses psicanalistas buscavam uma afinidade clínica e teórica que privilegiasse a ética da psicanálise, o sigilo e o ato analítico. Suas formulações partem de uma crítica a um período de ensino da psicanálise onde a teoria estava sendo priorizada em relação à clínica (Dumézil & Brémont, 2010).

Enquanto dispositivo, o Traço do Caso funciona em uma direção coletiva e enunciativa com três dimensões espaço-temporais: 1) o seminário, não aberto ao público, em que um praticante da psicanálise apresenta fragmentos de sua prática clínica e as trocas dessa sessão favorecem a elaboração teórica e a invenção; 2) a sessão pública, para compartilhar elaborações das sessões dos seminários, dificuldades da prática clínica, inclusão de perspectivas teóricas, em que esse deslocamento ao público institui uma passagem para a escrita, e 3) os cartéis, onde cada participante coloca algo de si, do percurso de sua clínica nessa produção (Dumézil & Brémont, 2010). Para essa pesquisa, não utilizaremos o dispositivo Traço do Caso, mas sim o método traço do caso, ferramenta de trabalho e ficção operatória.

Dumézil (2010) considera que o caso “não é o analisante, não é o tratamento, a observação ou a anamnese, nem é o analista. É tudo isso de certa forma”²⁹ (Dumézil & Brémont, 2010, p. 55). E localiza o traço como algo que risca, que corta, que pode unir ou separar, mas que liga “a história do sujeito e as estruturas envolvidas no tratamento”³⁰; aquilo que será identificado como traço acontece no *a posteriori*. Dessa forma, quando falamos de traço do caso, cabe considerar que o traço não diz respeito apenas ao paciente, ele é também do analista (Tauber, 2010). Nesse sentido, ao retomar a fala de Lacan em *Scilicet* “[...] mais segurança para invocar o pessoal na prática, e especialmente o traço do caso”, Dumézil (2010) considera que, para Lacan, o traço do caso diz respeito ao “pessoal na prática” e implica uma passagem, um giro do enunciado à escrita.

²⁸ A distinção de grafia foi proposta pelos autores.

²⁹ Le cas n'est plus l'analysant, ce n'est pas la cure, ce n'est pas l'observation ni l'anamnèse, ce n'est pas non plus l'analyste. C'est tout cela un peu à la fois.

³⁰ Le trait fait lien, ou le brise, comme une interprétation, un trait d'esprit. Il fait lien entre l'histoire du sujet et les structures en cause dans la cure. Le trait unit donc, mais perce aussi, coupe. Il souligne. Le Trait tire, trace, écrit, il biffe, il barre. Il tue aussi bien et separe.

Nessa direção, uma especificidade do traço do caso que se faz cara a essa pesquisa é sua perspectiva “teorígena”. Dumézil e Bremond (2010) localizam a teoria do lado do analista, de sua prática, e defendem a existência de um traço específico do desejo do analista, o traço como ficção que sustenta seu desejo para o trabalho e para a escrita. A dimensão *teorígena* implica pôr o inconsciente do analista a trabalho, pois não se trata de inventar conceitos: “essa dinâmica de colocar o inconsciente do psicanalista a trabalho orienta uma pesquisa que encontra em suas dimensões éticas e teóricas a questão do desejo do analista”³¹ (Dumézil & Bremond, 2010, p. 11). Dito de outro modo, a dimensão *teorígena* é causadora de teoria. Para Tauber (2010), a dimensão *teorígena* aponta para uma teorização não apenas das palavras do paciente ou do analista, mas dessa junção. Essa junção é o que a autora considera traço³². Nesse sentido, Leroy (2010) caracteriza o traço do caso como um *destaque*, tanto no trabalho teórico-clínico quanto analítico, de “pedaços do real que pertencem tanto ao analista quanto ao paciente”³³.

Psicanalistas brasileiros estudiosos desse método (Siqueira, 2013; Nobrega, 2016; Wiczorek, 2018), consideram que os princípios do traço do caso são: a elaboração, a invenção e a teoria. O método permite ir mais além da construção de um caso, pois nos ensina sobre o traço do próprio desejo do analista, seu manejo transferencial, favorecendo a invenção de seu próprio método. Segundo Nobrega (2016), esse método “é uma ferramenta clínica que operacionaliza via escrita, o que atravessou o analista em sua singularidade [...] vem reforçar que há uma verdade que não se sabe, articulada no nível do inconsciente” (Nobrega, 2016, p. 5). Para Siqueira (2013) o traço do caso, enquanto método, alcança o “singular e paradigmático” da clínica. E considera que o traço está em “[...] algo do inesperado, em um questionamento, em um estranhamento como algo da ordem do que surpreende, da contingência, do imprevisto que permita a construção de uma ficção teorígena” (Siqueira, 2013, p. 104).

Recorrendo a Dumézil e Brémond (2010), os autores acreditam que a característica do traço do caso não está no relato exaustivo ou na apresentação detalhada de um caso: “o traço é uma inversão, uma palavra do analisante ou do analista, por vezes um *acting out*³⁴” (p. 56). Portanto, para acessar o traço do caso não basta apenas um relato das palavras do paciente, é necessário que o analista possa dizer de sua posição, formular analiticamente o que foi dito por

³¹ Cette dynamique de mise au travail de l’inconscient du psychanalyste oriente une recherche qui rencontre dans ses éthique et théorique la question du désir de l’analyste.

³² C’est ce qui fait l’intérêt de cette recherche; il nous semble qu’il n’est pas possible de théoriser à partir des seules paroles du patient, ou de celles seules de l’analyste, mais essentiellement à partir de ce « trait » – de cette jonction

³³ Trait du Cas est une mise en exergue, dans le travail clinique, le travail théorique, le travail analytique, de bouts de réel qui appartiennent tant à l’analyste qu’au patient

³⁴ le trait, c’est un retournement, une parole de l’analysant ou de l’analyste, un *acting out* parfois

ele, teorizar sua intervenção a partir de seu lugar na relação de transferência, do que esta produz; ou seja, um trabalho que visa isolar o traço. Por esse sentido, Brémond (2010) considera que o traço do caso “é a invenção do psicanalista, no duplo sentido da expressão, ativo (o que ele inventa) e passivo (no que ele é inventado)”³⁵ (p. 124).

Apresentada a especificidade desse método, antes de passarmos para a sua escrita propriamente dita, considero importante partilhar informações que serviram de apoio na formulação da minha própria escrita. Como, então, formular a escrita dessa pesquisa? Considerando tudo o que já foi posto, de ser uma escrita distinta do relato e da construção de caso clínico, se trataria, então, de escrever um recorte? Uma cena de um atendimento? Encontro resposta para as minhas perguntas com os próprios autores do traço do caso. No livro *L'invention du psychanalyste: Le Trait du Cas*, os autores fazem referência ao escrito do psicanalista Octave Mannoni (1991), especificamente o capítulo intitulado “A palmatória” (*La férule*), de seu livro “Isso Não Impede de Existir” (*Ça n'empêche pas d'exister*).

Mannoni não escreve o capítulo como traço do caso; são os autores Dumézil e Brémond (2010) que fazem referência ao seu estilo de escrita como um bom exemplo para pensarmos o traço do caso. Vejamos como inicia Mannoni: “Sem contar um caso, vou relatar um momento de uma análise, que ia mal” (Mannoni, 1991, p. 61). Mannoni pinça um momento clínico com uma paciente, em que ele não sabia o que fazer com o caso: o momento descrito é justamente o que lhe causa embaraço. Cabe destacar que não há nenhum dado sobre a paciente (idade, história de vida). A partir de então, no texto, ele descreve suas inquietações, questionamentos, dúvidas e podemos acompanhar seu inconsciente posto a trabalho. Mannoni recorre à teoria, mas implicando-a do lado do analista, e com isso, implica a si mesmo e sua prática clínica. É esse estilo de escrita que intenciono formular, desde um lugar de afetação e implicação, em que o corpo conta.

³⁵ C'est en ce sens qu'il me paraît possible de dire que le trait du cas, c'est l'invention du psychanalyste, au double sens de l'expression, actif (ce qu'il invente) et passif (en quoi il est inventé)

4.2 “O que vem antes é um ruído”: voz a emprestar

o que vem antes é um ruído, uma voz, ausente da palavra que na verdade nunca existiu, mas que mesmo assim a gente insiste em procurar, como se estivesse na ponta da língua. então o que dói aqui dentro é que eu nunca, nunca consegui ouvir o silencio dessa palavra _____ é esse o som que escreve

(Fernanda Leal, *esse é o som que escreve*)

Antes de chegar ao leito, escutava de longe um barulho de batidas que pareciam ser na grade de ferro da cama hospitalar. O barulho que escutei eram batidas com o oxímetro – um aparelho utilizado para acompanhar a saturação e os níveis de oxigênio dos pacientes – com o qual o paciente batia na grade lateral da cama para chamar a equipe, para chamar o olhar do outro. No primeiro momento, ele tenta falar, mas não há sonoridade da voz e esse movimento do abrir e fechar a boca, que todos nós fazemos ao falar, era muito confuso, pareciam balbucios sem emissão de som. Ele faz uma tentativa de “falar” por essas batidas com o oxímetro, uma espécie de código, que ele mesmo não conseguia desenvolver. Seu corpo agitado, inquieto, gritava sua angústia. Sua condição de fala estava fragilizada pelas repercussões da COVID em seu corpo, mas esse paciente queria falar e eu queria escutá-lo, atendê-lo, acolhê-lo em sua angústia, mas como? Como escutar alguém que quer falar, mas não consegue? Como escutar sem a presença da voz? Foi quando notei um papel e uma caneta no leito –pensei que alguém da equipe poderia ter tentado se comunicar com ele anteriormente. Pego o papel para oferecer a ele e vejo que havia alguns rabiscos. Ele segura a caneta, apoia o papel, faz um grande esforço como se fosse alguém aprendendo a escrever. Ele riscava traços, rabiscos, como as garatujas infantis, apontava com a caneta e me olhava. Havia grito no seu olhar. E eu me perguntava o que fazer. Diferente de outros pacientes que eu já havia atendido em hospital anteriormente esse paciente não conseguia sustentar uma dicção que favorecesse um atendimento por leitura labial, onde haveria a cadência da fala, sem a sonoridade da voz.

Enquanto isso, o paciente seguia tentando falar por meio desses rabiscos. Riscava no papel, apontava com a caneta e me olhava. Foi então que me ocorreu a ideia: para atendê-lo e acolhê-lo em sua angústia seria preciso *ler* esses rabiscos e os sinais do seu corpo. Por sinais

corporais, ele olhava para o monitor, passava a mão sobre o pulmão, segurava minha mão com muita força, às vezes colando-a sobre seu peito. Enquanto isso, eu me mantinha ali, sustentando minha presença para ele. Até que ele, tentando escrever, fez um rabisco que parecia a letra “m”. De imediato lhe digo: m? Ele balança a cabeça afirmativamente. Então eu arrisco em dizer, emprestar a palavra, “medo”. Ele acena que sim com a cabeça, aperta minha mão bem forte e chora. Ele volta a caneta para a letra “m”, fica apontando e me olha. Repito de novo a palavra “medo”, ao que ele escreve outra espécie de letra “m”, seguido de um círculo, que dava a ideia de “o”, e um rabisco que lembra a letra “r”. Sigo na minha aposta de empréstimo das palavras e lhe digo “morte”. Ele acena que sim. Então, outra ideia me ocorre: fazer a união de suas palavras soltas e cadenciar em uma frase. Verbalizo com a minha voz: “medo de morrer”. Ele chora novamente, confirma que sim com um gesto. Observo que o paciente se deita mais descansado no leito, descansa o corpo. Era preciso apostar nessa escrita dos rabiscos como uma via de seu retorno à fala. Pensei: teria encontrado um dispositivo possível de escuta?

Observo que o paciente adota essa escrita (ainda rabiscos) e, passados os dias, as letras das palavras se tornaram mais legíveis e decifráveis. Os atendimentos passaram a acontecer através da leitura das palavras. O paciente rabiscava palavras soltas “*medo*”, “*morrer*”, “*sozinho*”. A cada palavra escrita, ele apontava com a caneta, me olhava e aguardava; eu emprestava a minha voz às suas palavras. Por vezes também fazia um movimento com a caneta, apontando as palavras soltas para que eu desse cadência a elas, formando frases: “*medo de morrer*”, “*medo da noite*”, “*medo de morrer sem ar*”, “*abandono*”. Assim, uma espécie de lógica própria se instalava: ele rabiscava as palavras e eu lhe emprestava a minha voz.

Em minha experiência em hospital, eu já havia atendido pacientes com comprometimento da fala; por exemplo, pacientes após quadro de AVC. Utilizava, em algumas situações, o recurso de imprimir um papel com as letras do alfabeto para que a pessoa pudesse apontar as letras; nos casos de pacientes traqueostomizados, fazia leitura labial. É pela experiência com esses últimos que, ao me deparar com a situação acima, algumas questões se instalaram para mim. No atendimento a pacientes traqueostomizados, há uma fala sem voz. É possível dizer isso? É possível considerar que existe fala sem a voz? Esses pacientes apresentavam cadência narrativa de fala, o atendimento acontecia por leitura labial de suas palavras e alguma palavra do paciente era destacada a nível de intervenção, interpretação, como ocorre em qualquer atendimento com uma pessoa com dispositivo de fala preservado. O que estou tentando dizer é que nesses casos, minha voz entrava na cena conforme minhas interpretações, conforme minha escuta de algum significante dos pacientes. Eu colocava minha

voz em cena para marcar uma intervenção. Isso me parece diferente do momento clínico que trago em destaque. É como se esse sujeito estivesse, de algum modo, em um momento anterior.

Notei que, de início, me arrisquei a emprestar as palavras ao paciente e isso trouxe efeitos. O paciente, em seguida, começa a trazer à cena suas próprias palavras, mesmo se tratando ainda de rabiscos de letras. O ato de emprestar palavras, por parte do analista, não é algo novo. A literatura sobre as práticas psicanalíticas em hospital, com pacientes em UTI (Decat de Moura; Mohallem; Soares; Carvalho, 2000), como também a clínica psicanalítica para aqueles que ainda não falam – bebês e crianças (Mascarenhas Fernandes, 2009, 2018; Jerusalinsky, 2011) nos indicam a possibilidade de praticar a psicanálise em contextos clínicos limites que tensionam o dispositivo clássico da cura-tipo.

Sobre a prática psicanalítica para aqueles que ainda não falam, Mascarenhas Fernandes (2009) defende a necessidade de repensar o lugar da fala na clínica psicanalítica, pois mesmo diante da condição de ainda não falarem, esses pacientes já possuem psiquismo e se encontram em sofrimento. A psicanalista destaca o lugar de importância do olhar e da voz nesses atendimentos, em que o trabalho analítico com esses pacientes implica, em primeira instância, a compreensão de que a psicanálise não seria apenas uma prática de escuta, mas também “uma prática de leitura” e de “visibilidade” dos sinais da criança ou do bebê. É preciso, portanto, que o analista aposte no paciente – criança, bebê – como um “sujeito por vir”.

Mascarenhas Fernandes (2018) considera que o paciente que ainda não fala – criança, bebê – “coloca em jogo um modo de realização do inconsciente e a necessidade de uma cifragem, partindo da letra e da imagem” (p. 114). Nessa clínica, os pais também compõem a cena do atendimento. A autora propõe então pensar a relação entre o paciente e as palavras de seus pais por meio da topologia *moebiana*: o analista inicia a transferência dirigindo a fala, as palavras, até mesmo sons e “se transforma em receptáculo do que o bebê lhe endereça” (Mascarenhas Fernandes, 2018, p. 120).

No contexto da prática psicanalítica em hospital, em situações limites, como exemplo, pacientes na angústia de desmame da ventilação mecânica, Carvalho (2000) defende que a analista pode se fazer presente, pode operacionalizar sua função de presença do analista, traduzindo ao paciente o que está acontecendo com ele no momento, lhe emprestando palavras. Conforme a autora: “podemos pensar a posição do analista no lugar de um Outro primordial que interpreta o grito da criança, fornecendo-lhe uma bateria de significantes mínimos” (p. 77). O que destaco, dentre uma gama de produções sobre essa práxis no hospital, é o posicionamento teórico de que a inventividade nesta prática psicanalítica, no caso a caso, no um a um, tem a marca do desejo do analista, tem a sua posição de não recuar e apostar de que há sujeito ali nas

situações clínicas limites, e de que o encontro com um analista pode possibilitar ao sujeito advir (Carvalho, Mohallem; Soares, 2000). Nesse sentido, Marisa Decat de Moura (2003) nos ensinou que “mais importante que o dispositivo é o movimento de criar o dispositivo”.

