

Um encontro entre a Filosofia e a Psicanálise na prática profissional em uma instituição hospitalar

AN ENCOUNTER BETWEEN PHILOSOPHY AND PSYCHOANALYSIS IN PROFESSIONAL PRACTICE IN A HOSPITAL INSTITUTION

*Clarissa Carvalho Fongaro Nars**

*Viviane Cristina Cândido***

RESUMO

Esse ensaio busca realizar uma aproximação entre a psicanálise de Jacques Lacan, a filosofia e suas articulações com as práticas na saúde, precisamente na instituição hospitalar, evidenciando a importância da relação dialógica e da comunicação entre profissional e paciente. Trazemos alguns recortes clínicos que evidenciam as possíveis contribuições da filosofia com o ofício clínico, sem perder de vista que a psicanálise preconiza a impossibilidade de se dizer tudo, há sempre algo que não está sendo dito, dificultando o diálogo. Assim, são apontadas algumas considerações no sentido de destacar como a Filosofia pode ser um instrumento para a *práxis* do psicanalista e dos demais profissionais de saúde, dado que as situações limites no hospital atualizavam a cada vez questões cruciais para a Filosofia, quais sejam, a dor, o sofrimento e a morte.

PALAVRAS-CHAVE: Filosofia da saúde; Relação; Diálogo; Psicanálise; Hospital.

ABSTRACT

This essay seeks to bring together Jacques Lacan's psychoanalysis, philosophy, and its articulations with health practices, precisely in the hospital institution, highlighting the importance of the dialogical relationship and communication between professional and patient. We bring some clinical clippings that show the possible contributions of philosophy to the clinical profession, without losing sight of the fact that psychoanalysis preconizes the impossibility of saying everything, there is always something that is not being said, making dialogue difficult. Thus, some considerations are pointed out to highlight how Philosophy can be an instrument for the praxis of the psychoanalyst and other health professionals, due to the limiting situations in the hospital each time updated crucial issues for Philosophy, as pain, suffering and death.

KEYWORDS: Philosophy of health; Relationship; Dialogue, Psychoanalysis; Hospital.

* Mestra em Ciências pela Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, EPM/UNIFESP, São Paulo, Brasil. Graduada em Psicologia, especialista em Psicologia Hospitalar e formação em Acompanhamento Terapêutico. Pesquisadora do Grupo de Filosofia da Saúde UNIFESP/CNPq – Universidade Federal de São Paulo – EPM/Unifesp, São Paulo, Brasil. clarissa.nars@unifesp.br <https://orcid.org/0000-0002-2137-2706>

** Doutora em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, mestra em Educação, graduada em Filosofia e Pedagogia. Docente adjunto e pesquisadora em Filosofia da Saúde – Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – EPM/UNIFESP. Coordenadora do Grupo de Estudos de Filosofia da Saúde UNIFESP / CNPq, São Paulo, Brasil. candido.viviane@unifesp.br <https://orcid.org/0000-0002-4164-0245>

1. Um preâmbulo psicanalítico

Na Psicanálise lacaniana francesa, costuma-se dizer que o Outro não existe. Com maiúscula, pois se trata de um conceito, que já desde o início de sua teoria Lacan esforça-se em formalizar¹. Tomado em sua radicalidade, esse conceito central de seu ensino e um de seus mais famosos aforismas “o Outro não existe”², instaurará certa marca no campo da comunicação e da relação com o outro para a Psicanálise.

Esse último, não à toa com letra minúscula, para diferenciá-lo do Outro com maiúscula, pois que o “pequeno outro”, oriundo do que Lacan denomina Estádio do Espelho, é o semelhante, especular em relação ao eu, portanto, em sua teoria, fruto de um lugar de ilusões. Assim, para diferenciá-lo do Outro - lugar onde estaria situado o saber sobre si mesmo, no inconsciente³ - o eu da consciência é então, lugar de desconhecimentos e de enganos.

Dessa forma, para Lacan as relações com o semelhante, duais, portanto, ocorrem no registro do imaginário, responsável pelo processo

1 Esse é um conceito que sofre aprimoramentos ao longo do ensino de Lacan, porém pode-se pensar o Outro (leia-se “grande Outro”) como o lugar onde habita a verdade do sujeito, “o grande Outro é a linguagem. O grande Outro é o inconsciente. É uma Outra cena” (Gerbase, 2010, p.26).

