

A CLÍNICA PSICANALÍTICA NO *SETTING* HOSPITALAR

THE PSYCHOANALYTIC CLINIC IN HOSPITAL SETTING

Lílian Magalhães Costa Lima ^{*,**}
lilcosta84@yahoo.com.br

* Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil
** Faculdade Sul Fluminense, Volta Redonda/RJ, Brasil

Resumo

Este artigo é uma pesquisa bibliográfica sobre a construção da clínica psicanalítica no contexto hospitalar e parte da obra freudiana para compreender a clínica psicanalítica e se é possível construir sua prática num *setting* não convencional, como no ambiente do hospital. Partiu-se da questão: é possível conciliar a prática da psicanálise ao contexto hospitalar? Para respondê-la, recorreu-se ao próprio Freud para entender seu percurso de construção da psicanálise e a autores que já abordam sobre a psicanálise no hospital. Por fim, foi apresentado um pequeno fragmento de caso clínico para complementar o trabalho.

Palavras-chave: *Setting*; Psicanálise; Hospital.

Abstract

This article is a bibliographical research about the construction of the psychoanalytic clinic in the hospital setting and use of the Freud texts to understand the psychoanalytic clinic and the possibilities of construction this clinic in the setting hospital. Question: Is it possible to do psychoanalytic care in the hospital? Freud's texts were used to understand his path of construction of psychoanalysis and other authors who wrote about psychoanalysis in the hospital. Finally, a clinical case fragment was presented to complement the work.

Key words: *Setting*; Psychoanalysis; Hospital.

INTRODUÇÃO

O interesse em investigar a prática da psicanálise no hospital partiu da experiência de estágio clínico em psicanálise e em psicologia hospitalar. Quando o psicólogo é inserido numa instituição, é preciso que ele encontre uma abordagem clínica que o oriente, que dirija sua escuta, que demarque o seu método de intervenção. A questão que me surgiu, a partir disso, foi: como conciliar a prática psicanalítica ao contexto de atendimento psicológico do hospital?

Dessa forma, o presente artigo tem como objetivo explorar a obra de Freud para compreender a construção da clínica psicanalítica, de modo que este percurso possa responder a questão citada acima. Para isso, foi abordado sobre o método da psicanálise – associação livre e escuta flutuante – e, conseqüentemente, pensado a sua inserção no contexto do atendimento psicológico no hospital. Para o desenvolvimento do tema foram utilizadas obras de Freud e de psicanalistas que tratassem sobre o que é a psicanálise e qual é o seu método de intervenção; além disso, obras de autores que abordam o tema da psicologia hospitalar, especificamente sob o enfoque

da abordagem psicanalítica. Posteriormente, o trabalho traz um breve relato de um caso clínico atendido numa enfermagem de hospital. Através dele, é possível verificar o trabalho do psicólogo hospitalar e entender que a psicanálise, nem sempre, está relacionada a longos processos de análise. Como a palavra *setting* significa cenário, na prática da psicanálise no hospital não há divã, não há o tempo de cinquenta minutos fixos, nem mesmo são sessões semanais, e muitas vezes nem há poltrona para que o psicólogo se sente. O *setting* é o próprio hospital, isto é, o psicólogo irá trabalhar dentro do cenário hospitalar.

Foi escolhido o método de revisão bibliográfica para uma aproximação dos temas “Clínica psicanalítica” e “Psicanálise no *setting* hospitalar”, acrescentando o caso clínico para complementar a discussão.

A CLÍNICA PSICANALÍTICA

Freud foi uma pessoa marcante na história da medicina, trazendo importantes contribuições utilizadas hoje por outras ciências sociais, como a psicologia, além de ter deixado uma marca na própria humanidade: a descoberta do inconsciente, que descentra a razão e revela que o homem não é capaz de deter o controle sobre si mesmo. Iniciou sua prática profissional como neurologista, realizando pesquisas no laboratório de Ernst Brücke, em Viena, a partir de 1876. Em 1882, Freud saiu do laboratório e foi trabalhar no Hospital Geral de Viena e, no ano seguinte, transferiu-se para o setor de psiquiatria do hospital, onde permaneceu até outubro de 1885. Nesta época, com trinta anos de idade, Freud foi estudar em Paris com o neurologista Jean Martin Charcot, no Hospital Salpêtrière, permanecendo lá até fevereiro de 1886. Ao retornar a Viena, Freud passou a atender doenças nervosas em seu consultório particular. Foi assim que chegaram até ele as mulheres histéricas da sociedade vienense (Jorge e Ferreira, 2012).