Embora essas “práticas psicanalíticas limites” não respondam diretamente minhas questões, me auxilia a discuti-las. Retornando ao momento clínico do caso, ao emprestar palavras, esse ato produz no paciente a abertura de suas próprias palavras; no entanto, outro empréstimo entra em jogo: o empréstimo de voz. Emprestar palavra é diferente de emprestar voz? Parto de um posicionamento inicial de que sim, há diferença. Sendo assim, do ponto de vista do manejo clínico, o que é emprestar voz?

Recorro a Lacan e a psicanalistas contemporâneos para traçarmos pontos de definição conceitual sobre a voz e tensioná-la do lado do analista, de sua prática. Se recorro diretamente ao ensino lacaniano para essa discussão, foi por ter sido Lacan quem conferiu um lugar, um estatuto à voz na teoria psicanalítica. O que o levou a fazer isso foi justamente a experiência clínica, nominalmente a clínica da psicose (Miller, 2013; Vives, 2018). No seminário livro 5, *as formações do inconsciente*, Lacan (1957-58/1999) se refere à voz em suas distinções entre traço e significante.

[...] no que é significante, no significante plenamente desenvolvido que é a fala, há sempre uma passagem, isto é, algo que fica além de cada um dos elementos que são articulados, e que por natureza são fugazes, evanescentes. É essa passagem de um para o outro que constitui o essencial do que chamamos cadeia significante. Essa passagem, como evanescente, é justamente o que se faz voz – nem sequer digo articulação significante, pois é possível que a articulação continue enigmática, mas o que sustenta a passagem é a voz [...] numa passagem que é atual, manifesta-se alguma coisa que o aprofunda, que está além, e que faz dele uma voz (Lacan 1957-58/1999, p. 355)

Nesse sentido, Lacan atribui à voz uma função essencial ao significante, a função que articula e sustenta sua passagem. Na relação entre fala, significante e voz, Miller (2013) considera que a função da fala está na amarra, no enlaçamento do significante, e que para tanto: “Esse enlaçamento comporta um terceiro termo, que é o da voz. Se estabelecermos que podemos falar sem voz, apenas por afirmar isso, podemos inscrever no registro da voz o que constitui resíduo, resto de subtração da significação ao significante. E, em uma primeira abordagem, podemos definir a voz como tudo que, do significante, não concorre para o efeito de significação” (p. 06).

Cinco anos depois, no seminário livro 10 sobre *a angústia*, Lacan (1962-63/2005) atribui à voz o estatuto de objeto, definindo-a como uma das cinco formas episódicas do objeto

a. Pensar a voz como objeto, objeto voz, implica considerar que a voz tem dimensão de resto, resto de uma operação significativa cujos efeitos incidem no corpo. Nesse sentido, Porge (2014) considera a voz como “resto não redutível ao significante” (p. 48) e Vorcaro (2017) a nomeia de “objeto caído da fala” (p. 134). Em suas formulações sobre o objeto voz, Lacan (1962-63/2005) remete a um tempo mais inicial dos sujeitos, recorrendo aos monólogos dos bebês quando estão sozinhos, tomando como referência para sua discussão o monólogo hipnopômico dos estudos do linguista Roman Jakobson. Lacan observa que esse monólogo não é produzido pelo bebê quando há presença de outra pessoa. Podemos, então, destacar duas considerações importantes que recorro das próprias palavras de Lacan. A primeira consideração diz respeito à comunicação:

A comunicação como tal não é o que é primitivo, já que na origem, o S não tem nada a comunicar, em razão de todos os instrumentos de comunicação estarem do outro lado, no campo do Outro, e de ele ter que recebê-los deste. Como tenho dito desde sempre, daí resulta, por princípio, que é do Outro que o sujeito recebe sua própria mensagem. (Lacan, 1962-63/2005, p. 296)

E a segunda consideração:

Será que isso não nos leva a considerar que desse modo nos é oferecido um caminho para apreender que, quanto ao sujeito em vias de se constituir, é exatamente do lado de uma voz desligada de seu suporte que devemos procurar o resto? (Lacan, 1962-63/2005, p. 298)

Essas considerações sobre a voz parecem tratar de um tempo anterior à inscrição do sujeito no campo do Outro, da linguagem, ao mesmo tempo que apontam para o papel constituinte da alteridade. Nesse ponto, Lacan distingue a linguagem da vocalização e considera existir uma relação particular que liga a linguagem à sonoridade, que não seria uma relação de identificação, mas de incorporação. Para Lacan (1962-63/2005), a voz não é assimilada, mas incorporada pelo sujeito no campo da alteridade. Por esse sentido, o objeto voz, ao qual a psicanálise se refere, está situado na relação com a fala, e não, por exemplo, com a música.

Vives (2018) destaca que Lacan, ao propor uma nova dialética das pulsões, acrescenta a dimensão da invocação no circuito da pulsão e associa o olhar e a voz ao campo do desejo do Outro: a voz é tanto o objeto quanto a forma em que o desejo do Outro se manifesta. Dessa forma, o autor sublinha que a presença do Outro está implicada nesse circuito da pulsão invocante. Também aqui, Vives (2018) sublinha três dimensões importantes para pensarmos a voz em sua relação com o Outro: 1) o ser ouvido, momento anterior ao sujeito que diria respeito

ao grito do bebê; 2) o ouvir, momento em que surge o advento do Outro para responder ao grito, e 3) fazer-se ouvir, momento em que esse sujeito que ainda está por advir, se faria voz ao ouvido do Outro. Ou seja, o fazer-se ouvir tem um endereçamento para o Outro.

Cabe destacar que o fazer-se ouvir comporta um lugar importante no tratamento psicanalítico. A fala do analisante não é uma fala qualquer, uma conversa social entre pessoas; trata-se da fala por associação livre, a qual produz uma abertura temporal do inconsciente e permite ao sujeito, ao mesmo tempo, ouvir-se. A possibilidade de um analisante ouvir-se é ofertada pelo analista, um analista estando “bem-posicionado” em sua função. A partir dessas considerações, retomo o momento clínico em discussão para pensar a minha posição: como ofertar a esse paciente o fazer-se ouvir enquanto sua voz lhe foi exilada? Dispensando maiores elucubrações, respondo: emprestando voz.

Tomemos isso gradualmente. Em supervisão clínica, discutimos que, aquele primeiro instante, em que me fazia presente tentando acolhê-lo enquanto buscava encontrar um dispositivo de escuta possível, possibilitou que o paciente pudesse ser reconhecido em sua condição de ser falante. Esse estar presente, contudo, não era qualquer, pois estava posicionada analiticamente, buscando sustentar uma função: presença do analista. Acredito que, de início, o ato de emprestar palavras permitiu a abertura temporal para as palavras do paciente, uma abertura temporal para sua fala, sem sua voz. Mas o que se instala em seguida, a cada letra rabiscada, a cada olhar e apontar da caneta sobre as palavras, é da ordem da demanda e, portanto, permite escutar a sua fala, ainda que sem voz.

Nesse sentido, podemos pensar que o empréstimo de voz pôde ofertar a esse sujeito o alcance devido de sua fala e, como efeito, apaziguar ou fazer borda à angústia. Dar à fala o seu devido alcance pode fazer o sujeito emergir e, ainda, favorecer o seu fazer-se ouvir. Para tanto, é preciso suportar a função e a *posição de analista*. E por que estou dizendo isso? Porque em supervisão clínica, pude compreender que o empréstimo de voz não se dá do meu eu para o eu do paciente, mas no campo da linguagem. Um breve momento clínico com esse paciente, em um tempo mais à frente de seu internamento, quando ele já podia iniciar o acompanhamento fonoaudiológico, possibilita apresentar esse ponto. O paciente estava com a fonoaudióloga e acabara de reescutar sua voz, ele me olha e diz: “*essa é minha voz*”. Acrescento a dimensão pulsional à discussão e arrisco dizer que minha voz fazia suplência ao pedaço exilado do sujeito. O empréstimo pode ser pensado não como uma substituição desse pedaço exilado, mas talvez como uma espécie de prótese.

Vives (2019) propõe pensar a voz como “inquietante *extimidade* do corpo”. O inquietante diz respeito ao estranho em Freud, *Das Unheimliche*, aquilo ou algo que é estranho

familiar. *Extimidade*, por sua vez, refere-se ao neologismo lacaniano – de modo a descrever que a voz é “ao mesmo tempo um fenômeno interior e algo de exterior” (p. 25). Em outro escrito sobre a voz, Vives (2018) destaca a dimensão corporal: “a voz é esta parte do corpo que é preciso colocar em jogo – sacrificar, até se poderia dizer – para introduzir um enunciado” (p. 03). Nesse sentido, a voz excede a significação e, para o autor, pode ser pensada como suporte corporal. Por uma via argumentativa próxima, Porge (2014), apoiado na leitura de Henri Meschonnic, considera que a voz pode ser “ao mesmo tempo do corpo e da linguagem”. Admitindo esses últimos argumentos à discussão, tomo eles como ponto de enlace para apresentar e discutir o próximo momento clínico.

4.3 Corpo a emprestar: elementos de fronteira

*Eis o sujeito desalojado, um puro corpo de letras,
so-letrado*

(Lucia Castello Branco, *Os ínvios caminhos*)

Retomo os atendimentos: havia o rabisco de uma palavra que vinha sendo indecifrável para mim, até então. Esse rabisco-palavra se repetia e o paciente tentava expressá-lo fazendo um gesto com a mão que me lembrava uma barra “/”, mas quando eu lhe emprestava a palavra “barra”, ele acenava negativamente com a cabeça. Eu observava esse traço rabiscado em suas folhas e me interrogava o que seria aquilo e por que ele não articulava outras formas de expressá-lo, rabiscá-lo em sua escrita? Até que, durante uma videochamada entre ele e uma pessoa da sua família, observo que o paciente viu sua imagem sob a tela do tablet, e em seguida, pede para encerrar a chamada. Percebo seu desconforto e oferto atendimento. O paciente escreve as palavras: “*corpo*” “*sumindo*” e faz o sinal com a caneta para que eu dissesse as palavras com a minha voz. Empresto voz às suas palavras e depois lhe pergunto: como é seu corpo? Ele escreve: “*grande*” e segue a escrita: “*era um homem grande*”. Pergunto: era? Ele escreve: “*me sinto metade*” e faz o sinal com a caneta e olhar para que eu falasse com a minha voz. Em seguida, ele puxa a coberta, se olha por um tempo e faz um gesto com a mão para que eu pegasse em sua perna. Ao tocar em sua perna, ele escreve: “*perna metade*”. Me ocorre a ideia de pegar em seu braço, e disso ele escreve: “*braço metade*”. A partir disso, ele próprio toca em seu rosto e o percorre. Em seguida, faz o mesmo gesto com a mão que vinha se repetindo nos atendimentos anteriores, quando eu havia tentado emprestar a palavra “barra”.

Foi quando compreendi que aquele gesto e aquela tentativa de escrita que vinha sendo indecifrável para mim era a palavra “metade”. Ele escreve “*corpo metade*”.

Experiências de adoecimento podem desenlaçar a imagem unificada que o sujeito tem do seu corpo e trazer desequilíbrio à economia pulsional (Gomes e Próchno, 2015; Pheulpin, 2019). Para Gomes e Próchno (2015), um paciente adoecido no hospital experiencia no corpo a desvitalização e fragmentação de seu circuito pulsional. Segundo os autores, a doença destitui do sujeito o controle sobre seu corpo, e o contato com a finitude o desterritorializa de si mesmo. Diante dessa condição, os autores compreendem que a posição de escuta dos analistas nessa prática, precisa contar com o olhar e a postura, olhar o corpo do paciente, ver os sinais e tomá-los à escuta, escutar “um corpo-enunciação” (Gomes & Próchno, 2015). Pheulpin (2019) assinala que, na prática psicanalítica em hospital, o corpo do paciente “é, naturalmente, o que ouvimos primeiro” (p. 77) e, especificamente em casos com sintomatologia respiratória, a escuta clínica a esse corpo está relacionada com o manejo da angústia. Nessa direção, Moretto (2019) considera que o encontro com o real do corpo, com a finitude e com experiências limites também evoca na equipe o contato com seu próprio corpo.

Tendo em conta esses pontos, proponho articular à nossa discussão, uma consideração: na prática clínica com os pacientes COVID-19, que impõe limites corporais ao paciente, a dimensão da corporeidade se desloca e o corpo da praticante de psicanálise opera como suporte da demanda do paciente; como suporte a esse corpo desenlaçado que pede contorno. Nesse sentido, poderíamos incluir um ponto de vista topológico à nossa discussão, afinal, como bem nos recorda Soler (2010), “dizer que o corpo é uma realidade é dizer que, com ela, ele é tríplice – simbólico, imaginário e real (p. 67).

No *Seminário RSI*, na primeira lição, Lacan (1974-75) sublinha que, no humano, quando falamos de corpo, se trata de um corpo vivo, sendo a linguagem que atesta e dá testemunho desse corpo ser vivo. Assim, para Lacan, o corpo vivo é definido, no mínimo, nos três registros Real, Simbólico e Imaginário. Nessa direção, Leite (2018) nos recorda que, nessas formulações lacanianas sobre o corpo vivo, o corpo que nos interessa na perspectiva analítica é o corpo esburacado, o corpo com seus furos, orifícios, marcas do objeto *a*. Assim, o corpo vivo “é esburacado o suficiente para trançar vida e morte” (Leite, 2018, p. 207). E como podemos pensar um *corpo pela metade*? Um corpo que, mesmo vivo, encontrava-se tomado pela angústia, pela incidência dos limites da própria finitude, um corpo com suas dimensões de imagem borradas?

A angústia é uma experiência radical no corpo; ao invadi-lo, o Real transborda sobre a imagem narcísica do sujeito (Leite, 2018). Entretanto, em uma experiência analítica, os nós –

seus enodamentos – podem transitar, podem mudar. Cevasco (2021) considera que esse movimento de mudança pode acontecer caso haja um encontro com uma função criadora, uma função em invenção. Neste ponto, retomemos mais uma vez, o trecho de Lacan, no texto *A terceira*, sobre a função do analista: “Este objeto insensato que especifiquei de 'a'. É isso, o que se pega no cerramento do simbólico, do imaginário e do real como nó. É ao pegá-lo bem que vocês podem responder ao que é sua função: oferecê-lo ao analisante como causa do desejo dele [...] esse nó, é preciso sê-lo” (Lacan, 1974/2011, p. 5). Na teoria psicanalítica, esse “ser o nó” se apresenta na posição do analista como semblante de objeto. Como, então, se fazer semblante de objeto em uma prática clínica que convoca os usos do corpo da praticante em presença física?

Recorro ao escrito de Rosa (2021), a qual propõe pensar a presença do analista como um “corpo vivificante sob transferência”. Nas palavras da psicanalista: “É bastante nítido como em alguns casos, o corpo do analista, presença necessária, provê um apoio, uma consistência fálica e restaura a imagem do analisante, para que ele se sinta vivo, lá onde o Outro da linguagem falha” (p. 02). Se nos voltarmos ao momento clínico destacado, o paciente com COVID-19 hospitalizado foi afetado em sua posição de sujeito desejante; seu corpo erógeno, marcado pela linguagem, se apresentava como uma estranha exterioridade, quando a apreensão de sua imagem corporal encontrava-se borrada. Podemos considerar que o ato da praticante de psicanálise, de percorrer o corpo do paciente, através do toque, do gesto, com a presença da linguagem, pode oferecer uma borda a esse “caos”, no qual, o corpo pulsional se encontrava, e favorecer para o paciente a possibilidade de um reconhecimento do seu corpo, mesmo em seu estado atual. Essa “re-territorialização” do paciente sobre seu corpo é importante, pois essa condição pode implicar em sua posição de sujeito diante do adoecimento, do tratamento e da hospitalização.

Conforme Rosa (2021), para que isso ocorra é preciso que o analista encarne este “objeto-corpo” e, para tanto, o analista deve primeiro perceber que o seu corpo é um corpo vivo, que emite som, lança olhar e toca na mão. Assim, com o seu corpo, “a presença da analista traz a chance de restaurar uma junção suportável entre o simbólico e o real” (p. 03). Para a autora, o corpo da analista se trata de um corpo “dessubstancializado”; é ao passar pelo seu próprio processo de análise que o analista pode “oferecer seu corpo esvaziado de gozo, para que o objeto possa aparecer aí” e “ser um corpo sobre o qual o objeto pode encarnar-se” (Rosa, 2021, p. 04). Nesse sentido, retomando o momento clínico, podemos pensar a presença da analista como um corpo a emprestar-se como alteridade corporal. Se o paciente sentia seu “*corpo pela metade*”, nessa cena analítica, meu corpo se tornou um elemento de fronteira, uma outra parte, *alter*,

ofertada ao paciente para que ele pudesse falar. Para tanto, era preciso estar disponível, em corpo, *en corps, encore*, para encarnar a *posição de analista*.