2 É dito que não existe, é inconsistente, visto que representa o universo simbólico, como veremos mais adiante, é incompleto, “furado”, portanto, pode representar muitas coisas para o sujeito. Como diz Lacan: “[...] esse grande Outro em sua função, tal como já abordei, não encerra nenhum saber que se possa presumir, digamos, que um dia seja absoluto”. (LACAN, 2008, p. 61).

3 Cujo discurso é o inconsciente, sendo os lapsos, sintomas, chistes, sonhos sua expressão, naquilo que Lacan conceituou como registro simbólico, para diferenciar do imaginário, em que o eu seria fruto de uma identificação com uma imagem ideal, com outro semelhante (RAVASIO, 2016).

de formação do eu, que seria fruto de uma identificação com o outro semelhante. Por outro lado, o inconsciente, onde estaria situado o desejo do sujeito, conteria as verdades sobre ele, que constituem um determinado saber e, por isso, se diz ser o local de um saber e não do desconhecimento, pois aponta para as verdades subjetivas.

Assim, Lacan, que transmitia a Psicanálise a seu estilo valendo-se de diversos aforismas, com esse “o Outro não existe” se esforçava por cunhar, à gente da sociedade psicanalítica de sua época, que não se tratava de trabalhar com o eu, em oposição ao sujeito, esse sim, objeto de trabalho para um analista. Isso é importante em um tratamento psicanalítico, pois daí decorre que ao falar, haveria enganos entre os seres falantes. Esses constituem-se como seres faltantes, porque não é possível se dizer tudo. Sempre algo ficará por dizer. Ao falar, há sempre algo que não está sendo dito.

Para Lacan, nunca se chega exatamente àquilo que se quer falar, como ele mesmo havia emprestado da Filosofia heideggeriana: “o símbolo se manifesta inicialmente como assassínio da coisa, e essa morte constitui no sujeito a eternização de seu desejo” (LACAN, 1998, p. 320). Assim, ao dizer que o Outro não existe, está-se apontando para a falta constitutiva que funda o sujeito desejante.

Como sintetiza Ravasio (2016):

indicamos que a alteridade não é apenas algo que se põe no outro, mas que emerge no sujeito pelo Outro que nos constitui. A possibilidade de reconhecer o outro como alteridade coloca em potência a dimensão dos desconhecimentos que definem o eu. (p. 153)

A relação dialógica é então, problematizada na Psicanálise, na medida que se está falando sempre a partir de uma perspectiva faltante. A inexistência de uma relação que seja total, comprometeria a dimensão do encontro, que se dá sempre de forma incompleta, faltosa. Visto de um certo prisma, portanto, não haveria um encontro possível, bem como as relações seriam incompletas.

Essa diferença, portanto, é importante para pensarmos a discussão que queremos aprofundar neste artigo: uma certa dificuldade basal na relação com o outro para a Psicanálise, por não ser possível dizer tudo. Como fica a comunicação na área da saúde considerando esse prisma? Afinal, embora difícil de estabelecer, a comunicação na saúde precisa ocorrer. Poderia a Filosofia aclarar como essa seria possível?

2. Sobre tornar os encontros possíveis: entre os profissionais e entre os campos

Partimos de um engodo para a Psicanálise, mas que muito se materializa nesse momento: uma relação, o encontro entre as autoras deste artigo. E não à toa iniciamos com esse conceito psicanalítico, pois uma delas é psicanalista e sempre ficara instigada com tais aforismas lacanianos, desde a época de sua graduação em Psicologia.

Assim, encontrando-se aqui entre as autoras, uma psicanalista, que trabalhou durante boa parte de sua carreira em uma instituição hospitalar, vivenciando dramas extremos da existência humana e uma filósofa

que viera atuar na área da Saúde, um diálogo entre as práticas passa a ganhar corpo. Desse fortuito encontro, surgiu a possibilidade de pensarem inúmeras vezes sobre como a Filosofia poderia contribuir para a prática no hospital, dado que em muitos momentos, discutiriam o quanto as situações limites no hospital, atualizavam a cada vez questões cruciais para a Filosofia, quais sejam, a dor, o sofrimento e a morte.