Assim, ele passou a se interessar pelas doenças nervosas ‘funcionais’, que eram vistas pelos médicos de sua época como algo inabordável, já que não era encontrada a causa orgânica geradora de seus sintomas. Em geral, o tratamento oferecido a esses pacientes consistia em medidas para ‘endurecê-los’, seja na prescrição de remédios, seja na tentativa de influenciá-los mentalmente através de ameaças, zombarias, advertências e coerção para que eles se contivessem (Freud, 1924).

Toda a construção da psicanálise foi decorrente da experiência clínica de Freud, começando pelas pesquisas sobre a histeria e, mais tarde, estendendo-se para outras patologias e para as questões da cultura. Como os sintomas histéricos emanavam da experiência traumática do sujeito¹, que não eram conscientes, sim recalçadas, as perspectivas terapêuticas eram a de tornar o

1

Freud ressalta que não são as experiências em si que agiam de modo traumático, sim a revivência delas como lembrança, já na maturidade do sujeito – pois a cena traumática ocorria na mais tenra infância. Essa é a etiologia da histeria (Freud, 1896^b).

inconsciente consciente, isto é, romper esse recalçamento. Para isso, era utilizado o hipnotismo (Freud, 1913).

Em 1880 a hipnose já aparecia entre os médicos; era abordada como um método possível de ser aplicado em doentes nervosos, com o intuito de eliminar os seus sintomas (Freud, 1924). Quando esteve no laboratório de Brücke, Freud conheceu o médico e fisiologista austríaco Josef Breuer, que realizava pesquisas com a hipnose, e estabeleceu com ele uma parceria de trabalho. Como já abordado aqui, Freud também foi estudar sobre hipnose com Charcot em Paris, que realizava experiências com histéricas, e influenciou para que a histeria passasse a ser classificada como doença psíquica e não mais orgânica, isto é, a histeria deixou de ser pensada como “*doença do útero*”, classificando-se como “*doença nervosa sem lesão anatômica apreciável*” (Ferreira e Motta, 2014).

Por influência de Breuer, Freud passa a investigar as possíveis causas etiológicas da histeria – doença nervosa que acometia principalmente as mulheres e que poderia gerar, por exemplo, paralisias dos membros ou cegueira sem uma causa orgânica, fisiológica. A partir dessa investigação Freud via como causa para a neurose o que ele chamou de “*modificação patológica funcional*”, que era uma forma de economia do sistema nervoso e tinha a vida sexual do sujeito como fonte. Isto é, para Freud havia uma relação etiológica especial entre a sexualidade do sujeito e a neurose (Freud, 1896^a). As mulheres histéricas passaram a ser atendidas por Freud pelo método catártico, que se baseia na hipótese de eliminar um a um dos sintomas, através da recordação sob hipnose. Este método foi criado por Breuer, que se tornou grande parceiro de trabalho de Freud; juntos, escreveram “*Estudos sobre a histeria*”, publicado em 1895 (Ferreira e Motta, 2014).

No método catártico, a hipnose era uma forma de investigar retrospectivamente os fenômenos histéricos, ou seja, buscava-se a causa da doença no histórico passado do sujeito (Freud, 1896^a). Este método tinha a função de trazer à tona o que o paciente havia esquecido, fazendo-o relembrar seus traumas recalçados, pois os fenômenos histéricos surgiam do impedimento de investimento de um afeto, sendo assim deslocado em forma de sintoma. A partir deste trabalho de “relembrar”, o sintoma desapareceria: reviver a experiência traumática poderia liberar o afeto “estrangulado” (Freud, 1924). Assim, emergiam-se lembranças, pensamentos e demais processos psíquicos que até então não haviam se manifestado. O sintoma era superado e esperava-se que ele desaparecesse por si só, pois a intervenção hipnótica fazia com que os processos psíquicos passassem por um caminho diferente daquele que desencadeava o sintoma (Freud, 1904).