Trago esses apontamentos sobre o corpo de quem está na posição de paciente para destacar que foi diante do limite dos seus corpos que me vi impelida à inventividade. O limite desses corpos convocou minha presença, enquanto analista, de modo mais físico nos atendimentos. Poderíamos dizer que levaram a praticante de psicanálise a utilizar o seu corpo como um operador tático. Nesse sentido, tomando o limite por uma outra via, o limite imposto pelo isolamento dos corpos, a impossibilidade de contato entre paciente e família, podemos ver, mais uma vez, esse corpo a se emprestar em momentos de videochamada com paciente e família. Vejamos o próximo momento clínico recortado de um caso, no qual, a pessoa que eu prestava atendimento era a familiar de uma paciente que estava hospitalizada na referida UTI.

Preciso destacar que esse caso foi o primeiro em que realizamos uma videochamada com paciente em ventilação mecânica na unidade. Nesse tempo, um tanto inicial da nossa prática com pacientes COVID, discutíamos – entre grupos de psicologia hospitalar e comissões de infectologia do hospital – sobre a realização de videochamadas com pacientes em ventilação mecânica, devido a uma série de fatores éticos e de segurança, dentre eles, a maior exposição ao aerossol³⁶ pelo profissional de saúde que estivesse no leito. Dessa maneira, o tempo, dentro de um leito como esse, era um fator de risco e, portanto, era necessário ter precaução.

Ambas – paciente e familiar – haviam sido contaminadas pelo coronavírus, porém a repercussão da doença se deu de forma grave para a paciente, o que levou à hospitalização em UTI. Desde a chegada da paciente à unidade, esse caso demandou uma atenção em seu manejo, em decorrência de a familiar aparecer na recepção da UTI em alguns momentos, na tentativa de ver a paciente. Conforme às normativas sanitárias, esta visita não poderia ocorrer. Após os primeiros acolhimentos nesses momentos –quando já se instalou conflito com a equipe - eu passei a atender a familiar por telefone. Nos atendimentos, observava sua dificuldade de falar sobre as piores clínicas da paciente, pois estava em um tempo lógico anterior, em processo de elaboração do fato de que a paciente (assim como ela própria) haviam se contaminado. A hospitalização, o afastamento entre elas e o agravamento clínico da paciente ainda estavam sendo incluídos em seu campo psíquico. Ao escutá-la, sua fala indicava, por vezes, alguns pensamentos de que não era a paciente que estava ali, como se pudesse ser outra pessoa: “*não pode ser ela, isso é um engano do hospital*”. Passados poucos dias, essa familiar recebeu a

³⁶ Termo utilizado para se referir a suspensão de partículas sólidas e líquidas suspensas em um meio gasoso que permanecem no ambiente por tempo suficiente para serem transportadas por corrente de ar, sendo uma das vias de transmissão do vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19.

notícia de piora clínica da paciente, a qual havia sido submetida a ventilação mecânica. O fato de receber uma informação médica não assegura que um familiar esteja em um tempo de compreensão em sincronia ao tempo cronológico dos fatos. Estar separada da paciente e isolada lhe era desorganizador. Em função de minhas observações e da piora clínica, discuto o caso junto à psicóloga líder do serviço e à comissão de infectologia do hospital, e, em seguida, oferto à familiar a possibilidade de fazer uma videochamada com a paciente. A ideia me ocorreu como aposta do recurso ao campo da imagem, de modo que a familiar pudesse construir uma imagem própria do quadro da paciente, ver com os seus olhos, e assim, favorecer o processo elaborativo da experiência. A familiar aceita, eu me paramento com os EPIs e adentro a unidade.

No início da videochamada, o anúncio de uma marca, em sua ausência: “*essa não é ela! Cadê o batom vermelho?*”, pergunta que ainda carregava o não reconhecimento de que ali estava a paciente. Essa fala da familiar mexe um pouco comigo, faz com que eu me interrogue se haveria apostado muito alto no recurso à imagem. Ao mesmo tempo, eu estava ali, buscando me localizar no leito, nessa primeira experiência. A geografia do leito, a imagem de um(a) paciente intubado(a), isso não era novidade. Mas o novo [COVID-19] estava em todo lugar daquele espaço, estava no ar, estava em todo aquele equipamento de proteção que eu vestia, estava, inclusive, no *tablet* que eu segurava com as mãos. Em meio a esse rápido turbilhão de pensamentos, ocorreu-me, então, a ideia de lhe apresentar o ambiente onde a paciente estava: mostrar o leito, a cama hospitalar, o monitor, a coberta para proteger do frio. A familiar corresponde a essa dinâmica e vai demonstrando seus próprios interesses no ambiente.

À medida que ela ia conhecendo virtualmente o local onde a paciente se encontrava, me surgiu outra ideia: percorrer aos poucos o corpo da paciente. Suspendo a coberta e direciono o *tablet* para, de início, lhe mostrar os pés da paciente e me arrisco com um gesto a pegar neles. A partir disso, a familiar passa a direcionar outras partes do corpo da paciente para que eu pudesse tocar. À medida que percorríamos o corpo – pernas, braços, cabelo, orelha – se instala uma abertura de palavras da familiar sobre a paciente, fatos da sua história de vida, como também expressões afetivas. Até que, ao chegar à mão da paciente, me deparo com suas unhas pintadas de vermelho e digo a familiar: “veja! Unhas vermelhas”. A familiar chora, me pede para segurar a mão da paciente por um tempo e aproximar o *tablet* para que ela pudesse “beijar a mão da paciente”. Passamos um momento de maior duração nessa posição, onde a minha mão segurava a mão da paciente e a outra segurava o *tablete*, posicionado bem próximo. Até que, passado um tempo, ela pôde dizer: “*essa é ela mesmo*”. Esse ato de percorrer o corpo da paciente possibilitou o aparecimento do detalhe desse sujeito (a paciente), de sua marca – o vermelho –

, o qual não poderia estar na boca, por conta da ventilação mecânica, mas permaneceu presente no esmalte das unhas.

Por uma via próxima, podemos ver o empréstimo de corpo e de voz em cenas clínicas em que a família, por meio de videochamada, se despedia do(a) paciente que estava em processo ativo de morte. Por vezes, em alguns desses momentos com familiares que eu acompanhava assistencialmente, um familiar me pedia para tocar em alguma parte do corpo do(a) paciente; cabelo, mãos, pés, braços, podendo inclusive percorrer o corpo todo. Esse ato era acompanhado das palavras dos familiares e de suas coordenadas de qual parte do corpo do paciente percorrer. Alguns, pediam para que eu encostasse o *tablet* bem próximo ao ouvido do paciente para dizer algumas palavras de despedida, fazer uma oração, tocar uma música. Mas às vezes, eles diziam as palavras e me pediam para que eu dissesse ao paciente, emprestando assim corpo e voz. Em um momento como esse, poderia estar um único familiar ou um grupo de pessoas.

No tempo anterior à pandemia, essa cena era vivenciada de maneira que as próprias pessoas da família tocavam no paciente. A praticante de psicanálise ofertava-se em escuta e presença, na aposta de que a palavra dos familiares pudesse advir, que o momento favorecesse os rituais de despedida e os processos de luto. A COVID-19 impôs radicalmente o limite desse contato, desse espaço. Nesses momentos durante a pandemia, a praticante na posição de terceiro, entre paciente e família, passou a contar com os dispositivos virtuais. O enquadramento dessas cenas clínicas era composto por no mínimo três – paciente, familiar e analista – estando o paciente e eu nesse encontro de corpos físicos, e os familiares em presença virtual, mas poderia dizer: em presença simbólica. Os familiares veem o paciente e a mim pela tela do *tablet*. Efetivamente, o que eles conseguiam ver, quando olhavam o *tablet*, eram pedaços do corpo da praticante de psicanálise revestido de EPIs – mãos, braços –, em alguns momentos o meu olhar, ao iniciar e finalizar a videochamada ou quando algum(a) familiar apresentava importante mobilização psíquica, e eu voltava a tela do *tablet* para mim, para escutá-lo(a) e acolhê-lo(a). E, claro, havia a minha voz. Como pensar os manejos clínicos dentre desse enquadre? Sem perder a premissa dessa práxis, de que se faz no caso a caso, no um a um.

Guardadas as devidas diferenças entre nossas experiências, recorro algumas considerações do relato de Aires et al (2021) sobre a experiência de atendimento online com crianças e adolescentes em tempos de COVID-19. Nesta experiência, as autoras vivenciaram os atendimentos de maneira integralmente virtual, ou seja, analistas e pacientes sobre a tela ou voz a voz nas ligações telefônicas. Aires et al (2021), ao se perguntarem como a praticante de psicanálise poderia se fazer presente no espaço virtual, fazem a aposta de que nesses momentos

– videochamada ou ligação telefônica – o analista pode se fazer presente “em ato, em olhar e em voz”; assim, escuta e desejo estariam mantidos e a transferência poderia ser sustentada.

Ao discutir a transferência, as autoras se propõem a pensar o que do corporal ainda poderia se fazer presente no atendimento online. Destaco dentre suas formulações, a observação das autoras sobre o fato da analista, em atendimentos por videochamada, aparecer em pedaços para os pacientes, bem como ver pedaços daquele que fala: voz, olhar, cabeça, ombro³⁷. Dessa maneira, enquanto pedaços de objeto, a voz e o olhar permitem ao analista a manutenção da sua posição de semblante de objeto *a*, mesmo se tratando de um atendimento online, sem o encontro físico dos corpos.

Seguindo nessa direção argumentativa, está o relato de Venâncio (2021) sobre um momento de videochamada com um paciente pós-COVID-19 que estava em Cuidados Paliativos. Ao abrir a videochamada, ela percebe uma grande quantidade de familiares reunidos e o silêncio inicial é quebrado com o choro dos familiares. Nesse momento, a psicanalista se interroga como manejar a urgência subjetiva dentro desse enquadre virtual. Em suas formulações, Venâncio (2021) compreende que faltava presença, presença física, pois em seu tempo de experiência em hospital, percebeu a importância da presença física para bordejar esses momentos de crises psíquicas. Nessa direção, a aposta da psicanalista foi de manejar sua presença através da voz e do olhar, com intervenções que pudessem reconduzir a abertura das palavras dos familiares ao paciente.

Outro ponto destacado por Venâncio (2021) refere-se à perda dos rituais de despedida com pacientes hospitalizados por COVID-19, em decorrência das normativas sanitárias. Ela sublinha uma importante mudança de perspectiva: no tempo anterior à pandemia, se dizia que havia o “momento da despedida”, com a vestimenta do morto – ao que acrescento, um certo acompanhamento do corpo do morto desde a saída da UTI ao necrotério do hospital e à chegada do carro funerário. A pandemia exigiu essa separação dos corpos e provocou uma mudança de perspectiva do “momento de despedida” para “reconhecimento do corpo”. Era permitido (e necessário), em termos legais, que um familiar, a uma certa distância e devidamente paramentado com os EPIs, pudesse ver “de longe” e reconhecer que ali era o seu ente querido³⁸. A partir dessas questões, a autora se interroga sobre o luto de corpos isolados, não tocados pela palavra e com a ausência de rituais de despedida.

³⁷ Em especial, por se referir ao atendimento de crianças, o celular e as imagens que podiam ser vistas compunham a cena da sessão, integrando essa fragmentação no jogo de ver, mostrar e esconder. Cf. Aires et al (2021)

³⁸ Com a chegada das vacinas, esse momento foi se tornando mais singularizado, considerando a construção do caso da psicóloga de referência junto à equipe do hospital.

A pergunta de Venâncio (2021) aponta de forma cuidadosa e ética para o contexto de sua prática clínica, em um hospital universitário, onde os percalços com a disponibilidade de aparelhos tecnológicos – por parte da instituição e dos pacientes e familiares – incidiram na prática realizada. De forma distinta, nossa pesquisa contou com o privilégio dos recursos tecnológicos de um hospital geral privado. Certamente, a práxis seria outra se não houvesse a disponibilidade dos dispositivos virtuais.

A interrogação sobre os corpos isolados e não tocados pela palavra ressoa e me leva a perguntar sobre os corpos dos sujeitos dessa pesquisa, em que existiu a possibilidade de o familiar ver os corpos, ainda que virtualmente, e, em certa medida, se despedir. A presença da praticante de psicanálise, presença em voz, em corpo, permitiu dar lugar e escuta à palavra dos familiares sobre seu ente querido. Arrisco-me a dizer que o corpo do ente querido pôde ser “tocado” pelas palavras dos familiares através do gesto da praticante de psicanálise, através do corpo da praticante a se emprestar ao campo da linguagem.

Na composição do manejo clínico em uma videochamada estavam: a escuta à família – de forma virtual - observando pela tela do *tablet* as expressões e demonstrações dos familiares; o manejo com o dispositivo virtual; e os gestos, toques e palavras sobre o(a) paciente a pedido da família. Mais uma vez, podemos ver esses pedaços do corpo da praticante – mãos, braços, voz, olhar – como um elemento de fronteira, um entre a virtualidade e a materialidade do toque nos corpos dos sujeitos. De modo que, em presença, a praticante emprestava corpo e voz diante da ausência material, da impossibilidade do contato, do uso do próprio corpo dos familiares.

Nessa minha aposta teórico-clínica de pensar os pedaços do corpo da praticante – mãos, voz, olhar – como elementos de fronteira, me deparei com a seguinte formulação lacaniana sobre o desejo do analista: “Essa topologia [que chamamos ordinariamente, de maneira imprópria, a situação analítica³⁹] visa fazê-los conceber onde fica o ponto de disjunção e conjunção, de união e de fronteira, que só pode ser ocupado pelo desejo do analista” (Lacan, 1964/2008, p. 159).

Nesse ponto, me recordo da expressão de Carla Rodrigues (2021): “contrato de substituição corporal”. Nesse escrito, a autora revisita “A consciência infeliz”, uma leitura da filósofa Judith Butler sobre a *Fenomenologia do Espírito* de Hegel, e propõe pensar o “corpo infeliz”. Rodrigues reflete sobre um modo de subtração dos corpos a fim de pensar os corpos na esfera doméstica, especificamente o corpo da patroa e o corpo da empregada doméstica. Para que o contrato de substituição corporal aconteça é preciso um “truque”, “em que o corpo

³⁹ Nessa partilha entre analisante e analista, Lacan propõe um reviramento ao falar de desejo do analista no lugar de defesa do analisante.

substituído esquece sua substituição, e o corpo que substitui esquece ter substituído” (Rodrigues, 2021, p. 147). Retornando ao objeto dessa pesquisa, me pergunto, quais efeitos subjetivos se produzem para esses familiares que precisaram tomar de empréstimo o corpo e a voz de um terceiro para se despedir de um ente querido? Por parte da praticante de psicanálise, arrisco a dizer que se trata de um duplo movimento: só a análise pessoal permite o empréstimo e o não esquecimento dessa substituição corporal. Permite emprestar, prestar-se a, sem esquecer. Mas é preciso, ainda, tentar transmiti-la via escrita.

Nesse sentido, se trata mais ainda, *encore, en corps* do desejo do analista; “O desejo do analista é da ordem da invenção [...] lá onde a análise é intransmissível está o desejo do analista como criação [...] É o desejo do analista que impulsiona a transmissão da psicanálise: do consultório à pólis” (Quinet, 2022, p. 21). Quando Lacan (1967/2003) nos diz que o “desejo do analista é sua enunciação”, podemos compreender, seguindo Quinet (2022) que essa enunciação seria o modo que cada analista tem de dizer e de manejar situações, enunciados, narrativas, significantes... Seria, então, o seu estilo?