Sobre tais conceitos, Cândido (2020) já afirmara que:

Do ponto de vista especulativo, tem nos ocupado a especificidade de uma Filosofia das Ciências da Saúde capaz de fornecer fundamentos para o pensar acerca de conceitos caros a essa área como, por exemplo, saúde, doença, cura, dor, sofrimento e morte, os quais carecem de uma base epistemológica que tome em conta a nossa condição – a humana. Considerando que a percepção clara dessa condição se dá exatamente nas ações em cuidado e assistência em saúde, onde a dor, o sofrimento e a morte passam a ocupar uma posição privilegiada, exigindo de nós reflexões e ações que possam lançar luzes a situações que parecem intransponíveis, bem como contribuir para uma experiência em que o ser vivente não se despedace, deixamos de lado a especulação para assumir o pragmático, o lugar em que aquilo que pensamos necessita orientar o nosso fazer. (p.153)

Assim, partimos aqui do pressuposto de que a Filosofia pode contribuir para tais impasses - dor, sofrimento e morte - na prática. Ora, se a Filosofia sempre se debruçou sobre esses problemas cruciais da existência humana, não seria mais que adequado ela poder adentrar o ambiente hospitalar, a instituição de saúde em geral? O ambiente da formação em Medicina?

Partindo da hipótese psicanalítica do mal-entendido entre os falantes – já que não seria possível dizer tudo em uma relação, já que ao se comunicar, algo sempre ficaria de fora - para além do método clínico que

traz para os tratamentos, poderia a Filosofia ajudar a Psicanálise a pensar na instituição?

Dessa forma, no que diz respeito à prática na área da saúde, a psicanalista então, pensava ser preciso avançar. Afinal, o próprio conceito de transdisciplinaridade⁴, por exemplo, implica em um imbricamento entre as práticas e por mais dificultoso que pareça praticá-lo, pois lembrem-nos, os encontros são sempre incompletos, na saúde, ao se lidar com a complexidade que é a vida, eles precisam ocorrer. Como esse aqui relatado, entre as autoras.

E assim, a psicanalista, avançando, mas fazendo um retorno a conceitos anteriores do campo da Filosofia – com os quais tivera contato durante sua formação em Psicologia - começou a repensar sua prática na instituição. Claro, ali praticando a Psicanálise, mas tentando também formalizar com outros conceitos, o que seria da ordem de um fazer que carecia de muita formalização, porquanto vivenciava situações que chegavam muitas vezes, ao limite da condição humana.

A prática hospitalar havia me levado a refletir durante anos sobre o trabalho possível com sujeitos em completa vulnerabilidade psíquica, enfrentando diversas situações extremas em suas vidas. Após alguns anos de finda a jornada na assistência e em tantas conversas, é possível pensar então, como a Filosofia poderia ter colaborado mais inclusive para a sua prática multiprofissional na instituição.

4 Como nos lembram Severo e Seminotti (2010) “Esta foi considerada um novo campo de saber, distinto da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, primeiramente, por Jean Piaget, em 1970”. Os autores destacam algo que aqui é relevante, pois “a transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa” (p.1688).

Isso porque, desde 2017 as autoras dialogam sobre a possibilidade do encontro entre tantos conceitos, acerca das reflexões que a Filosofia poderia oferecer no dia a dia da prática hospitalar. Presente desde o momento da criação do que viria a se tornar o Grupo de Estudos Filosofia da Saúde (GEFS – Unifesp/CNPq), repensando através dos conceitos filosóficos a ela apresentados, um enlace entre as duas áreas, parecia inevitável tanto em sua atuação prática, quanto para sua fundamentação teórica.

Antes de seguir, é preciso então citar que, em uma das primeiras conversas sobre tal assunto, um certo filósofo havia encabeçado esse possível encontro. Trata-se de Franz Rosenzweig, que reconstruiu o seu pensamento filosófico, a partir de sua experiência num *front*, na primeira Grande Guerra, justamente ao ver a dor, o sofrimento e a morte de frente e que, tendo presente essa experiência, a propósito justamente do outro, afirmou que o outro é outro exatamente porque fala “Esse alguém é sempre um alguém inteiramente determinado e, diferentemente do público em geral, não tem meramente orelhas, e sim também boca.” (2005, p. 35).