Através desses estudos Freud (1905^b) pôde observar que havia uma relação recíproca entre o que é físico e o que é psíquico. Estudando a neurose, Freud verificou que os sintomas histéricos eram provenientes de uma “*influência modificada da vida psíquica sobre seu corpo*”, e então seria preciso buscar a causa patológica no psíquico. A partir de sua clínica, ele construiu a hipótese de

que havia uma etiologia sexual para a neurose, onde todo conflito psíquico seria decorrente de um trauma vivenciado na infância, a partir de uma cena de sedução. Aconteceu que, mais tarde, Freud (1897) começa a desacreditar, de certa forma, de sua teoria do trauma - questionou: será que toda histérica sofreu um abuso sexual? Quantos pais perversos seriam necessários para cometerem tamanha atrocidade? Ele diz na carta 69: “*Não acredito mais em minha neurótica [teoria das neuroses]*” (FREUD, 1897: 309). Ele observou que no inconsciente não há indicação de realidade, isto é, não é possível distinguir entre o real e a fantasia que é investida com o afeto. Foi só com a descoberta da dinâmica das pulsões sexuais presentes na infância e com a compreensão de que as fantasias podem atuar com toda força nas experiências reais que Freud dá por resolvida esta questão. Ele substituiu a teoria do trauma pela teoria da fantasia.

Com isso, Freud começa a desacreditar também da hipnose, pois esta não trazia resultados permanentes e dependia muito da relação pessoal do paciente com o médico para ser bem-sucedida (Freud, 1924). A suspensão dos sintomas se dava apenas por pouco tempo; ou eles retomavam ou deslocavam-se num novo sintoma, e tinham de ser novamente eliminados pela hipnose e sugestão (Freud, 1905^b). Sendo assim, Freud fez algumas alterações em seu método, que por fim levaram a uma nova concepção terapêutica: ele renunciou à sugestão e à hipnose e passou a exortar seus pacientes a se deixarem levar em sua fala²; convidava-os a se deitarem de costas numa poltrona e sentava-se numa cadeira, ficando atrás do paciente de modo que este pudesse falar sem vê-lo, isto é, sem estar preso a algum tipo de campo visual. Ele orientava-os a falarem tudo o que viesse a mente, sem julgamento moral, não deixando escapar nenhum tipo de pensamento ou ideia (Freud, 1904).

Este novo método chamava-se “associação-livre” e com ele tornou-se necessário o desenvolvimento de uma técnica para interpretar o que os pacientes diziam, já que a força da resistência era constante em impedir que o material inconsciente viesse à tona (Freud, 1913). Os pacientes assumiam o compromisso de se concentrarem e de falar as ideias que espontaneamente lhes ocorressem, abstendo-se de qualquer reflexão consciente. A partir dessa experiência Freud pôde comprovar que as ideias que emergiam estavam determinadas pelo inconsciente e poderiam dar pistas daquilo que estava recalcado, pois mesmo não sendo possível o paciente lembrar e trazer à tona o material esquecido, o que era falado fazia claramente muitas alusões a este material e, através do auxílio da interpretação, Freud poderia reconstruir, a partir do que era dito, o que havia sido esquecido (Freud, 1924).

A partir desse novo método, Freud observa que tinha de lutar contra uma barreira que tentava impedir que o material inconsciente fosse lembrado. Assim, ele compõe a teoria do

² Freud chega a esse novo método a partir dos efeitos que sua clínica estava produzindo em seus pacientes. Anna O, por exemplo, que ele tratou juntamente com Breuer, já havia destacado que os efeitos do método catártico se deviam a verbalização, isto é, se tratava de uma cura pela fala - *talking cure* (Chemama, 1998).

recalque³, que se trata de uma força proveniente do eu do sujeito para “excluir” da memória consciente tudo o que estava relacionado a uma “satisfação proibida”. Os sintomas, por si só, são substitutos de tais satisfações proibidas; os impulsos relacionados a elas tornaram-se patogênicos por consequência do recalque e acabaram manifestando-se por outros caminhos, tais como os sintomas (Freud, 1924). Freud, ao interpretar o inconsciente, se depara com a resistência e, assim, o caminho às intervenções analíticas se fechava. A primeira saída que Freud encontrou foi analisar a própria resistência⁴ do sujeito, e acreditava que o paciente podendo superá-las iria voltar a associar livremente, trazendo conteúdos inconscientes à lembrança e familiarizando-se com eles para, dessa forma, resolver seus conflitos neuróticos (Moretto, 2013).