Rostagnoto (2022) em um dos textos do seu Passe, *O desejo do analista. Da marca do destino ao destino da marca*, nos diz que o desejo do analista é uma “disposição corporal”: “O desejo do analista disponibiliza um corpo para poder estetizar o objeto sob a condição de privar-se, de abster-se de ser sujeito, mas também de ser escória, resto estéril que é empecilho, que obtura” (p. 197). Essa perspectiva, nos remete a prática psicanalítica em hospital, mais especificamente, em como o desejo do analista pode operar nesse contexto. Nesse ponto, Darriba e Ribeiro (2023), em seu texto sobre a posição do analista no hospital, em situações de doenças ameaçadoras à vida, afinam essa questão ao contexto de hospitalização por COVID-19. Os autores consideram que na clínica com esses pacientes, clínica que comporta desde o início a dimensão do limite, pacientes e analista estavam diante do tempo da angústia, defrontados com o real no corpo da doença, assim, eles se perguntam qual seria o lugar para o desejo do analista nesse contexto de tanta angústia. Vejamos nas palavras dos próprios autores, as suas elaborações:

Lacan nos mostra que para que o desejo possa advir é preciso uma travessia, é preciso passar pelo tempo de angústia. Ou seja, essa travessia em busca do desejo só é possível por meio da travessia do próprio luto. A aposta da psicanálise inserida nesse contexto, ao possibilitar um espaço de escuta para o paciente e seus familiares e realizar videochamadas para minimizar o isolamento e distanciamento do sujeito acometido pela covi-19, foi que o desejo do analista pode ter uma importante função no acesso a esse desejo que poderia funcionar como remédio para a angústia. Nesse sentido, poderíamos

propor que, entre o tempo da angústia e o tempo do desejo, há a operação do desejo do analista exercendo uma função de ponte (Darriba & Ribeiro, 2023, p. 165)

Essa construção dos autores toca em uma formulação lacaniana sobre a transferência que diz respeito ao desejo do analista e ao desejo do paciente: “É por isso que, por trás do amor dito de transferência, podemos dizer que o que há é afirmação de laço do desejo do analista com o desejo do paciente. É o que Freud traduziu numa espécie de rápido escamoteamento, um chamariz, dizendo – depois de tudo, é apenas o desejo do paciente [...] É o desejo do paciente, sim, mas no seu encontro com o desejo do analista” (Lacan, 1964/1985, p. 246).

Na experiência que essa pesquisa busca transmitir, diria que para a praticante de psicanálise operar com o desejo do analista foi preciso pôr o seu corpo a serviço. A serviço dos atos analíticos; do manejo da transferência; do campo da linguagem; do empréstimo das pulsões – voz e olhar, dos pedaços do seu corpo (mãos, braços) como elementos de fronteira, a costurar, em termos topológicos, o entre – entre dentro e fora das bordas do *corpo pela metade* do paciente e entre virtualidade e presença física nas videochamadas com paciente e familiares.

A essa altura, o(a) leitor(a) pode estar se perguntando se o *corpo de empréstimo*, enquanto operador tático, seria “aplicável” em tantas situações clínicas. Talvez a proposta de escrita do traço do caso tenha contribuído para isso. Entretanto, não esqueçamos o objeto de discussão dessa pesquisa: a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico com pacientes críticos. Se minhas apostas teórico-clínicas comportam falar de posição do analista, presença do analista, desejo do analista e ato analítico, cabe destacar que, para a discussão desta função, o corpo como suporte, está, sobremaneira, implicado. Corpo este que pertence à pessoa da praticante de psicanálise. E é justamente sobre a pessoa do analista que incidem os limites do empréstimo tal como queremos discutir.

4.4 Limites do empréstimo... ou limites da pessoa da analista

*Escrever é procurar entender, é procurar
reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último
fim o sentimento que permaneceria apenas vago e
sufocador*

(Clarice Lispector, *A descoberta do mundo*)

É difícil escrever sobre o limite. Se a clínica psicanalítica tem esse quê de impossível de transmitir, eu diria que tentar transmitir sobre um limite, mais especificamente, os limites da clínica, me pareceu por muitas vezes um terreno incontável, no sentido de que não dá para contar, narrar sobre ele. Nessa prática clínica com pacientes COVID-19, o terreno do limite me custou tempo para ser reconhecido. Nesse terreno eu paguei com o que havia de mais caro em mim: com o meu próprio limite.

Entretanto, ainda que a clínica psicanalítica tenha seu impossível de transmitir, ela não pode ser tomada como absolutamente intransmissível. Desse modo, mesmo com tantas palavras ditas no divã em minha análise pessoal, o limite ainda carrega pontos que parecem indizíveis. Pontos que, à medida em que eu escrevia esse tópico, foram se desvelando para mim. Posso dizer, certamente, que essa pesquisa é costurada por elaborações: em escrita, em análise pessoal, em trabalho de luto. Dito de outro modo, de um modo literário: “costurar palavra foi a coisa mais difícil que eu aprendi a fazer” (Leal, 2023, p.49). No meu caso, palavra dita e palavra escrita, seja em ato com os pacientes e familiares, seja *a posteriori*, no trabalho desta pesquisa.

Mas, foi justamente no trabalho de tecitura dessa experiência, que eu percebi que, para sustentar minhas apostas e formulações teórico-clínicas, era preciso seguir acreditando, ainda mais, nas palavras. Dito de outro modo, de um modo que só agora eu posso dizer: foi (e é) preciso não perder de vista que o indizível não é o inefável. É preciso acreditar na palavra por vir.

Partilhando com franqueza a minha posição, proponho, neste tópico, apresentar o que me foi possível produzir e formular em termos de escrita acadêmica, levando em consideração a minha hiância⁴⁰ temporal de elaborações dessa experiência. Isto posto, a escrita do limite do

⁴⁰ Termo psicanalítico que significa o intervalo entre o que não existe e o que está prestes a existir

empréstimo começa com um momento clínico de um caso, para apontar o que do encontro com esse caso atravessou a praticante em sua posição de analista, convocando-a, escancaradamente, enquanto pessoa. Em seguida, acrescento à discussão mais dois pontos para falar do limite: 1) a praticante se deparar com seu próprio corpo, e 2) ter vivido, simultaneamente por um tempo, a experiência de estar como praticante em UTI COVID-19 e ser familiar de paciente hospitalizada nessa condição. O que proponho discutir com esses pontos pode ser melhor pensado como uma espécie de dobradiça – e o seu movimento de vai e vem - para falar do lugar do corpo da praticante fora da cena analítica, mas dentro da UTI COVID. Passemos ao caso, o qual desta vez está escrito com uma escansão temporal de dois momentos, com a intenção de que o (a) leitor(a) acompanhe melhor a discussão.

Era um dia de videochamada entre pacientes e familiares, e esse paciente havia acabado de ser admitido na unidade. Apesar de ser recém-chegado, eu já observava um burburinho de pessoas da equipe sobre ele. Um “recado” dele enviado a mim, me foi passado por uma pessoa da equipe; ele queria falar ao telefone com a esposa e o médico dele, agora! Como percebi não se tratar de nenhuma urgência subjetiva, cheguei ao seu encontro quando me foi possível, e tendo como plano atendê-lo primeiro. Ao chegar ao leito, vejo de imediato toda sua agitação corporal, tentando retirar a máscara que utilizava para auxiliar na sua respiração e de imediato o monitor disparava a sua queda de saturação, o que fazia com que o fisioterapeuta retornasse ao leito para ajustar a máscara e orientá-lo por inúmeras vezes. Ao me apresentar a ele, ele tira a máscara e me diz: *“eu não quero estar aqui, me trouxeram pra cá sem eu querer”*. Peço para que ele coloque a máscara novamente e lhe digo que posso escutá-lo bem quando ele está de máscara, que ele não precisa e não deve tirar a máscara para falar. Pergunto quem o trouxe e o que havia acontecido, ele tira a máscara e me responde: *“eu e minha esposa já estamos sendo acompanhados por nosso médico infectologista, mas meu filho me fez vir para o hospital, dizendo que eu piorei. Mas eu não vou ficar aqui, não, quero falar com minha esposa pra vir me buscar e com meu médico pra seguir fazendo o tratamento em casa. Ainda mais que o médico aqui me disse que eles não usam a minha medicação aqui. Rum... médico contra medicação”*.

Nesse momento, dentro de mim, eu já sabia do que se tratava, mas fiz a pergunta: qual medicação? Ele responde: *ô minha filha, Cloroquina né. Olhe, eu não vou ficar aqui! Olha ao redor, olha aí na frente ó, essas pessoas todas com esse tubo na boca, vão querer fazer a mesma coisa comigo, vão querer me fazer de estatística, até minha medicação e meu tratamento tiraram... querem me botar para estatística”*. O paciente tem mais uma queda de saturação e estava todo vermelho. Sem ter muita percepção disso, eu me vi - eu mesma - pegando na mão

dele e fazendo com que ele colocasse a máscara de volta. Logo em seguida, ele me pede o aparelho celular da unidade para telefonar. De imediato entrego a ele e me retiro automaticamente do leito. Eu estava atordoada, tive uma sensação de queda de pressão e me sentei. Parecia que o peso do dia de trabalho na unidade tinha se abatido sobre mim. Eu pensava: “não é possível! Foi isso mesmo que eu escutei?! Era delírio? *Delirium*? Não, ele estava com o exame das funções psíquicas preservado: lúcido, orientado no tempo e espaço, o humor eu poderia dizer irritado. E o corpo?! Ele não vê, não sente a dificuldade que está para respirar?” Eu me perguntava sobre tudo isso, diante de tamanha alienação discursiva. Dessa vez, assim, tão perto, na minha frente. Me perguntava se eu iria suportar atendê-lo. Após esse primeiro e impactante contato, ao retornar à unidade em outro dia, ele havia sido intubado.

Farei agora uma escansão temporal para um segundo momento, no qual esse paciente encontrava-se extubado, porém em risco iminente de retornar à ventilação mecânica. Ele havia pedido uma videochamada com os familiares. Com as repercussões da doença em seu corpo, ele encontrava-se com a voz bem baixinha e, assim como outros pacientes, não sustentava longas frases completas. Dou início à videochamada e ele diz aos familiares: “*me tirem daqui... querem me matar... me dopar... botar de novo esse tubo...me fazer de estatística... de mortes... nem água querem me dar...*”. Os familiares não conseguem escutá-lo bem, devido à sua voz baixa. Eu levo o tablet para bem próximo da boca do paciente, mas ele me olha e me diz: “*repita aqui a eles...*”. Como?! Como repetir essas palavras? Como emprestar voz a esse discurso? A minha voz.

Escrevi esse momento clínico de uma forma diferente dos anteriores dessa pesquisa, por entender que o primeiro contato com o paciente, no qual ele se encontrava em condição de fala preservada, nos mostra o posicionamento discursivo desse sujeito. É difícil falar do caso até hoje, foi difícil atender, é difícil rememorar para escrever. À medida que a fala do paciente aparecia na cena clínica, minha posição de analista deslizava para minha posição de sujeito. Como encarnar a posição de semblante de objeto *a* enquanto escutava algo que me afetava como pessoa, como sujeito de indignação? Nesse caso, nesse contexto pandêmico no Brasil, a fala do paciente tocou no meu limite, mais especificamente tocou no limite do empréstimo de voz e corpo.

Sobre a fala do paciente, podemos interrogar se se tratava de um discurso negacionista. Uma negação? Fazendo um breve adendo sobre essas diferenças - afinal esse ponto daria um outro trabalho e não é o que propõe o método dessa pesquisa – Duarte e César (2020) compreendem que o negacionismo, em certa medida, poderia ter relação com o conceito freudiano de negação (*Verneinung*). A negação, na perspectiva de Freud, envolve a pessoa

negar algo, onde em seu juízo mais íntimo, seria algo que a pessoa preferia reprimir. Entretanto, como já foi conceituado na introdução desta pesquisa, o negacionismo se caracteriza por ser um fenômeno político e social, por implicar uma produção e reverberação em massa de suas teses e impactarem o comportamento de uma grande gama de pessoas (Duarte & César, 2020). Nesse sentido, Dunker (2020) compreende o negacionismo como um “segundo estágio da negação” que se manifesta em grupos e no comportamento em massa, impactando suas crenças e visões de mundo.

Para Duarte e César (2020), o negacionismo de Bolsonaro constitui uma política “que consiste em negar, confundir, agredir, ignorar, desprezar, silenciar quem quer que não esteja absolutamente de acordo com suas medidas de combate à pandemia, ou com as escolhas políticas e morais que pautam seu governo” (p.9). Podemos ver na fala do paciente a ressonância dessa política negacionista, o viés político na sua visão sobre os medicamentos, o tratamento, e mais ainda, sobre as repercussões da doença em seu corpo, a não inclusão – se posso dizer assim – dos limites da respiração, dos limites do seu corpo.

Como o (a) leitor (a) deve se recordar, foi diante do limite dos corpos dos pacientes que eu me vi impelida a reinventar, a emprestar corpo e voz. Podemos considerar que esse paciente, inicialmente, não reconhece os limites. Depois, no segundo momento, ele reconhece o limite da própria voz, mas não efetivamente o limite da vida. Mas se no *corpo de empréstimo*, o empréstimo de corpo e voz é para o campo da linguagem, a fala do paciente, ao me tocar como pessoa, me faz pensar que a voz e o corpo a emprestar eram meus. A sua fala causou uma espécie de invasão. Quando a fala do paciente invade minha posição de analista e toca a minha pessoa, ele toca também o fato de que, enquanto pessoa, eu tenho posição política. O que estou tentando dizer é bem delicado, pois não quero de modo algum levar o (a) leitor (a) a supor que não se deve atender alguns pacientes ou de que eu não atendo pacientes com uma posição política diferente da minha. Em um posicionamento ético, eu atendo, já atendi em outros momentos e contextos, e o próprio paciente do caso não deixou de ser atendido.

Não à toa, quando escrevi logo acima sobre o empréstimo de voz, eu escrevi a palavra “minha” e grifei. Essa invasão no meu semblante, compromete o movimento analítico do empréstimo. Seria um empréstimo de algo meu para ele. Desse modo não podemos pensar em uma posição desimplicada do analista. Recordemos que, desde a teorização freudiana, o analista está no lugar do opaco, e, com Lacan, se trata de uma posição, posição marcada pela radicalidade de fazer semblante de objeto *a*. Deste modo, as formulações teóricas nos advertem que cabe ao analista se abster da própria subjetividade, valores, crenças e julgamentos. Mas como saber reconhecer os nossos limites? Do ponto de vista da dinâmica da transferência, como

reconhecer nossos limites éticos? Não esqueçamos que para encarnar tal posição é com o seu ser, com a sua pessoa que se paga: “[...] pagar também com sua pessoa, na medida em que, haja o que houver, ele a empresta como suporte aos fenômenos singulares que a análise descobriu na transferência” (Lacan, 1958/1998, p. 593).

Será que é sempre possível para um(a) analista colocar algo de si no campo transferencial? No caso dessa pesquisa, esse “algo de si” teria de ser o empréstimo de corpo e voz a todos os casos que atendeu? A todos os momentos em que um familiar não conseguisse escutar direto a voz do paciente do outro lado da tela? Não! Até porque, nessa prática na UTI COVID, a praticante de psicanálise, enquanto psicóloga hospitalar da equipe, realizava um vasto número de videochamadas entre paciente e familiares, independentemente de serem atendidos por ela.

Lacan (1958/1998), em *A direção do tratamento*, chama a atenção para o manejo da transferência à medida que uma análise se desenvolve: “o analista lida alternadamente com todas as articulações da demanda do sujeito. Mas só deve, como diremos mais adiante, responder aí a partir da posição de transferência” (p. 625). Nessa direção, as provocações de Prado et al (2021), discutidas no marco teórico, nos permitem aproximar o manejo da transferência e o corpo do(a) analista. Ao compreenderem o corpo do(a) analista enquanto “lugar de depositário da transferência”, os autores advertem que não se trata de uma anulação corporal, mas sim de uma posição ética. Nesse ponto, ao falarem “corpo que escuta” para se referir à posição do analista, partem do pressuposto de que o analista tem um corpo.

No momento clínico referido, a fala do paciente me atravessou como pessoa e afetou meu corpo, sobretudo quando recebi o pedido de emprestar minha voz a ele. Nesse sentido, recorro das palavras de Domiciano (2021): “Reduzir o analista a sua função, recusar sua pessoa, sua história, sua erótica, é também descarná-lo em prol de uma função lógica abstrata e idealizada (Domiciano, 2021, p. 325). Se o limite incide e afeta a pessoa do analista, é importante que o(a) analista não perca de vista sua posição ética, ao se saber atravessado como pessoa. Nessa experiência, não foi possível emprestar corpo e voz, na medida em que seu corpo foi afetado.

É por essa última colocação, do corpo afetado da praticante, que darei seguimento aos outros dois pontos propostos para discutir os limites do empréstimo. Esses próximos pontos diferem da perspectiva de discussão feita até então, que considerava o lugar do corpo da praticante dentro da cena analítica no manejo com o paciente, em um momento clínico específico. O que proponho partilhar agora se refere ao lugar do corpo da praticante fora da cena analítica, mas dentro da UTI COVID.

Recordo ao(à) leitor(a) que as questões sobre o corpo apareceram para mim desde o início da pandemia. Perguntas do tipo: Como meu corpo suportaria o que estava por vir? E se eu me contaminasse e levasse o vírus para dentro de casa? Como sustentar uma posição de semblante de objeto quando estou atravessada por medo, angústia e ameaça de contaminação?