Com essa provocação, passamos a pensar na importância do diálogo entre nossos saberes – Psicanálise e Filosofia, bem como acerca da possibilidade de uma filosofia que se fizesse aplicada para o campo que, portanto, dialogasse diretamente com a prática na área da saúde e, além disso, contribuísse para o encontro entre aqueles que buscam atenção e cuidado e aqueles que os proporcionam.

No GEFS – Unifesp/CNPq, já nos perguntávamos acerca da contribuição de uma Filosofia da Saúde para a prática em saúde e sua fundamentação, em estudos, por exemplo, de autores como Jacqueline Lagrée.

Em seu livro, *O Médico, o Doente e o Filósofo* (2002), a autora trabalha com o termo relação, ao retomar ideias do filósofo Martin Buber, teorizando que a relação com o outro, é aquilo que funda a pessoa humana e essa é considerada pessoa somente como ser que relaciona. Assim, ao longo de seu livro, Lagrée mostra que isso se fazia fundamental durante um tratamento médico e salienta a relação como central quando se empreende um tratamento, pontuando:

Coloco no centro do meu exame não a doença nem o doente, mas antes a relação entre duas pessoas, o doente e seu médico, a mesma relação que nos envia a outrem: o médico e os que lhe são próximos, o médico e a instituição hospitalar, as fontes de informação, a sociedade, o mundo do trabalho etc. Quem é o centro desta relação? O doente ou a doença? O que é que se joga e se articula no triângulo médico, constituído pela tripla relação entre o doente, o seu médico e os que lhe são próximos, quando sobrevém a doença? Como se vive esta relação no dito e o não dito, na expectativa, na esperança e no receio? Como preservar o valor do presente e a abertura ao futuro? Como articular, no facto terapêutico, a confiança do paciente e a consciência do profissional do exercício médico? Como permanecer lúcido e forte, generoso e solidário, sem ceder ao pânico ou ao enfado?” (LAGRÉE, 2002, p.11)

Assim, baseada em conceitos buberianos – de que “toda vida atual é encontro” e “no princípio é a relação, como categoria do ente, como disposição, como forma a ser realizada, modelo da alma” (BUBER, 2001, p. 57, 67, 68) – a autora constrói a ideia de que a pessoa que está doente precisa ser considerada, portanto, é na relação que isso pode ocorrer.

Isso porque, para Buber (2001), o encontro está na base da relação. Sua filosofia da relação ou do diálogo, preconiza que a relação engloba o encontro e abre sempre a possibilidade para esse ocorrer. A relação

e o encontro são sempre dialógicos. Por pressupor o outro, a relação tem como base o diálogo com esse outro.

Nesse sentido, ao se tomar a área da saúde, Cândido e Grosseman (2020a) pontuam que a comunicação é importante fator no cuidado e tem recentemente mudado de um foco da doença e da saúde, para um foco no paciente e na centralidade das relações. As autoras destacam que diferentes saberes podem se integrar e apoiar na formação em saúde e na assistência ao paciente, entre eles o saber biomédico e as humanidades. Para elas, a Filosofia pode fundamentar epistemologicamente as Ciências da Saúde. Segundo as autoras:

Considerando que a comunicação nas profissões na área da saúde tende a ser influenciada pela visão predominante de mundo em determinada época e que vivemos um momento de transição, é importante atentar para os aspectos históricos que influenciaram o processo de mudança da compreensão do cuidado e da atenção à saúde em uma perspectiva biomédica para o cuidado centrado na pessoa e, mais recentemente, nas relações. (CÂNDIDO; GROSSEMAN, 2020a, p.103)

Ainda sobre o tema, em uma pesquisa sobre a relação de cuidado entre médico e paciente durante a internação hospitalar, Baronio e Pecora (2015) ressaltaram que a relação de cuidado é tão importante quanto o modelo técnico ou biomédico durante um tratamento. Citando Ribeiro e Amaral (2008), chamam atenção para a:

precisão de se buscar um modelo mais completo, que inclua a promoção e prevenção em saúde, o restabelecimento de capacidades funcionais, a prevenção de morte prematura e a atenção aos cuidados paliativos, sempre considerando as perspectivas das pessoas a serem cuidadas (p. 201).