Porém, em sua experiência clínica, Freud começa a observar que muitas vezes seus pacientes dirigiam um investimento libidinal a ele, investimento este que está relacionado à sexualidade infantil do sujeito – que está recalçada. Freud chama este fenômeno amoroso de transferência, que é uma “guerra” entre consciência e inconsciente, pois a partir dela as pulsões eróticas e ocultas que o paciente recalcou se manifestam. E isso faz com que o paciente resista em falar – na transferência está embutida a resistência; já que o paciente está “amando”, ele também quer ser amado e, é claro, irá falar apenas aquilo que possa sustentar este amor, resistindo ao tratamento, pois dessa forma ele não estará submetido à regra da associação-livre (Freud, 1912). A transferência é uma reedição de conteúdo inconsciente no momento de análise, através da relação do paciente com seu analista. A figura do analista é substituída por protótipos infantis e o paciente revive o afeto vinculado a estes, sem perceber que a situação analítica não está diretamente vinculada à situação vivenciada outrora. Mas mesmo assim o paciente repete tudo ali, dando a transferência um caráter de repetição do passado esquecido, e é aí que o analista pode intervir. Ao manejar a transferência, o analista permite que o paciente saia dessa compulsão à repetição e encontre uma razão para lembrar e tratar suas questões, se reapropriando de sua história (Chemama, 1998).

Vemos então que Freud foi afastando-se da medicina conforme a psicanálise se constituía. Como médico neurologista, ele estava na posição daquele que sabe sobre o sintoma do sujeito e tinha como objetivo fundamental ajudar este a livrar-se de seu sintoma. Porém, a experiência clínica foi lhe mostrando que o sujeito é dividido pelo inconsciente e nem sempre o que ele deseja é livrar-se de seu sintoma. Muitas vezes o sujeito se apega ao sintoma, pois este lhe dá um ganho secundário, além do sofrimento, já que o que é prazer ao inconsciente não coincide com o bem-estar

³ O recalque é o mecanismo que marca a estrutura neurótica. O termo recalcar significa “por de lado”; através desse mecanismo o sistema psíquico tenderá afastar tudo aquilo que pode gerar desprazer à consciência (Chemama, 1998).

⁴ ... ele logo percebeu que a força que fazia com que o paciente desobedecesse a regra fundamental da associação-livre era a mesma que mantinha vivo o sintoma e chamou essa força de resistência (MORETTO, 2013: 25).

do sujeito. Nem sempre o sujeito deseja o seu próprio bem; é preciso considerar a pulsão de morte⁵, totalmente inerente à constituição do sujeito. Saindo da posição de “*quem sabe*”, Freud passou a escutar seus pacientes em suas associações, pois descobriu que apesar do sujeito sofrer daquilo que não sabe, o saber estará contido no seu discurso, escapando no que se diz (Moretto, 2013).

Dessa forma, destacamos que a clínica psicanalítica foi construída a partir dos casos atendidos por Freud e um debruçar teórico que ele realizava através deles, colocando como método clínico a associação livre, por parte do paciente, e a escuta flutuante, por parte do analista, que se davam num ambiente terapêutico estabelecido pela transferência, em que o paciente supunha que havia um saber por parte do analista e este, por sua vez, conduzia um trabalho analítico do paciente sobre sua fantasia. E, assim, tratava-se do sintoma.

O QUE SE FAZ QUANDO SE FAZ PSICANÁLISE?

Há um período inicial do tratamento analítico que Freud nomeou de “tratamento de ensaio”, que se dá por entrevistas preliminares, onde o objetivo é o estabelecimento da transferência, a construção da demanda de tratamento e, minimamente, uma função diagnóstica. Neste momento, o analista tem como função apenas fazer com que o paciente fale, mantendo-se sob escuta flutuante. Como já foi pontuado, para que a análise se inicie é fundamental o estabelecimento da transferência. Vale destacar que a demanda de tratamento não se confunde com a queixa em estado bruto que o paciente relata quando procura tratamento, mas decorre de uma elaboração sobre o sintoma e de um pedido de desvencilhar-se dele - é preciso que o paciente coloque o sintoma como questão e se enderece ao analista, supondo que este sabe como “curá-lo”. E que a função diagnóstica não se restringe a compreender o sintoma, mas inclui identificar a qual estrutura psíquica ele responde: neurose, psicose ou perversão (Quinet, 2009).