De início, havia em mim um dever ético: estar ao lado, em escuta e acolhimento, daqueles sujeitos em sofrimento que carregavam no corpo uma doença completamente nova para todos. Lançar-me a esse dever ético e a forma como isso foi feito colocam-se relação com a minha pessoa, com o meu estilo, de maneira que foram necessárias muitas sessões de análise pessoal para sustentar essas ações. Como se a convocação ética fosse mais alta que a incidência do medo e da angústia que me atravessavam. Ou talvez isso tenha relação com o desejo do analista. Entretanto, no momento dos atendimentos aos pacientes, havia uma espécie de suspensão desses atravessamentos.

Aqui apresento o “outro lado” do momento clínico, discutido no tópico *Corpo a emprestar*, que envolveu a videochamada entre a familiar e a paciente, em que a familiar pôde reconhecer e elaborar, através da marca das unhas vermelhas, que, de fato, era a paciente ali. Lembremos que essa cena clínica aconteceu na primeira videochamada que eu realizei com paciente em ventilação mecânica. Antes ir ao leito, a médica plantonista, a fisioterapeuta, a enfermeira e a técnica de enfermagem estavam comigo, disseram que queriam me acompanhar na paramentação, se estaria “tudo certo”. Nesse momento, a enfermeira – figura que tínhamos uma ótima relação de trabalho, e nos queremos muito bem como pessoa – me disse: “*eu sei que os atendimentos levam tempo, mas tente não demorar dentro do leito, agora é diferente*”. Fiz aquela videochamada com o meu corpo todo revestido de EPIs, então, quando nas discussões acima sobre elementos de fronteiras, pedaços do corpo da praticante, é preciso ter a imagem de que são: mãos com duas luvas; braços com duas capas, voz dentro da máscara, olhar por trás dos óculos de proteção e rosto inteiro atrás da *faceshield*.

Ao terminar a chamada e sair do leito, lá estavam elas se reaproximando, para acompanharem os passos da desparamentação. Nesse momento, o que ocorria não se limitava à transferência de trabalho; se tratava de um gesto de cuidado. E são gestos assim, dirigidos à pessoa da praticante, que me faziam olhar de volta para o meu corpo, que não estava ali apenas como praticante, a serviço da posição de analista, de presença de analista, de empréstimos. Meu corpo precisava ser devidamente protegido, precisava não se contaminar com o vírus, precisava sobreviver. Olhar para o próprio corpo, dentro de uma UTI COVID, faz você se deparar com a própria finitude ou, a depender da neurose de cada um, faz você se ver como um vetor de contaminação, entre outras leituras possíveis.

Eu diria que, trabalhar em uma UTI COVID faz você olhar para seu corpo – em sua materialidade corpórea - nos mais diversos momentos: antes de entrar na unidade, ao fazer o passo a passo da paramentação; dentro da unidade, ao fazer a dupla camada de EPIs para entrar e sair de um leito; ao olhar os colegas paramentados à sua volta; ao se deparar com a agudeza dos sintomas da doença no corpo dos pacientes, no limite desses corpos; ao se desparamentar, ver suas mãos enrugadas, as marcas da máscara no rosto... a verdade era que, mesmo saindo do espaço físico da UTI, não era possível sair do contexto da pandemia. Ela estava em todo lugar.

Então, como sustentar uma posição de semblante de objeto quando estou atravessada por medo, angústia e ameaça de contaminação? Diria que: 1) o medo e a angústia de contaminação não deixaram de existir, mas através do trabalho contínuo de análise pessoal eles puderam ser acolhidos, escutados, permitindo redimensioná-los em momentos de sustentação da clínica; 2) respondendo de forma franca e humilde, nem sempre foi possível sustentar a posição de analista com tantos atravessamentos e angústias. Alguns casos nos mobilizam mais, tocam na pessoa do praticante. Por isso é muito importante que não sejamos solitárias na práxis, que tenhamos parcerias de trabalho. Que possamos reconhecer nossos limites e sair de cena para que outra colega possa realizar o trabalho, o que permite reconhecer o valor do trabalho em equipe em situações limite.

Como dobradiça, em movimento, podemos pensar o corpo da praticante, em alguns casos, posicionado analiticamente, a serviço do empréstimo de corpo e voz no manejo clínico com paciente e família; em outros momentos, fora dessa função, como posse, ainda que imaginária, da pessoa da analista. Ao estar na UTI COVID, realizando atendimentos, videochamadas, podemos pensá-lo como um *corpo testemunha*: testemunha de sofrimentos, do limite dos corpos, de tantas mortes. *Corpo testemunha* desse horror da pandemia COVID-19.

Chego então, ao último ponto que propus para falar dos limites: o fio de escrita da elaboração do luto. Eu escolhi falar sobre isso, aqui, em uma pesquisa acadêmica, porque ele é um dos fios de elaboração que costuram a minha escrita, em um tempo simultâneo à minha prática clínica na unidade COVID. Desse modo, pode não se tratar de formulações teórico-clínicas, mas dirá sobre a posição de escrita da pesquisadora, porque qualquer escrita que derive desse tempo carrega o meu luto, como tenho carregado o luto com todo o meu corpo.

No ano de 2021, durante alguns meses, eu vivi a experiência simultânea de estar trabalhando em unidade COVID e acompanhar minha tia-avó Maria, hospitalizada nesse contexto. Minha tia foi internada no mesmo hospital em que eu trabalhava, em uma UTI vizinha à minha. Esse fato carrega de início um certo privilégio de que, por eu trabalhar em setor covid, eu poderia vê-la, estar com ela. Ademais, essa era uma unidade que eu também circulava, eu

tinha pacientes por lá. Esse fato já torna minha experiência muito diferente das outras pessoas que não puderam visitar os pacientes, devido às normativas sanitárias. Mas, ao mesmo tempo que esse privilégio existia, isso me consumiu de uma forma sem medidas.

Durante esse período, diria que senti na pele o outro lado: ser familiar de alguém com COVID-19. Decerto que pude ter o privilégio de estar com minha tia, acompanhá-la corpo a corpo. Mas esse período custou ao meu corpo um preço que a minha pessoa não pôde mais pagar. Demandava um trabalho que eu chamo de *vai e vem de posição*. Por incontáveis vezes, enquanto estava na posição de praticante de psicanálise, atendendo pacientes ou favorecendo uma videochamada entre paciente e familiares, logo em seguida, eu estava na posição de familiar. Via sua condição limítrofe de respiração, recebia notícias médicas difíceis, escutava a voz dela, quase inaudível dentro de uma máscara *fullface*, segurava sua mão, e respondia com frequência à sua pergunta – a mesma que os pacientes me faziam – “eu vou morrer?”.

Acompanhar de perto a hospitalização de minha tia me colocava no lugar de sujeito, o que me fazia sentir mais medo, mais angústia. Me fazia pensar que dentre tantas mortes que eu via todos os dias, em algum momento poderia ser a dela. Esse intenso trabalho psíquico de *vai e vem de posição* me deixou marcas profundas e instalou em mim uma urgência de saída do trabalho em hospital. Era o limite do meu corpo, era o meu limite. Apesar de ter me demorado no reconhecimento dos meus limites, quando finalmente pude olhar para eles e respeitá-los, abri espaço para que renascesse em mim um desejo antigo, o desejo de fazer mestrado, de apostar seriamente no percurso acadêmico como uma via de transmissão da prática psicanalítica. Nessa direção, através da minha análise pessoal, pude fazer um deslizamento desse empuxo ao dever ético que de início se lançou na prática, na “linha de frente” de uma unidade COVID, para o dever ético de transmitir essa experiência. De tentar transmitir esse impossível de transmitir de uma clínica psicanalítica com pacientes em unidade COVID-19.

Assim, com a franqueza das discussões construídas nesses capítulos, me encaminho para as considerações finais desta pesquisa, ou como prefiro pensá-las: um rumo! Nessa passagem para a última parte da pesquisa, faço das palavras de Lacan (1967/2003) na *Proposição 9 de outubro*, um farol: “[...] não basta a existência de um dever para que ele seja cumprido. É por intermédio de sua hiância que ele pode ser posto em ação, e o é toda vez que se encontra o meio de utilizá-la” (p. 251).

“FAZER DE UM CHÃO DE LETRAS, UM RUMO”

Escreva-te: é preciso que seu corpo se faça ouvir

(Hélène Cixous, *O riso da Medusa*)

Considerar finais, a partir de um rumo. Afinal, toda essa experiência começa ao tomar como rumo o dever ético de estar ao lado dos sujeitos em sofrimento. De apostar, sobremaneira, na prática da psicanálise, apesar do medo diante de um desconhecido invisível⁴¹, sobretudo, por causa do horror do real da pandemia COVID-19.

Essa história tem seu início há quatro anos. De modo que a pesquisadora viveu diferentes posições nessa trajetória. De início, como praticante de psicanálise que atuava em unidade de referência COVID-19. Em seguida, na posição de supervisionanda, momento este que funcionou como leitura retrospectiva do que se fez na prática, e que permitiu tecer suas inquietações clínicas. Em um terceiro tempo, como pesquisadora, quando as inquietações tornaram-se problema de pesquisa e se endereçaram à Universidade, apontando os rumos de transmissão dessa experiência. No tempo em que me encontro - a *posteriori* dos atendimentos e da supervisão clínica - na posição de analista-pesquisadora, encontro-me a serviço do escrever. Marguerite Duras (1993/2021) em seu livro “Escrever” nos lembra que: “Não podemos escrever sem a força do corpo” (p.34). Corpo emprestado ao campo da linguagem, durante a prática clínica. Corpo que agora sustenta o ato de escrever, de tentar transmitir a prática psicanalítica em situações clínicas limites.

Essa pesquisa surgiu da experiência clínica da pesquisadora com pacientes em UTI COVID-19, mais especificamente, com os pacientes críticos. Diríamos que ela nasceu *defronte*⁴² do limite. À medida que a pesquisadora se deparava com a agudeza dos sintomas respiratórios da doença sobre os corpos dos pacientes e com a impossibilidade de contato entre os pacientes e suas famílias, sentia que sua presença, enquanto analista, foi sendo convocada de modo mais físico nos atendimentos e momentos de videochamadas. Sobre esse limite do

⁴¹ Essa perspectiva do “invisível” sobre a pandemia COVID-19 se apoia na dissertação da psicóloga Laís Vilasbôas (2023) “Recontar o invisível: experiências de luto por COVID-19”.

⁴² Provocamos um jogo com as palavras “defronte” que pode significar diante, em frente, em situação fronteira, e dentro dessa palavra, destacamos a palavra “*front*” que pode significar estar posicionado de frente a algo ou que faz referência a linha de frente em um confronto militar.

corpo, um paciente mergulhador me disse uma vez, com palavras quase inaudíveis, que quando a máscara de oxigênio saía do lugar e o ar escapava, era como sentir a vida escapando. Era como estar embaixo d'água, lá no fundo mar, naqueles 40 segundos de retorno à superfície. Era estar sempre no limite dos 40 segundos. De forma que esses limites ditaram também os limites da clínica. Assim, era urgente reinventar modos de praticar psicanálise naquele cenário.

Este trabalho propôs investigar, justamente, as apostas de reinvenção da praticante, agora pesquisadora; a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico ao paciente crítico por COVID-19. De maneira que *corpo de empréstimo* foi a nomeação criada pela praticante-pesquisadora para tentar dizer sobre essa função. Sobre os objetivos específicos propostos, retomemos os dois primeiros: I) Caracterizar as transformações do trabalho da psicóloga no hospital em uma UTI COVID-19, em articulação com a teoria psicanalítica e II) Descrever a entrada dos dispositivos virtuais como ferramenta de comunicação e intervenção clínica junto a pacientes hospitalizados em razão da COVID-19. Compreendemos que as discussões sobre eles foram construídas de forma *moebiana*, ao longo de diversas passagens da pesquisa. Desde a introdução, a pesquisadora, ao relatar a chegada da pandemia no hospital que trabalhava, caracteriza as transformações do trabalho da psicologia no seu cenário. Características que são marcadas pelas normativas sanitárias, com mudanças na dinâmica da unidade, no uso de EPIs, na formulação de novos fluxos assistenciais para atendimento de pacientes e familiares, e, nesse ínterim, a inclusão do uso dos dispositivos virtuais como ferramenta de sustentação do seu trabalho.

O segundo objetivo específico - a entrada dos dispositivos virtuais - contou ainda, com uma maior contemplação no capítulo sobre “A Prática *Psi* no hospital”, destinado a apresentar a revisão de literatura dessa pesquisa. Pudemos ver que o fio em comum que conecta todas as produções – internacionais e nacionais – é o uso dos aparelhos tecnológicos a favor das intervenções e sustentação das práticas clínicas.

A revisão de literatura objetivou mapear as produções do campo da psicologia e da psicanálise acerca das possíveis intervenções durante a pandemia em contexto hospitalar de forma a contextualizar as práticas clínicas no cenário pandêmico. Em um panorama geral a metodologia da maioria dos trabalhos é de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. Na literatura internacional as produções chinesas aparecem como as primeiras referências de estudos para pensar as intervenções psicológicas no cenário pandêmico. No Brasil, o campo da psicologia hospitalar é o que reúne maior número de publicações, acrescido a manuais de

diretrizes, recomendações e cartilhas de orientações, enquanto as produções psicanalíticas no hospital encontram-se em número ainda reduzido.

Ao analisarmos a literatura psicanalítica, as produções estão direcionadas a experiência da clínica *online*, bem como discutir presença e virtualidade do corpo do analista e do paciente sobre a tela. Esta perspectiva permite orientar teoricamente o praticante da psicanálise no hospital, mas não contempla francamente sua experiência, em especial quando o corpo do praticante está em presença física no atendimento. Nessa medida, para aprofundarmos a nossa discussão e alcançar o nosso problema de pesquisa, recorreremos a uma breve revisitação na literatura psicanalítica sobre os usos do corpo na experiência analítica. Este percurso permitiu localizar produções sobre o corpo do analista em outras práticas clínicas – não apenas no hospital –, na clínica com crianças e como acompanhante terapêutico (AT), contribuindo para nossas formulações teórico-clínicas sobre o *corpo de empréstimo*.

Sublinhamos que esse percurso construído para a revisão de literatura buscou atender à especificidade do problema de pesquisa, que enlaça a clínica psicanalítica à experiência no hospital durante a pandemia. Ao nos depararmos com a escassez de produções sobre o corpo do analista, compreendemos que seria necessário um trajeto que costurasse a prática *psi* em contexto hospitalar durante a pandemia e as produções psicanalíticas sobre a clínica nesse período, de forma a contextualizar onde e como a prática clínica dessa pesquisa está situada.

Destacamos, a importância de que os profissionais *psis* possam seguir produzindo conhecimento científico de suas práticas clínicas à luz de suas experiências. Nessa direção, tendo em vista a diferença no número de produções, provocamos os praticantes de psicanálise que atuaram em hospital nesse contexto a escreverem sobre suas experiências em articulação com a teoria psicanalítica, apostando na transmissão da psicanálise.

As transformações do trabalho *psi* em hospital e a entrada dos dispositivos virtuais também fizeram parte da escrita dos recortes clínicos do traço do caso, de tal maneira que compuseram as cenas clínicas, as discussões e formulações teórico-clínicas do traço do caso. Nesse ponto, alcançamos o terceiro e último objetivo específico da pesquisa: articular as noções de corpo, posição do analista e desejo do analista em relação aos casos clínicos.

Consideramos que esse terceiro objetivo específico comporta um enlaçamento com o objetivo geral da pesquisa, e define o marco teórico e a escolha do método. No que concerne ao marco teórico, apresentamos a leitura psicanalítica do fenômeno da pandemia, tendo em conta a perspectiva dos corpos. A partir dessa leitura, observamos que corpo, angústia e pandemia encontram-se entrecruzados. A pandemia COVID-19 é, também, um acontecimento no corpo. A preservação da vida implicava o isolamento dos corpos. Nesse

sentido, considerando o objetivo dessa pesquisa, assumimos como conceitos basilares: a concepção de corpo em psicanálise e o conceito lacaniano de posição do analista.

Tendo em vista que o corpo não chega a ser propriamente um conceito na teoria psicanalítica, traçamos um caminho que foi de Freud a Lacan, a fim desenvolver um percurso teórico com noções fundamentais que permitissem pensar a construção corporal nos sujeitos. Se essa pesquisa surge da confrontação com os limites dos corpos dos pacientes, não se limita a isso, o que tornou necessário buscar uma sustentação teórica para dizer de que corpo estamos falando, ou melhor, qual discursividade sobre o corpo esta pesquisa adota.