Com isso, em sua pesquisa concluem que médico e pacientes possuem boa relação, mas que há aspectos que podem melhorar. Para as autoras, existem expectativas diferentes quanto ao que consideram o que seria uma relação ideal de cuidado. Enquanto médicos priorizam aspectos técnicos do tratamento, pacientes priorizam os aspectos afetivos, considerando sua melhora no que tange ao tempo e disponibilidade do médico. As autoras também salientam que o paradigma biomédico prevalente desde o século XX, ainda continua a influenciar a prática de saúde, sendo novos os modelos integrativos, que conduzem o cuidado em seu sentido ampliado (BARONIO, PECORA, 2015).

Ao falarmos em cuidado, outro filósofo havia despontado nos estudos do GEFS – Unifesp/CNPq e trazendo outro conceito que nos pareceu fundamental para seguir formalizando uma filosofia aplicada à prática na saúde. Trata-se de Hans Jonas e seu Princípio Responsabilidade, cunhado em 1979, que em seu livro *Técnica, Medicina e Ética* - sobre a prática do princípio responsabilidade (2013), passa também a ser considerado para a área da saúde⁵.

Ao propor uma ética da responsabilidade, Jonas (2006) transforma o princípio da ética kantiana⁶, em: “aja de modo a que os efeitos da tua ação não sejam destrutivos para a possibilidade futura de uma tal vida” (p.47). Assim, ao cunhar tal ética, Jonas está preocupado com o desenfreamento da tecnologia, portanto, com a criação de uma nova ética, que

5 O próprio filósofo Hans Jonas pensou na medicina como lugar da aplicação da filosofia, como podemos verificar em seu *Técnica, Medicina e Ética* (2013).

6 “Age apenas segundo uma máxima tal que possas ao mesmo tempo querer que ela se torne lei universal” (KANT, 2005, p. 59).

pudesse lidar com o alcance do poder tecnológico, mas que se mantivesse sempre em relação com a bioética e o cuidado.

Desta feita, de uma ética individual, Jonas destaca uma ética do coletivo, não negando a primeira, mas expandindo-a para a coletividade, pois, caso não seja tomada justamente pelo viés de uma ética da responsabilidade, a humanidade estaria bastante comprometida pelos próximos anos. Para o autor, pensando nas possíveis adversidades que os efeitos da tecnologia poderiam causar, a responsabilidade precisaria vir no centro da ética (JONAS, 2006).

Jonas propõe assim, uma ética do cuidado, que muito deve ser considerada no campo da saúde. Assim, enquanto cuidado e sempre com vistas à bioética, a relação está também presente o tempo todo em sua ética e no princípio responsabilidade.

Aqui, novamente o conceito jonasiano nos brinda, na medida que podemos pensar na responsabilidade do encontro e da relação com o outro, não mais como indivíduos, mas sim como coletividade, frente a técnica que nos atravessa. Isso é importante inclusive para que seja possível cada vez mais pensar em uma medicina que tome a pessoa como central na prática e não somente a evidência científica, considerando o tradicional modelo da medicina baseada em evidências. Ouvir o paciente, o familiar e suas narrativas, como preconizam modelos como a medicina centrada na pessoa (STEWART et al., 2017) torna-se crucial.

Por fim, aqui cabe um breve adendo para trazer à baila o conceito de relação do profissional paciente, ou relação médico paciente, como é

mais comumente trabalhada. Autoras como Rios e Schraiber (2012) pontuam algo importante sobre essa relação. No início da prática médica, a relação entre médico e seu paciente estava na base daquilo que era a própria medicina e ante o avanço da técnica, urge pensar modelos como esse, que retomam o aspecto da pessoa e da relação com o paciente.

Assim, mesmo que assimétrica (CAPRARA, RODRIGUES, 2004), como também para a Psicanálise, é inegável como a relação médico-paciente é importante para o desenvolvimento de todo o tratamento, o que nos convoca cada vez mais a pensar a articulação entre o conceito de princípio responsabilidade e os conceitos de relação e diálogo em Filosofia.

3. De uma prática que é possível perceber: já não se fazia em separado da Filosofia

Soberana é a clínica e para tomar esse outro aforisma, ao escrever essas linhas a psicanalista lembrava-se de tantos e tantos exemplos da prática. Muitos recortes relacionados ao morrer surgiam, como esses que serão abaixo trazidos.