O campo de intervenção da psicanálise é delimitado pela relação do sujeito com seu sofrimento, não pelo sofrimento em si mesmo. A psicanálise irá tratar o sujeito implicado no problema, no sintoma. É por isso que o tratamento irá partir de um questionamento do sujeito sobre si mesmo. Muitas vezes, quando o paciente chega, ele não tem muita ideia do que o conduziu até ali. Às vezes ele sabe que está sofrendo, mas nem sempre, pois muitas vezes pode ter sido conduzido ao tratamento por uma terceira pessoa, que supõe que ele sofre e que precisa de ajuda. Entretanto, há um trabalho preliminar a ser feito, que tornará o sintoma analisável, onde o sujeito o

⁵ “... é a base do princípio primordial de funcionamento do aparelho psíquico. Esse último, repousa na tarefa – jamais concluída, sempre recomeçada – que consiste em reduzir a excitação e, portanto, a tensão do organismo ao menos nível possível. À primeira vista, é a busca da satisfação – o princípio de prazer – que submete o sujeito, pela descarga pulsional, a esse ponto de estígio. Porém, Freud também viu nisso, fundamentalmente, a expressão da pulsão de morte, pois esse retorno ao ponto de partida, ao nível mínimo de excitação, de alguma forma, é o eco da tendência que leva o organismo a retornar às origens, a seu estado primordial de não-vida, isto é, à morte” (CHEMAMA, 1998, p. 181).

reconhece como um sinal do que ele é. E, via transferência, o sujeito atravessa sua construção neurótica de posição subjetiva e, a partir disso, pode reposicionar-se na vida (Maurano, 2016).

Não há como estabelecer previamente o tempo de análise. Colhem-se seus efeitos de trabalho. Só se sabe, em psicanálise, *a posteriori*.

A PSICANÁLISE INSERIDA NO HOSPITAL

A medicina ganhou caráter científico a partir de transições que ocorreram entre o fim do século XVIII e a primeira metade do século XX, a seguir: a criação do método clínico, que categorizava as doenças por meio de signos; a constituição do método anátomo-clínico, que identifica o patológico no nível do corpo; a caracterização do normal e do patológico em termos fisiológicos. Com isso, a dimensão do corpo restringe-se ao organismo biológico, que pode ser cada vez mais desvendado pela medicina. E, também, a figura do médico é a de especialista, de técnico, que tem como tarefa conhecer parte do corpo, desvendá-la, curá-la, corrigi-la. Por consequência disso, a exclusão da subjetividade do médico e do paciente, onde o corpo é tomado como objeto, ficando de fora a dimensão do desejo, do gozo – a dimensão subjetiva (Barreto, 2010^a).

A medicina passa a se interessar pela psicologia no hospital quando se dá conta de que os aspectos emocionais do paciente podem influenciar seu comportamento e suas reações diante da doença, o que também pode influenciar o sujeito positiva ou negativamente diante do tratamento, de suas chances de sobreviver (Romano, 2007). Na urgência médica, o que vai estar em jogo é o corpo biológico, algo que possa interferir na integridade do organismo. A demanda vai estar relacionada ao sofrimento e à necessidade do corpo. É preciso que haja outro profissional que dê lugar à urgência subjetiva, introduzindo a escuta como instrumento de trabalho, implicando o paciente no que diz, possibilitando que do paciente-objeto se advenha o sujeito (Barreto, 2010^b).

O psicólogo hospitalar interessa-se pelos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, pois a doença implica perdas e ganhos. Perde-se a saúde, a autonomia e muitas outras coisas, correndo-se o risco de perder até mesmo a própria vida; mas, em contrapartida, se ganha mais atenção, cuidado, o direito de não trabalhar, etc. Dessa forma, é preciso dar lugar ao sujeito, dar voz à subjetividade do paciente, tratar o adoecimento no registro do simbólico. Para isso, o psicólogo deve escutar sempre; ele escuta todo o enredo do paciente diante de sua doença, ele escuta a subjetividade do sujeito (Simonetti, 2015).

Portanto, o psicólogo hospitalar é aquele profissional que irá possibilitar que o paciente atravessasse sua experiência de adoecimento como um sujeito, não um objeto. É ele quem dará lugar para que o paciente fale, tratando seus aspectos psicológicos, ou seja, toda a subjetividade humana diante da doença – desejos, sentimentos, pensamentos, fantasias, etc. É dando lugar à subjetividade

do paciente que é possível restituir-lhe o lugar de sujeito – sujeito desejante. Sendo assim, o psicólogo não irá tratar o corpo físico do doente, como o faz a medicina, ele irá trabalhar com o corpo simbólico, que lhe é acessível através do que o paciente fala. Dessa forma, o campo de trabalho do psicólogo são as palavras. Ele está ali para escutar o que o sujeito traz. É falando que o paciente pode simbolizar seu adoecimento e amenizar sua angústia (Simonetti, 2015).

A prática da psicologia hospitalar nasceu da psicanálise e da psicossomática. Mas hoje em dia é possível ver cada profissional adaptando sua abordagem clínica à prática hospitalar (Simonetti, 2015). E o objetivo deste trabalho é falar sobre como a prática hospitalar pode se dar sob a perspectiva da psicanálise.