Nesse ínterim, chamamos a atenção para o fato de que, o aparecimento do corpo na teoria psicanalítica está ligado ao corpo de quem ocupa a posição de paciente. E o corpo do analista? Assim, admitimos como ponto de partida que um(a) analista tem um corpo, entretanto, nos deparamos com teorizações que dizem do analista a partir de um lugar, do opaco – perspectiva freudiana – e de uma posição – perspectiva lacaniana. Mas e a sua pessoa, enquanto encarna esse lugar e posição? Na teoria psicanalítica, todas essas principais funções e operações – posição do analista, presença do analista, desejo do analista, lugar de sujeito suposto saber – parecem implicar um certo nível de abstração. A questão é que elas precisam de alguém - um(a) psicanalista - para encarná-las. O que um(a) psicanalista faz com o seu corpo para não se apresentar como pessoa e sim como semblante de objeto *a*?

Lacan (1958/1998), em *A direção do tratamento e os princípios do seu poder*, nos diz que o analista paga caro por isso. E mais! Além de pagar com suas palavras, ele(a) paga também com sua pessoa ao se emprestar como suporte aos fenômenos da transferência. De modo que as funções e operações de: Sujeito Suposto Saber, posição do analista, presença do analista não são correlatas à pessoa do analista. É preciso que o(a) analista empreste seu corpo para encarná-las. Se fazemos tanto o uso da palavra “encarnar” nas nossas considerações é por entendermos a implicação na materialidade do corpo do(a) analista para tais feitos.

Se tomarmos o “empréstimo enquanto pessoa” proferido por Lacan, consideramos que na experiência clínica dessa pesquisa, o que a praticante de psicanálise colocou de si no campo transferencial foi o empréstimo de corpo e voz. Por tais considerações, concordamos com Domiciano (2021) de que essa formulação lacaniana coloca em questão a noção de pessoa do analista, e, nesse ponto, sublinhamos a relevância teórico-clínica da tese desse autor, tanto para as contribuições desta pesquisa, quanto para os avanços de produção sobre esse tema para o campo psicanalítico. E, nesse sentido, acreditamos que a nossa pesquisa possa contribuir também para tais avanços. Nessa direção, destacamos a importância de produções teóricas sobre a pessoa e o corpo dos(as) psicanalistas dentro do enquadre clínico. E arriscamos aqui a levantar

uma inquietação ou podemos dizer, um rumo: Como pensar o corpo do(a) analista na direção do tratamento, na direção da cura, levando em conta seus mais diversos cenários de prática clínica? Afinal, o(a) analista tem um corpo, não só o corpo da linguagem, ele(a) tem um corpo pulsional.

Ao admitirmos que um(a) analista tem um corpo, incluímos nessa escrita o uso dos artigos definidos, por entendermos que falar de corpo e de pessoa do analisa implica falar em gênero, e mais ainda, implica falar em raça, em elementos sociais e históricos. De modo que acreditamos que as futuras produções psicanalíticas sobre a pessoa e o corpo do(a) analista tenham o compromisso ético-político de teorizar sobre esses marcadores.

Uma última consideração sobre o corpo do(a) analista, antes de passarmos para as considerações sobre o método. Durante uma aula da disciplina “Práticas da letra” com as professoras Lúcia Castello Branco e Suely Aires, discutimos o livro “O escândalo do corpo falante”, de Shoshana Felman., momento em que Suely, orientadora dessa pesquisa, fez um comentário que me inquietou: “só uma mulher para trazer a discussão sobre o corpo desse modo”. De imediato eu me perguntei: o quanto do fato de eu ser uma mulher estaria implicado nessa minha aposta de reinvenção clínica de emprestar corpo e voz? De colocar meu corpo a serviço do empréstimo? Inquietações que me remeteram ao texto de Carla Rodrigues, o “corpo infeliz”, sobre o “contrato de substituição corporal”, um modo de subtração dos corpos a fim de pensar os corpos na esfera doméstica. Sublinho essas inquietações, mas no momento, as deixo como um rumo ainda a ser trilhado.

No que concerne ao método dessa pesquisa, o traço do caso (*trait du cas*) foi apresentado à pesquisadora por sua orientadora, logo nas primeiras orientações de pesquisa. À medida em que dediquei um tempo de estudo ao método, foi se tornando mais evidente a sua escolha diante da característica do objeto desta pesquisa, recordemos: discutir a função analítica do corpo da praticante de psicanálise no manejo clínico ao paciente crítico por COVID-19.

De antemão, sublinhamos as limitações concernentes ao estudo do método: 1) se trata de um método pouco conhecido no Brasil, a exemplo de construção de caso clínico, relato de caso, estudo de caso etc.; 2) o texto principal do traço do caso é escrito em língua francesa e não tem tradução para a língua portuguesa, levando a pesquisadora a arriscar-se nas traduções, motivo que impulsionou a colocar os trechos na íntegra em notas de rodapé; 3) o traço do caso foi inicialmente estruturado como um dispositivo (*Trait du cas*) pelo

psicanalista Dumézil (2010) – existe um dispositivo em atividade em Paris⁴³ –, mas ele também é conceituado enquanto método de trabalho, ficção operatória, sendo por essa última conceituação que ele pode ser utilizado enquanto método de pesquisa. Assim, buscamos indicar a pertinência do traço do caso como método de pesquisa em psicanálise, no âmbito na universidade, e encontramos as pesquisas de Barth (2008), Siqueira (2013), Barros (2015), Wiczorek (2018) e Janovik (2020). E, 4) é importante considerar que o tempo de contato que a pesquisadora teve com o método é simultâneo ao tempo de construção da pesquisa, de maneira que sua apropriação sobre a teoria e prática do traço do caso contém limitações.

Nessa direção, a ideia de como escrever o traço do caso contou com a referência dos próprios autores no livro, e assim buscamos o texto de Mannoni (1991) para conhecer e inspirar. De início, ao rememorar os casos, a escrita começou com grandes relatos, que foram sendo lapidados até o formato que se apresenta na pesquisa. No livro sobre o traço do caso, encontramos minuciosas formulações teóricas sobre esse método de trabalho, entretanto, quando se trata da sua apresentação escrita, há uma liberdade do psicanalista em apresentar um recorte, um momento clínico ou destacar uma frase dita durante um atendimento, sendo importante a localização do traço, daquilo que diz do enigmático do caso e toca do desejo do analista (Dumézil & Bremond, 2010).

À medida que estudava o método, a pesquisadora partilhava com a orientadora a escrita-relato de casos em que houve empréstimo de corpo e voz. Através desse trabalho, formulamos nossa aposta teórico-clínica de que o empréstimo de voz e o corpo da praticante pode ser isolado como o traço, a marca da inventividade da praticante de psicanálise diante dos limites impostos: nos corpos dos pacientes, no impossível do contato entre paciente e família, e, sobremaneira, nos limites da clínica.

O recorte clínico sobre a *voz a emprestar* permitiu abordar a dimensão do ato analítico. Primeiro, o ato de emprestar palavras ao paciente, tendo como efeito a abertura das próprias palavras do paciente, da sua fala, mesmo sem sua voz. Essa abertura da fala do paciente aparece na cena clínica, através dos rabiscos de letras, de maneira que, a praticante costurava letra a letra, juntando-as em palavras e as encadeava para o paciente. A leitura desse ato, encontra seus fundamentos teóricos em duas práticas: 1) no próprio contexto da prática psicanalítica em hospital, em situações limites, como exemplo, pacientes na angústia de desmame da ventilação mecânica, e 2) na prática psicanalítica para aqueles que ainda não falam – bebês e crianças.

⁴³ <http://www.letraitducas.fr/index.html>

Essas duas práticas nos ajudam a repensar o lugar da fala na clínica psicanalítica. Através da prática com aqueles que ainda não falam, podemos aprender sobre a importância do olhar e da voz nos atendimentos, e de que a psicanálise não seria apenas uma prática de escuta, mas também “uma prática de leitura” e de “visibilidade” (Mascarenhas Fernandes, 2009). Com a prática psicanalítica no hospital, vimos que o ato de emprestar palavras não é algo novo, relativo ao contexto de pandemia. A posição do analista por ser pensada no lugar do Outro primordial, emprestando palavras para traduzir ao paciente o que estaria acontecendo com ele no momento (Carvalho, 2000). Para tais práticas acontecerem, é preciso que o(a) analista aposte que há sujeito ali, nas situações limites: no caso da criança e do bebê, um sujeito por vir, e no paciente no hospital, que o sujeito possa advir.

Após esse ato de emprestar palavras, uma nova demanda se instalava: o empréstimo de voz. Dessa maneira, a praticante durante o atendimento, lia as letras-rabiscos do paciente, costurava juntando-as em palavras, as encadeava em frases e emprestava voz às palavras do paciente. Nesse sentido, consideramos que o empréstimo de voz pode ser pensado como uma espécie de prótese desse pedaço exilado do sujeito (sua voz), na medida em que o analista pôde ofertar ao paciente o alcance devido de sua fala e favorecer o seu fazer-se ouvir (Vives, 2018). Podemos ainda acrescentar que a voz da praticante, emprestada ao campo da linguagem, é o elemento de fronteira que faz operar a análise, que faz com que o sujeito continue a falar. Nessa direção, o traço recortado pela praticante em cada caso está referido ao ponto de empréstimo, em seus pedaços: palavra, voz, olhar, toque.

O traço recortado no subtópico sobre *corpo a emprestar* permitiu abordar o lugar do corpo da praticante de psicanálise nos manejos clínicos e apontar questões teórico-clínicas quanto à presença física e virtualidade. No primeiro recorte, *corpo pela metade*, podemos notar o tensionamento de como se fazer semblante de objeto em uma prática clínica que convoca os usos do corpo da praticante em presença física. Nessa prática, com a imposição dos limites corporais ao paciente, a dimensão da corporeidade se desloca e o corpo da praticante de psicanálise pôde operar como suporte da demanda do paciente; como suporte a esse corpo desenlaçado que pedia contorno. Por considerarmos esse deslocamento da dimensão corporal, apostamos na topologia para construir nossas formulações teórico-clínicas.

Na especificidade do recorte do *corpo pela metade*, em que se tratava do encontro de corpos em presença física, o corpo da praticante pode ser pensado como presença necessária que provê apoio e consistência fálica para a restauração da imagem do paciente (Rosa, 2021) e um elemento de fronteira a emprestar-se como alteridade corporal.

Quando chegamos ao recorte do traço da *unha vermelha* e das situações de videochamadas em que aconteciam os rituais de despedida, a virtualidade entra em cena e compõe mais um elemento no manejo clínico. Na videochamada estavam: a escuta à família – de forma virtual - observando pela tela do *tablet* as expressões e demonstrações dos familiares; o manejo com o dispositivo virtual; e os gestos, toques e palavras sobre o(a) paciente a pedido da família. Podemos então, nesses casos, considerar o *corpo a emprestar* como um empréstimo das pulsões – voz e olhar – dos pedaços do corpo da praticante (mãos, braços) como elementos de fronteira, em termos topológicos, um entre a virtualidade e a presença física no toque dos corpos dos pacientes.

Sustentamos a posição de que o *corpo de empréstimo*, enquanto operador tático, não é aplicável a todas as situações clínicas limites que a praticante de psicanálise se deparou na UTI. Por duas razões: 1) nem toda situação crítica demanda empréstimo; e 2) corpo da praticante encontra seu limite. Nessa via, a pesquisadora buscou partilhar com franqueza as formulações possíveis sobre os *limites do empréstimo*, levando em consideração a hiância temporal de elaborações sobre essa experiência. A pesquisadora inicia a escrita do limite do empréstimo com um recorte de um caso para apontar o que, do encontro com esse paciente, atravessou a praticante em sua posição de analista, convocando-a, escancaradamente, enquanto pessoa. Em seguida, ela propôs discutir o limite da pessoa da analista por duas perspectivas: 1) a praticante se deparar com seu próprio corpo; e 2) ter vivido, simultaneamente por um tempo, a experiência de estar como praticante em UTI COVID-19 e ser familiar de paciente hospitalizada nessa condição. Consideramos relevante sublinhar que a escrita desse tópico não se encerra no tempo dessa pesquisa: ainda há palavras por dizer, por vir, por escrever. Nesse ponto, tocamos na importância do tripé analítico – análise pessoal, supervisão e formação teórica – para o percurso de cada praticante de psicanálise e a sustentação do desejo.

Assim, *a posteriori*, o *corpo de empréstimo* pode ser isolado como o traço dos casos, o traço como um *destaque*, tanto no trabalho teórico-clínico quanto analítico, de “pedaços do real que pertencem tanto ao analista quanto ao paciente” (Dumézil & Brémond, 2010). O *corpo de empréstimo* pode ser considerado como um operador tático encontrado pela praticante de psicanálise para fazer operar o desejo do analista diante de situações clínicas limites. Nesse sentido, a ideia da dobradiça nos permite pensar o movimento clínico do empréstimo de corpo e voz, em situações clínicas onde o movimento do empréstimo era possível ou em situações em que o movimento foi impedido, em seu limite.

A inventividade nessa “prática psicanalítica limite”, no caso a caso, no um a um, tem a marca do desejo do analista, sua posição de não recuar e apostar de que há sujeito ali nas

situações clínicas limites, de que o encontro com um analista pode produzir no sujeito o deslizamento do emudecimento diante do horror à palavra por vir. Enquanto praticante-pesquisadora, me arrisco a dizer que o que poderia ser incorporado por um(a) psicanalista - na prática psicanalítica e na escrita de sua transmissão - é a disposição. Diz posição. Posição de dizer. Um(a) analista disposto(a): “Para afinal fazer, de um chão de letras, um rumo” (Castello Branco, 2019, p. 51). Atos de reinvenção.

Assim, à medida em que essa pesquisa foi construída, a pesquisadora pode observar um certo deslizamento de sua posição; se a experiência clínica dessa pesquisa começa ao tomar como rumo o dever ético de estar ao lado dos sujeitos em sofrimento, o que se inscreve sobre ela de efeitos de escrita é um deslizamento de um dever para um devir. Devir, vir a ser, tornar-se, um movimento (s)em interrupção. Deleuze (1997) nos diz que “escrever é um caso de devir”. Dessa maneira, traço um rumo: de um dever ético na prática sustentada no hospital ao devir da escrita de transmitir a prática psicanalítica, e que essa, possa dialogar de modo consistente e generoso com outros saberes. Aposto ainda que a elaboração dessa experiência singular tenha a possibilidade de generalização, não para todos, mas para alguns, gerando efeito de transmissão.

É por nossa aposta de diálogo da teoria psicanalítica com outros saberes que acreditamos que tecer uma investigação científica do fenômeno coronavírus é, em primeira instância, dar testemunho ético e histórico à humanidade. Na aposta de que os profissionais da saúde possam biografar e produzir conhecimento científico, à luz de suas experiências, sobre o potencial traumático da pandemia. Por fim, acreditamos que as formulações teórico-clínicas dessa pesquisa possam contribuir com o compromisso ético da psicologia e da psicanálise diante do advento da pandemia e suas convocações de reinvenção da clínica.

REFERÊNCIAS

- Abreu, I. G. H (2012) *Ecossistemas de si: o corpo do analista como semântica do sensível*. (Tese de doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasil.
- Aires, S. (2005). Da quase equivalência à necessidade de distinção: significante e letra na obra da lacan. *Revista do Gel*, Araraquara, v. 2, p. 215-230.
- Aires, S. (2014). Corpo e afeto: considerações lacanianas. *Revista Diálogos Possíveis*, Salvador, ano 13, nº 2, p. 43-55, jul./dez.
- Aires, S. (2018). Endereçamento, reconhecimento e transmissão: um caso clínico em psicanálise. In N. V. A. Leite, M. M. Moraes. & J. G. Milan-Ramos (Org), *O caso entre exceção e transmissão*. (pp. 179-188). Campinas, São Paulo: Mercado de letras.
- Aires, S., Moscon, B., Chamusca, C. M., Mignac, L., Guerra, L. C. (2021). Experiências de atendimento online a crianças e adolescentes em tempos de COVID-19. *Revista Estilos da Clínica*, 2021, V. 26, nº 2, p. 283-296. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v26i2p283-296>.
- Almeida, L. S. D. N., Pinto, P. S., & Dias, T. S. (2022) O corpo do analista na clínica psicanalítica com crianças autistas. *Rev. Psicol Saúde e Debate*. Abr., 2022:8(1): 378-395. Doi: 10.22289/2446-922X.V8N1A22.
- Almendra, S. F., Santos, T. C., Moreira, M. I. R. & Castro, M. G. S. R. (2020). Psicanálise aplicada ao contexto hospitalar: intervenções em tempo de pandemia Covid-19. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(29), 92-102. Doi: 10.17852/1809-709x.2020v15n29p92-102.
- Al-Refae M, Al-Refae A, Munroe M, Sardella NA & Ferrari M. (2021) A Self-Compassion and Mindfulness-Based Cognitive Mobile Intervention (Serene) for Depression, Anxiety, and Stress: Promoting Adaptive Emotional Regulation and Wisdom. *Front. Psychol.* 12:648087. doi: 10.3389/fpsyg.2021.648087.
- Andrade, E. V. (2020). Desafios e possibilidades do cuidar no limite do viver-morrer: uma costura entre a experiência na linha de frente da pandemia de COVID-19 e conceitos psicanalíticos. *Cad. Psicanál.* (CPRJ), Rio de Janeiro, v. 42 n. 43, p. 75-90, jul./dez.
- Askofaré, S. (2010). Do corpo... ao discurso. *TransForm. Psicol.* (Online), São Paulo , v. 3, n. 2, p. 84-92. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/transpsi/v3n2/a06.pdf> .
- Barcellos, C e Xavier, D. R. As diferentes fases, os seus impactos e dos desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. *Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 221-226, abr.-jun. Recuperado de: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3349/2514> .