Já advertida sobre o exposto nos preâmbulos, a analista recebe um pedido vindo da enfermaria. É quase fim de expediente e através de uma ligação, a enfermeira do plantão matutino solicita ajuda: a mãe perdera seu bebê de um ano e poucos meses e não queria largá-lo de seu colo. Já se iam horas desde que a enfermeira tentava convencê-la em vão. E logo se ultrapassaria a barreira do suportável para todos ali presentes, família

e profissionais. Quando a analista chegou no local, a enfermeira visivelmente angustiada, não conseguia mais dialogar, nem para lhe explicar a situação, de maneira que foi preciso um pouco de suposição para adivinhar o que estava acontecendo. Silenciados também estavam mãe e pai da criança, já não mais se comunicavam. Nem entre ambos e nem com os profissionais que tentavam se aproximar. Parecia haver uma total paralisação ante a situação da morte, pois mesmo com muito custo e muitas pausas silenciosas, durante longo atendimento com ambos, nada é possível fazer. Não havia possibilidade de comunicação. De muitos insucessos é composta a clínica psicanalítica no hospital.

Mas também de alguns sucessos: em um dia de seu aniversário, a analista é chamada durante a madrugada para acolher uma mãe que em questão de horas perderia a filha. Esse era o combinado, acionar a psicóloga responsável por aquele caso no momento de partida da criança, pois havia uma fala materna de que ela suicidaria assim que a filha partisse. Passam-se horas até de que fato a criança falece. A analista estivera presente o tempo todo ao lado da mãe. No momento do óbito, chamam a médica intensivista de plantão àquela noite para as manobras necessárias. Esse era o pedido da mãe, para serem feitas as manobras necessárias de reanimação naquele já previsto momento. Há muitos anos a analista mantinha interlocução com essa médica, sobre tal intervenção. Por várias vezes haviam discutido aquele caso e - é preciso que se diga: por um feliz encontro - justamente era ela que estava ali de plantão naquela madrugada.

O medo que vinha sendo trabalhado com a equipe, era o mesmo do recorte do caso anterior: a mãe não querer se separar da criança para

os procedimentos necessários. Assim, no momento que a criança parte, a médica comparece para as tais manobras, que já sabíamos ser em vão. A menina, de fato, havia partido. Ali, não é preciso um diálogo, já havíamos travado inúmeros sobre como trabalharíamos naquele momento. Nem todo aparato e nem todo oxigênio disponível seriam suficientes naquele cenário. A mãe se agitava e gritava para a médica trazer a filha de volta. Por mais que não houvesse como prever como seria aquele momento, parece que de tanto falarmos anteriormente sobre o caso, há somente uma troca de olhares entre as profissionais e a analista estende o braço à mãe, dizendo “vamos sair para os médicos trabalharem”. Prontamente, ela aceita sair do quarto.

Fora preciso ainda naquele dia um longo percurso com a mãe da criança, escutando-a e amparando-a. Ela ficaria bem em companhia de alguns familiares para deixar o hospital ao final do dia.

Mediante o quadro limite do encontro com a morte, um apelo à transdisciplinaridade: um campo apoiando o outro e não sendo mais possíveis separá-los. Assim o diálogo viria como tentativa de lidar com a situação da prática para a analista.

Agora, a *posteriori* - para citar novamente um termo caro à Psicanálise, já que só é possível pensar a clínica no “depois” - a autora psicanalista, atravessada por tantas reflexões, acompanhada da autora filósofa, já não consegue mais separar-se dos dois campos e das duas práticas. Elas

se misturaram, como afinal pensamos que as práticas possam caminhar: enlaçadas.

Considerações finais

Portanto, à guisa de uma breve conclusão, podemos pensar que em estando esses conceitos intrincados, eles podem nos demonstrar como a Filosofia nos fornece alicerces para elaborar tais situações extremas do dia a dia hospitalar, que não raro representam o dilema da dor, do sofrimento e da morte, temas centrais de uma Filosofia da Saúde.

Os impasses no encontro de ambas as práticas, a existência ou não da possibilidade dialógica também se colocam como pontos cruciais para se pensar a prática e essa presente reflexão. Os recortes clínicos nos fizeram refletir sobre as dificuldades da não possibilidade do diálogo advertida pela Psicanálise, além de pensar o porquê, no momento do impasse da própria morte, na prática profissional aqui relatada, pode ser crucial a tentativa da implementação do diálogo como pensado pelos filósofos que aqui trouxemos.

Assim, ainda que a Psicanálise possa oferecer o arcabouço teórico para o manejo e o raciocínio clínico de situações com os pacientes e profissionais, as reflexões trazidas pela Filosofia, em forma de uma Filosofia aplicada, como entendia Hans Jonas, também podem ser transformadoras para o cotidiano dos envolvidos no campo da saúde.

Como uma reflexão final, pensamos que a alteridade será possível depois que o sujeito se encontrar consigo mesmo e essa é uma questão cara à Filosofia. Pensar a condição humana é mais que pensar em um suposto autoconhecimento que significaria estar cômico de si o tempo todo, ao contrário, estar cômico de sua condição - a humana - carregada de surpresas, conforme os eventos proporcionados pela vida. Nela, essa Psicanálise e essa Filosofia que estamos abordando, aqui se encontram.

Referências Bibliográficas

BARONIO, Mayra; PECORA, Ana Rafaela. A relação de cuidado na perspectiva de médicos e pacientes durante a internação em hospital-escola. *Psic Rev*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 199-228, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27796/19625>. Acesso em: 30.Ago.2021

BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001.

CÂNDIDO, Viviane Cristina. Imanência e transcendência em Franz Rosenzweig - contribuições da Filosofia da Religião para as Ciências da Saúde. *Estudos de Religião*, v. 34, n. 2 • 151-176 • maio-ago. 2020 • ISSN Impresso: 0103-801X – Eletrônico: 2176-1078. Disponível em: [file:///C:/Users/anars/Downloads/10723-38014-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anars/Downloads/10723-38014-1-PB%20(2).pdf). Acesso em 30.Ago.2021

CÂNDIDO, Viviane Cristina; GROSSEMAN, Suely. (2020a). A comunicação nas relações: uma contribuição das humanidades na formação dos profissionais de saúde. *Revista De Educação Da Universidade Federal Do Vale Do São Francisco*, 10(21), 103–119. Disponível em: <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/1054>. Acesso em 30.Ago.2021

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>. Acesso em: 30.Ago.2021

GERBASE, Jairo. *Opoderdo grande Outro. Cogito*, Salvador, v. 11, p. 26-28, out. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792010000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30.Ago.2021.

JONAS, Hans. *Técnica, Medicina e Ética: Sobre a prática do princípio responsabilidade*. Trad. Grupo de Trabalho Hans Jonas da ANPOF. São Paulo: Paulus, 2013.

JONAS, Hans. *O Princípio Responsabilidade: ensaio de uma ética para uma civilização tecnológica*. Trad. Marijane Lisboa, Luiz Barros Montez. Rio de Janeiro: Contraponto: Ed. PUC Rio, 2006.

KANT, Immanuel. *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. Tradução de Paulo Quintela. Lisboa: Edições 70, 2005.

LACAN, Jacques. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro (1968-1969)*. Tradução: Vera Ribeiro. Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Campo Freudiano no Brasil).

LACAN, Jacques. *Escritos*. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1998.

LAGRÉE, Jacqueline. *O médico, o doente e o filósofo*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2002.

RAVASIO, Marcele Homrich. *Alteridade e psicanálise: as modalidades de outro em Lacan*. *Rev Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.46, p., jan./jun. 2016. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/8670/5987>. Acesso em: 30.Ago.2021

RIOS, Izabel Cristina; SCHRAIBER, Lilian Blima. *Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea*. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

ROSENZWEIG, Franz. *El Nuevo Pensamiento*. Trad. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora, 2005.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1685-1698, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2010.v15suppl1/1685-1698/pt>. Acesso em: 30.Ago.2021

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, WAYNE; MCWINNEY, Ian; MCWILLIAM, Carol; FREEMAN, Thomas. *Medicina Centrada a Pessoa: transformando o Método Clínico*. Tradução: Anelise Burmeister e Sandra Maria Mallmann da Rosa. 3. Ed. São Paulo: Artmed, 2017