- Barth, Luis. (2006). *Da figuração à transfiguração da fantasia na construção do caso: as ficções metapsicológicas*. (Tese de doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia, Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Brasil.
- Birman, J. (2021) *O Trauma na pandemia do novo Coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bernardino, L. (2010). O traço do caso na clínica psicanalítica com crianças e adolescentes. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. - Vol. 1, n. 1 (1990). - Porto Alegre: APPOA.
- Brousse, M-H (2014). Corpos lacanianos: novidades contemporâneas sobre o Estádio do espelho. *Opção Lacaniana* online. Ano 5, número 15, novembro. Recuperado de: http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_15/corpos_lacanianos.pdf.
- Brousse, M-H. (2020). Solidão dos corpos. *Revista Correio N. 84*. (pp. 25-34). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2020.
- Brunetto, A. (2020). Psicanálise on-line: possibilidades e limites. Fórum do Campo Lacaniano (Org), *Psicanálise e pandemia*. (pp. 95-100). São Paulo: Aller.
- Caderno de Psicologia Hospitalar (2016). *Psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão*. In B. J. Mader (Org). Cutubira: CRP-PR.
- Calazans, R. & Azevedo, E. (2016). “não há tempo... A perder”: questões sobre a atuação do psicanalista no hospital geral. *Vínculo – Revista do NESME*, 2016, v.13, n.1, pp. 56-64. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v13n1/v13n1a06.pdf>
- Castelo Branco, A. B. A & Arruda, K. D. S. A (2020). Atendimento psicológico de pacientes com covid-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo. *Rev. Augustus*. ISSN: 1981-1896. Rio de Janeiro, v.25, n. 51, p. 335-356. jul./out.
- Carvalho, S. C. (2000). Na angústia do desmame – o surgimento do sujeito. In M. Decat de Moura (Org), *Psicanálise e Hospital* (2ª ed, pp. 73-82). Rio de Janeiro: Revinter.
- Capoulade, F. & Pereira, M. E. C. (2020). Desafios colocados para a clínica psicanalítica (e seu futuro) no contexto da pandemia COVID-19. Reflexões a partir de uma experiência clínica. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 23, Set. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p534.6>
- Catunda, M. L., Porto, A. B., Souza, C. B., Nardino, F., Santos L. N. A., Lima, M. E. G. & Araújo, V. S. (2020). Humanização no Hospital: atuações da psicologia na COVID-19. *Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial*. 2020, JAN. JUN.; 14(1): 143 – 147.
- Cevasco, R. (2021). *Passo a passo: rumo a uma clínica borromeana*. São Paulo: Aller
- Crispim, D., Silva, M. J. P., Cedotti, W., Câmara, M. & Gomes, S. A. (2020). *Visitas Virtuais durante a pandemia do COVID-19: dicas para adaptação de condutas para diferentes*

cenários na pandemia. Recuperado de: <https://ammg.org.br/wpcontent/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>.

- Coppus, A. N. S. & Netto, M. V. R. F (2016). A Inserção do Psicanalista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. *Psicologia: ciência e profissão* jan/mar. 2016, vol.36 nº 1, 88-100. doi: 10.1590/1982-3703000322012.
- Coppus, A. N. S. & Pereira, P. T. (2020) O que pode a Psicanálise diante do adoecimento do corpo?: considerações sobre a escuta do sujeito no hospital. *Analytica*, São João del Rei, v. 9, n. 17, p. 1- 17, dez. 2020.
- Costa, M. S. A., Maia, R. S., Martins, A. B. A. A., Vasconcelos, R. R. S., Vasconcelos, A. D. B. & Gomes, A. R. (2022) Experiências de um serviço de psicologia hospitalar no cenário da pandemia de COVID 19. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 30 (1), Jan.-Jun.
- Colao, M. M., Pokorski, M. M. W. F., Fochesatto, W. P. F. & Rabuske, A. S. (2020). Psicanálise ampliada: possibilidades na pandemia. *Estudos de Psicanálise*. Rio de Janeiro-RJ n. 54 p. 37–46 dezembro.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília, DF.
- Dacorso, S. T. M. (2020). Consequências COVID-19: pandemia do olhar e um esgarçamento do enquadre clínico. *Estudos de Psicanálise*. Rio de Janeiro-RJ, n. 54, p. 65–74.
- D’Agord M, (2005). Um método para estudo e construção do caso em psicopatologia. *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1 jan/jun 2005 107-122.
- Darriba, V. A., & Ribeiro, P. B. (2023). A psicanálise inserida no contexto de hospitalização por Covid-19: da transferência ao desejo do analista. In M. V. Brunhari, M. L. T. Moretto, A. M. Kernkraut & L. Barbosa (Org), *Efeitos da Pandemia e Ética do Cuidado na Saúde*. (pp. 159-165). São Paulo: Zagodoni.
- Decat de Moura, M. (Org) (2000). Psicanálise e Urgência Subjetiva. *Psicanálise e Hospital*. (pp. 3-16). Rio de Janeiro: RevinteR.
- Decat de Moura, M. (Org) (2003). Apresentação. *Psicanálise e Hospital – tempo e morte da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: RevinteR.
- Duarte, P. (2022). Medo, morte e vida nua na pandemia. In J. V. Novaes & J. Vilhena (Org), *O corpo que resta... corpo, luto e memória*. (pp. 267-285). Curitiba: Appris.
- Dumézil, C. & Brémond, B. (2010). *L’invention du psychanalyste. Le trait du cas*. Toulouse: Érès.
- Domiciano, J. F. G. M. S. (2021) *Corpos que escutam: função e campo do corpo do analista na experiência psicanalítica*. (Tese Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil.
- D’Onofrio, G., Trotta, N., Severo, M., Iuso, S., Ciccone, F., Prencipe, A.M., Nabavi, S.M., De Vincentis, G. & Petito, A. (2022). Psychological Interventions in a Pandemic Emergency:

- A Systematic Review and Meta-Analysis of SARS-CoV-2 Studies. *J. Clin. Med.* 2022, 11, 3209. <https://doi.org/10.3390/jcm11113209>.
- Dratovsky, C., Sampaio, D., Moura, F., Coelhos, G., Carvalhal, M., Fernandes, M. A. & Fernandes, P. (2021). Quando a psicanálise levanta do divã. In C. Mascarenhas, C. Sampaio, L. Pinto & L. Trace (Coord), *Rede Escuta Clínica: Escritos sobre atendimento psicanalítico durante a pandemia*. (pp. 15-22). Salvador: Pinaúna.
- Dunker, C. I. L. (2017). *A construção de casos clínicos em psicanálise: método clínico e formalização discursiva*. São Paulo: Annablume.
- Dunker, C. I. L. (2020). *A arte da quarentena para principiantes*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C., Perrone, C., Iannini, G., Debieux Rosa, M., & Gurski, R. (2021). *Sonhos confinados: O que sonham os brasileiros em tempos de pandemia*. Belo Horizonte - Minas Gerais: Authêntica.
- Duan, Li & Zhu, Gang (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. vol 7, April. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32085840/>.
- Duarte, A. M. e Cézar, M. R. A. (2020) Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 45, n. 4, e109146, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-6236109146>.
- Faquineti, M. E. T. (2020). Covid-19: experiência enquanto profissional da Psicologia na linha de frente. *CadernoS de PsicologiaS*, 1. Recuperado de <https://cadernosdepsicologias.crprr.org.br/covid-19-experiencia-enquanto-profissional-da-psicologia-na-linha-de-frente>.
- Fanjnwaks, F. (2020). O novo normal: a crise generalizada do real sem lei. *Revista Correio N. 84*. (pp. 57-79). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Fernandes, M. H. (2006). Entre a alteridade e a ausência: O corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, 29(2), 51-64.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 7(1).
- Fingermann, D. T. (2022). O que é um corpo? Como responde a psicanálise? In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Org), *Corpo*. (pp. 25-38). Belo Horizonte: Autêntica.
- Fontaine, A. (1993). *A implantação do significante no corpo*. (V. Veras trad). Artigo publicado originalmente em L'Unebêvue, Paris, nº4, 1993, pp. 81-100. Unibero.
- Freud, S. (2006). Projeto de uma Psicologia Científica. In S, Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão Trad., vol. 1, pp. 335-469). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1985-1900)

- Freud, S. (2006a). Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão Trad., vol. 1, pp. 199-203). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893).
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 6, pp. 13-142). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1905).
- Freud, S. (2006). Recomendações aos Médicos que fazem a Psicanálise. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão Trad., vol. 12, pp. 123-125). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1912).
- Freud, S. (2010). Introdução ao Narcisismo. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 12, pp. 13-50). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2012). Moisés de Michelângelo. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 11, pp. 373-412). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (2011). As Pulsões e seus destinos. In S. Freud, *Obras Incompletas de Sigmund Freud*. (P. H. Tavares Trad., Ed Bilingue). Belo Horizonte: Autêntica. (Obra original publicada em 1915).
- Freud, S. (2014). Conferências Introdutórias à Psicanálise. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 13, pp. 519-544). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1916-1917).
- Freud, S. (2011). Psicologia das massas e análise do eu. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 15, pp. 13-113). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1921).
- Freud, S. (2011). O Eu e o Id. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 16, pp. 13-59). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1923)
- Freud, S. (2010) Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 17, pp. 13-123). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926)
- Freud, S. (2010) O mal-Estar na civilização. In S. Freud, *Obras Completas*. (P. C. de Souza, Trad., vol. 18, pp. 13-121). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1930)
- Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (2020). Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia: *Orientações as/os Psicólogas/os Hospitalares*. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42362>. Acesso em: 20 de março de 2022.
- Gomes, E. C., Reis, J. L. S., Souza, J. S., Pinho, M. R. & Vaz, A. I. A. (2020). *O corpo em psicanálise: algumas reflexões no contexto da covid-19*. Recuperado de:

<https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1458>

- Gomes, D. R. G. & Próchno, C. C. S. C. (2015). O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.3, p.780-791. DOI 10.1590/S0104-12902015134338
- Grincenkov F. R. (2020). A Psicologia Hospitalar e da Saúde no enfrentamento do coronavírus: necessidade e proposta de atuação. *Hu Revista*, (46), 1-2.
- Guerra, A. (2022). Por que a clínica como paradigma da pesquisa psicanalítica? *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 25. n.1 Janeiro/Abril.
- Guillot, C. C. e Serpa, G. C (2020). Principales pandemias en la hisória de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*. 2020;92(Supl. especial):e1183
- Hochman, G. e Birn, A-E. Pandemias e epidemias em perspectiva histórica: uma introdução *Topoi (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 48, p. 577-587, set./dez.
- Izcovich, L. (2020). O corpo na psicanálise. Fórum do Campo Lacaniano (Org), *Psicanálise e pandemia*. (pp. 49-80). São Paulo: Aller.
- Jerusalinsky, J. (2011). A criação da criança: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador: Ágalma.
- Jiang, X., Deng, L., Zhu, Y., Ji, H., Tao, L., Liu, L., Yang, D., Ji, W. (2020). Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Journal Psychiatry Research* 286 (2020) 112903. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32146245/>.
- Jiménez López JL, Pérez-García MI, MirandaDelgado M. Necesidad de equipos de salud mental para pacientes hospitalizados por SARS-CoV-2 y personal de salud de primera línea. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2021;59(4):339-46
- Jorge, M., Mello, D., & Nunes, M. (2020). Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimiento - e luto: afetos do sujeito da pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 583-596. doi: 10.1590/1415-4714.2020v23n3p583.9
- Kuybida, W., Klaine, G. J. & Kurogi, L. T. (2021). Atuação do psicólogo hospitalar na pandemia da covid-19: um relato de experiência. *Cadernos de PsicologiaS*, 2. Recuperado de <https://cadernosdepsicologias.crprr.org.br/atuacao-do-psicologo-hospitalar-na-pandemia-da-covid-19-um-relato-de-experiencia/>.
- Lacan, J. (1949). O estádio do espelho como formador da função do eu. *Escritos*. (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1953). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. *Escritos*. (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1954). *O Seminário livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

- Lacan, J. (1957-58). *O Seminário livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- Lacan, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios do seu poder. *Escritos*. (pp. 591-652). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1959-60). *O Seminário livro 7: a ética na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- Lacan ([1961-62]). *O Seminário livro 9: a identificação*. (inédito)
- Lacan, J. (1962-63). *O Seminário livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2005
- Lacan, J. (1964). *O Seminário livro 11, os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2008.
- Lacan, J. ([1967-1968]). *O Seminário livro 15: ato psicanalítico*. (inédito)
- Lacan, J. (1967). Proposição 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. *Outros Escritos*. (pp. 248-264). Rio de Janeiro: Zahar, 2003
- Lacan, J. (1968). Introdução de Scilicet no título da revista da Escola Freudiana de Paris. *Outros Escritos*. (pp. 288-298). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1969-70). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992
- Lacan, J. (1970). Radiofonia. *Outros escritos*. (pp. 400-447). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1971-72). *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- Lacan, J. (1973). Televisão. *Outros escritos*. (pp. 508-543). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- Lacan, J. A Terceira (1974). Intervenção no VII Congresso da Escola Freudiana de Paris. Roma, 1º de novembro de 1974. *Opção Lacaniana*. n° 62. São Paulo: Edições Eolia, Dezembro de 2011.
- Lacan, J. ([1974-1975]) *Seminário livro 22: RSI* (inédito).
- Lacan, J. (1975-76). *O Seminário, livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- Laurent, É. (2020). As biopolíticas da pandemia e o corpo, matéria da angústia. *Revista Correio N. 84*. (pp. 39-56). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise, 2020.
- Leal, F. (2023). *esse é o som que escreve*. Salvador: Amitiè.
- Leite, N. V. A. (Org) (2018). Entre a exceção e a transmissão. *O caso entre exceção e transmissão*. Campinas. (pp. 9-12). São Paulo: Mercado de letras.

- Leite, C. (2018). Do fim ao começo: máscaras e cordas no contorno do corpo. In N. V. A. Leite, M. M. Moraes, & J. G. Milan-Ramos (Org), *O caso entre exceção e transmissão*. (pp. 205-212). Campinas, São Paulo: Mercado de letras.
- Leite, R. F. (2020). Teoria e técnica psicanalítica em tempos de pandemia: as dificuldades vivenciadas na prática da clínica on-line. *Estudos de Psicanálise*. Rio de Janeiro-RJ. n. 56. p. 151–158.
- Leguil, C. (2022). Presença do psicanalista como testemunha da perda. *Boletim Punctum, número extra*. Recuperado de: <http://encontrobrasileiroebp2022.com.br/editorial-punctum-extra/>
- Leroy, P. (2010). Le trait du cas à l'école du sujet. In C. Dumézil & B. Brémont, *L'invention du psychanalyste. Le trait du cas*. Toulouse: Érès.
- Lessa, A. S. (2020). A morte na Pandemia COVID-19: Articulando a minha experiência da prática psicológica no Hospital com a Teoria da Gestalt-Terapia. *Revista IGT na Rede*, v. 17, nº 32, 2020. p. 33 – 52. Recuperado de: <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526
- Lima, M. J. V., Gonçalves, E. F. L. M., Vasconcelos, A. B. L. P., Abreu, A. R. S. & Mendonça, S. M. (2020). A esperança venceu o medo: psicologia hospitalar na crise do covid-19. *Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial*. 2020, JAN. JUN.; 14(1): 100 – 108.
- Lima, L. M. C (2018). A clínica psicanalítica no setting hospitalar. *Revista Valore*, Volta Redonda, 3, (1): 361-372, Jan./Jun.
- Liu Z., Qiao D., Xu Y., Zhao W., Yang Y., Wen D., ... & Xu Y (2020). The Efficacy of Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Depressive and Anxiety Symptoms in Patients With COVID-19: Randomized Controlled Trial J Med Internet Res 2021;23(5):e26883. doi: [10.2196/26883](https://doi.org/10.2196/26883)
- López, A. L. L. (2020). Os efeitos da pandemia na instituição e na clínica psicanalítica – trabalhando on-line. *Estudos de Psicanálise*. Rio de Janeiro-RJ. n. 54. p. 25–30.
- Machado, M. & Chatelard, D. (2012). A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. *Tempo psicanalítico*. Rio de Janeiro, v. 44.2, p. 445-467.
- Machado, M. V. & Chatelard, D. S. (2014) O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 14(2): 187-202, agosto.
- Mannoni, O. (1991). A palmatória. *Isso não impede de existir*. (R. Steffen Trad). (pp. 55-72) Campinas, São Paulo: Papyrus.
- Mascarenhas, C. (Coord) (2021). *Rede Escuta Clínica: Escritos sobre atendimento psicanalítico durante a pandemia*. Salvador: Pinaúna.
- Mascarenhas Fernandes, C. (2009). Psicanálise para aqueles que ainda não falam? Aproximações e afastamentos. In E. F. L. de Oliveira, S. S. Ferreira & T. A. Barretto (Org), *As interfaces da clínica com bebês*. (pp. 205-216). Recife: NINAR.

- Mascarenhas Fernandes, C. (2018). A imagem, a letra, a voz e o silêncio na clínica com bebês. In D. B. Wanderley & M. Leitgel-Gille (Org), *É tarde! É tarde? A intervenção a tempo em bebês com risco de evolução*. (pp. 111-126). Salvador: Ágalma.
- Melo, Rainer. (2020). Análise on-line no tempo da pandemia. Fórum do Campo Lacaniano (Org), *Psicanálise e pandemia*. (pp.81-94). São Paulo: Aller.
- Miguel, G., Santos, I., Novais, M., Barbosa, D. & Sousa, L. (2021). *Alcance e assertividade de acolhimentos com o auxílio da psicoeducação como estratégia de humanização em um hospital de urgência de Goiânia durante a pandemia da COVID-19*. Recuperado em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3205>
- Miller, J-A. (2013). Jacques Lacan e a voz. Opção Lacaniana online. Ano 4, número 11, julho de 2013. ISSN 2177-2673
- Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & Ensaios*, 2(32). Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/ae/article/view/8993>.
- Moallem, L. (2003). Psicanálise e Hospital: um espaço de criação. In M. Decat de Moura (Org), *Psicanálise e Hospital* (3ª ed, pp. 23-34). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moreira, M. I. R. & Santos, T. C. (2019) Psicanálise aplicada à instituição: a prática clínica no hospital geral. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*. Rio de Janeiro, 14(28), 125-140, mai. a out.
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"* (Tese doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Moretto, M. L. T. (2013) *O que pode um analista no hospital?* (3º Ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 46.2, p. 287-298.
- Moretto, M. L. T. (2019) *Abordagem Psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Moretto, M. L. T. (2020) *Orientação as psicólogas hospitalares diante à pandemia*. Transmitido ao vivo pelo YouTube em 10 jun 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kqB4QfbZRR0>
- Moretto, M. L. T. & Silva Júnior, N. (2021). Os afetos da pandemia da COVID-19 e a política da imobilização psíquica. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 24(2), 243-250, jun. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2021v24n2p243.1>
- Moretto, M. L. T.; Netto, M. V. R. F.; Pereira, T. S.; Gomes, L. R. S.; Camargo, P. M. P. & Batista, A. L. B. (2021). A psicologia hospitalar no enfrentamento da pandemia covid-19 a partir da psicanálise. In A. Dhiene, *Tópicos Especiais em Psicologia Hospitalar*. (pp. 241-254). Salvador, Sanar Saúde.

- Nascimento, L. M. S., Rodrigues, C. R. & Lacerda, R. M. (2021). Elaboração de um procedimento assistencial, em psicologia hospitalar, no contexto da pandemia do COVID-19. *Revista de Ensino, Ciência e Inovação*. Vol 2, nº 1.
- National Health Commission of China. (2020). A notice on the issuance of guidelines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections. Recuperado de: <http://en.nhc.gov.cn/index.html>
- Nobrega, P. A. (2016). O analista escreve o Traço do caso. In VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, João Pessoa, Brasil. Recuperado de: <http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/VII%20CONGRESSO/ANAI S/Mesas%20redondas/50.2.pdf>
- Novaes, J. V. (2022). Corpo, luto e memória: trauma psíquico e modos de subjetivação na pandemia. In J. V. Novaes & J. Vilhena (Org), *O corpo que resta... corpo, luto e memória*. (pp. 92-13). Curitiba: Appris.
- Nota técnica nº04/2020 da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe as orientações para serviços de saúde: Medidas de prevenção e controle a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). Recuperado de: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>
- Nunes, T. N., Bahnert Junior, E., Silvestrin, F., Bagatin, P. T., & Bento, T. S. (2020). Visitas virtuais: possibilidades de participação das famílias nas UTIs frente à pandemia. *CadernoS de PsicologiaS*, 1. Recuperado de <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/visitas-virtuais-possibilidades-de-participacao-das-familias-nas-utis-frente-apandemia>.
- Organização Mundial de Saúde (2022) *A história do surto de Coronavírus*, Genebra, 2019. Portal da Organização Mundial da Saúde. Recuperado de: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2022). *Histórico da pandemia de COVID-19*. Recuperado de: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
- Oliveira H. A. G., Batista, L. M., Vasconcelos, A. S., Fernandes, D. B. S. & Cavalcanti, U. D. N. T. (2020). Mudanças da atuação multiprofissional em pacientes com covid-19 em unidades de terapia intensiva. *Health Residencies Journal - HRJ*, 1(7), 32–51. <https://doi.org/10.51723/hrj.v1i7.120>.
- Oliveira, W. L. e Rodrigues, A. L. (2014) Sobre a prática psicanalítica em enfermarias hospitalares. *Estudos de Psicanálise*. Belo Horizonte-MG. n. 41. p. 157–166. Julho.
- Pinto, L. (2021). Psicanálise on-line em tempos de pandemia. (2021). In C. Mascarenhas, C. Sampaio, L. Pinto & L. Trace (Coord), *Rede Escuta Clínica: Escritos sobre atendimento psicanalítico durante a pandemia*. Salvador: Pinaúna.

- Pheulpin, M-C. (2019). Quando falta a respiração: a escuta do corpo pulsional. In D. S. Chatelard & M. C. Maesso (Org), O corpo no discurso psicanalítico. (pp. 71-79). Curitiba: Appris.
- Porge, E. (2009). *Transmitir a clínica psicanalítica: Freud, Lacan, hoje*. (V. Veras e P. Souza Jr. Trad.) Campinas: Ed. Da Unicamp.
- Porge, E. (2014). *Voz do Eco*. (V. Veras Trad.). Campinas, São Paulo: Mercado de Letras.
- Prado, C. E. A., Anjos F. M. & Estevão, I, R. (2021). A presença do analista: lugar e função do corpo do psicanalista em diferentes contextos de atuação. *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 24 n.2 maio/agosto.
- Preciado, P. B (2020). *Aprendendo do vírus*. (A. L. Braga e D. Kraus Trad.). Recuperado de: https://pospsi.com.br/wp-content/uploads/2020/09/TEXTOS_7-Paul-B.Preciado.pdf
- Quinet, A. (1991). *As 4+1 Condições de Análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2020). Análise on-line em tempo de quarentena. Fórum do Campo Lacaniano (Org), *Psicanálise e pandemia*. (pp. 13-30). São Paulo: Aller.
- Quinet, A. (2022). *O desejo do analista: final de análise e passe*. Rio de Janeiro: Atos e Divãs edições.
- Resolução nº 466/2013 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as pesquisas em seres humanos e atualiza a Resolução 196. Recuperado de: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Resolução n.º510/2016, de 08 de maio de 2020. nº. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (CHS). Recuperado de: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
- Rentrop, V., Schneider, J. S., Bauerle, A., Junne, F., Dorrie, N., Skoda, E-M., ... & Teufel, M. (2020). Psychosocial emergency care in times of COVID-19: the Essen University Hospital concept for corona-infected patients, their relatives, and medical staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 94:347–350 <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01580-z>.
- Rodrigues, J. V. S., Teixeira, A. C. M. & Lins, A. C. A. A. (2021). Intervenções Em Psicologia Hospitalar Durante a Pandemia Da COVID-19 No Brasil: Uma Revisão Integrativa Da Literatura. *Research, Society and Development* 10.12 (2021): E332101220288. Web.
- Rodrigues, C. (2021) (Org). O corpo infeliz. *O luto entre clínica e política*. (pp. 137-155). Belo Horizonte: Autêntica.
- Rocha, A. P. B (2020). Psicanálise em tempos de pandemia, o que pode o psicanalista? *Revista Brasileira de Psicanálise*. vol 54, n. 2, 59-72. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v54n2/v54n2a05.pdf> .

- Rosa, M. (2021). Lacan e alguns lugares do corpo do analista sob transferência. *Boletim Ecos* nº 3. Recuperado de: <https://www.jornadaebpmg.com.br/2021/lacan-e-alguns-lugares-do-corpo/>
- Rossi, M. D. & Vidal, P. V. (2020) Psicanálise e hospital: considerações sobre a clínica no âmbito da internação hospitalar. *Rev. SBPH* vol. 23 no. 2, Rio de Janeiro – Jul./Dez.
- Rostagnoto, A. (2022). O desejo do analista. Da marca do destino ao destino da marca. In A. Quinet (Org), *O desejo do analista: final de análise e passe*. (pp. 186-197). Rio de Janeiro: Atos e Divãs edições.
- Rudnicki, T & Schmidt, B. (2015). Psicologia da saúde e psicologia hospitalar: aspectos conceituais e práticos. In V. A. Elias, G. H. Perez, M. L. T. Moretto & L. N. F. Barbosa (orgs), *Horizontes da Psicologia Hospitalar Saberes e Fazeres*. (pp. 3-10). São Paulo: Atheneu.
- Sá-Serafim, R., Bú, E. & Lima-Nunes, A. (2020). Manual de Diretrizes para Atenção Psicológica nos Hospitais em Tempos de Combate ao COVID-19. *Revista Saúde e Ciência* online, v. 9, n. 1, Suplemento Janeiro a Abril. Recuperado de: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/401/385>.
- Salgado, J. A. & Coppus, A. N. S. (2020). Percursos e entraves dos psicanalistas nos hospitais. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 16(31), 69-79. Doi: 10.17852/1809-709x.2021v16n31p69-79
- Sanches, D. R. (2022). O corpo e a ética da psicanálise. In D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Org), *Corpo*. (pp. 13-22). Belo Horizonte: Autêntica.
- Shaygan, M., Yazdani, Z. & Valibeygi, A. (2021). The effect of online multimedia psychoeducational interventions on the resilience and perceived stress of hospitalized patients with COVID-19: a pilot cluster randomized parallel-controlled trial. Shaygan et al. *BMC Psychiatry* (2021) 21:93 <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03085-6>
- Silva, K.C.L. & Lima, M.E.C. (2020). A inserção de duas psicólogas residentes em tempos da COVID-19. *Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial*. jan. jun.; 14(1): 95 – 99. Recuperado de: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/316/219> .
- Siqueira, E. R. A. (2013) *Corpo escrito: um estudo psicanalítico sobre nomeações e marcas corporais*. (Tese Doutorado). 150 f. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco. Recife-PE, Brasil.
- Soares, C. P. (2000). Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo. M. Decat de Moura (Org), *Psicanálise e Hospital* (2ª ed, pp. 41-48). Rio de Janeiro: Revinter.
- Soares, B. S., J. & Rodrigues, P. M. (2020). A exigência psíquica dos rituais de despedida diante da morte em uma UTI da Covid-19 (Sars-CoV-2). *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 15(29), 103-117. Doi: 10.17852/1809-709x.2020v15n29p103-117

- Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) (2020). Recomendações aos Psicólogos Hospitalares frente a Pandemia COVID-19. Disponível em: <https://www.sbph.org.br/sbph-recomendacoes-aos-psicologoshospitalares-frente-a-pandemia-do-covid-19/>.
- Souza, N. (Org) (2008). O corpo em psicanálise. *Tornar-se negro ou as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social*. (pp. 155-161). Rio de Janeiro: Zahar.
- Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (2020). Recomendações aos Psicólogos Hospitalares frente à Pandemia do Covid-19 São Paulo, 21 de março de 2020. Recuperado de: <https://sbph.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacao-aos-Psicologos-Hospitalares-frente-a-Pandemia-do-Covid.pdf.pdf>
- Soler, C. (2010). O corpo falante. *Carderno de Stylus*. Revista de psicanálise nº 1, Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.
- Soler, C. (2022). A marca materna. D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (Org), *Corpo*. (pp. 61-76). Belo Horizonte: Autêntica.
- Souza, S. A. R. (2021). Atendimento psicológico aos pacientes em Ventilação Mecânica Invasiva: relato de experiência em uma Unidade de Terapia Intensiva na pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 20265-20275.
- Sun, P., Fan, D-J., He, T., Li, H-Z., Wang, G., Zhang, X-Z., Wu, Y-Q. & Daí, Y-H. (2020). The effects of psychological intervention on anxiety symptoms of COVID19-positive patients isolated in hospital wards. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. doi: 10.26355/eurrev_202101_24421
- Tauber, B. (2010). Un signifiant, un dispositif. In C. Dumézil & B. Brémond, *L' invention du psychanalyste. Le trait du cas*. Toulouse: Érès.
- Venancio, M. F. S. (2021). *30 segundos para se despedir de uma vida inteira: que tempo há para o luto?* Trabalho apresentado no Congresso Virtual UFBA em 22-02-2021. Mesa: A psicanálise a altura da subjetividade em tempos de pandemia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=O-3E-yME-30>
- Verztman, J. & Romão-Dias, D. Catástrofe, luto e esperança: o trabalho psicanalítico na pandemia de COVID-19. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 23(2), 269-290, jun. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n2p269.7>.
- Vicente, S. (2004). “O ato analítico”. In: *Cogito online*. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151994792004000100010&script=sci_arttext
- Vivés, J-M (2018). A voz na clínica psicanalítica. (V. A. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: contra Capa.
- Vivés, J-M (2019). A voz, inquietante extimidade do corpo. In D. S. Chatelard & M. C. Maesso (Org), *O corpo no discurso psicanalítico*. (pp. 23-33). Curitiba: Appris.
- Vorcaro, A. (Org) (2010). *Psicanálise e método científico: o lugar do caso clínico. Pesquisa em Psicanálise: transmissão da Universidade*. Barbacena MG: EDUEMG.

- Vorcaro, A. (2017). Um refrão surdo ressoa no corpo. In C. G. Burgarelli (Org). *Padecer do significante a questão do sujeito.* (pp.115-154). Campina, São Paulo: Mercado de Letras.
- Wieczorek, R. T. (2018) *Escrita da clínica em psicanálise: possibilidades metodológicas.* (Dissertação Mestrado). Programa de Pós-graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Wei, N., Huang, B-C., Lu, S-J., Hu, J-B., Zhou, X-Y., Hu, C-C., ... & Hu, S-H. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *Journal of Zhejiang University-SCIENCE B (Biomedicine & Biotechnology)*. <https://doi.org/10.1631/jzus.B2010013>
- Woong N.L., Ekstrom V.S.M., Xin, X., Lim, C., Boon, E. S. K., Teo, S. W. J., ... Chow, W. C. (2020). Empower to connect and connect to empower: experience in using a humanistic approach to improve patients' access to, and experience of, care in isolation wards during the COVID-19 outbreak in Singapore. *BMJ Open Quality* 2021;10:e000996. doi:10.1136/bmjopen-2020-000996
- Xiang, Y-T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T. & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. vol 7. March. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32032543/>. doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30046-8
- Zamora, M. H., Gomes, S. R. (2022). Do morrer e do resistir na pandemia da covid-19. In J. V. Novaes & J. Vilhena (Org), *O corpo que resta... corpo, luto e memória.* (pp. 206-215). Curitiba: Appris.
- Zanini, A. M., Quiroga, C. V., Berger, D., Silveira, L. H. C., Oliveira, M. L. P., Frizzo, N. S., ... & Prieb, R. G. G. (2021) Atuação da psicologia em um centro de terapia intensivo dedicado para COVID-19: relato de experiência. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, vol 23, nº 1, abril. Recuperado de: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n1a06.pdf>
- Zhou, Xiaobo (2020). Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Journal Psychiatry Research* 286 (2020) 112895. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32120170/>.