Para psicanálise, a urgência subjetiva coloca em jogo o sujeito e seu objetivo é construir o caso clínico, abrindo caminho ao desejo, na neurose, e à estabilização, na psicose. A crise é subjetiva, e provém de uma ruptura simbólica. É colocando o paciente para falar que ele poderá ressignificar tal ruptura (Barreto, 2010^b).

Apesar de o hospital contratar o psicólogo para que este elimine a angústia do paciente, acalmá-los quando for necessário, convencê-los a aderir-se ao tratamento médico ou qualquer outra coisa da ordem de facilitar a prática da medicina, o psicanalista sabe que não deve responder diretamente a essa demanda, simplesmente a acolhe. Como eliminar a angústia se esta é motor ao trabalho analítico? A angústia é aquilo que não tem nomeação, é aquilo que ocorre quando não há simbolização. É aí que o sujeito sai em busca de um saber, um grande objetivo da psicanálise – que ele possa supor que o Outro saiba, colocando-o na posição de ‘Sujeito-Suposto-Saber’ e demandar análise para adquirir este saber sobre si. E como convencer o paciente a aderir-se ao tratamento médico se a psicanálise difere-se de aconselhamento psicológico? Aquele que aconselha sabe o que é melhor para aquele que é aconselhado, o objetivo é mostrar o caminho do bem-estar e eliminar o mal-estar do *queixante*. O psicanalista, por sua vez, não é aquele que sabe sobre o outro, mas sim aquele que irá fazer com que o sujeito fale, e manejar sua fala, para que assim seja possível tratar as questões subjetivas, e adquirir saber sobre elas. E como fazer com que o paciente se adapte aos procedimentos médicos se a psicanálise não é da ordem adaptativa? O psicanalista não visa adaptar o paciente a uma norma, mas irá tratar a posição do sujeito na sua relação com o Outro (Moretto, 2013).

Moretto (2013) ressalta que há uma antinomia radical entre psicanálise e medicina, pois ambas as práticas clínicas se sustentam por diferentes discursos e posições profissionais. O que rege a clínica psicanalítica é a Ética do Inconsciente, pois para psicanálise há uma determinação inconsciente sobre o sujeito, regendo seu funcionamento psíquico. Já a medicina é regida pelo Discurso da Ciência, pela Ordem Médica, que é um discurso de mestre - daquele que sabe. Portanto, o discurso médico se dá através de objetividade e cientificidade. Esse discurso que se dá em nome

do saber e da ciência, conseqüentemente, reduz a subjetividade, tanto do médico como do doente, com o intuito de integrá-los à sua Ordem. Dessa forma, o médico é destituído de sua subjetividade; ele tem de calar seus sentimentos, sua posição subjetiva, apagando-se diante das exigências do seu saber. Sendo assim, este mesmo médico, submetido a uma Ordem, exclui a subjetividade do paciente, despossuindo-o de sua posição subjetiva, de seu sofrimento, apagando-o diante da doença.

A Ordem Médica tem o objetivo de realizar uma prática terapêutica objetiva, e é em nome disso que ela se impõe excluindo a subjetividade. Porém, na prática da clínica médica, essa exclusão não se dá plenamente; as posições subjetivas que são excluídas retornam na própria relação que há entre o médico e o doente. O objetivo da Ordem Médica é que haja uma relação instituição médica x doença, prevalecendo assim a instituição médica e a doença. Dessa forma, o médico é descartado como sujeito, ficando apenas como um representante da Ordem Médica. E, da mesma forma o doente, pois o que interessa para medicina é o corpo do doente, que é onde a doença se instala. Mas na prática, essa relação é atravessada pela transferência, falhando assim a exclusão proposta pelo discurso médico. Mesmo não sendo questão para a medicina considerar o paciente como um sujeito, a subjetividade se retorna à esta Ordem. É aí que aparecem os pacientes classificados como “*chatos*”, porque dão trabalho por não se submeterem por completo à Medicina. É aí que a psicologia entra no hospital; é aí que há campo de trabalho para psicanálise (Moretto, 2013).

Diferentemente do médico, o psicanalista sabe que há no sujeito algo do Inconsciente que opera, e que só poderá ser analisado através da sua fala, de seu discurso. A fala do sujeito é a via possível para a emergência do desejo. É aí que a subjetividade pode aparecer. É no discurso do paciente que seu inconsciente pode se manifestar, abrindo espaço para que ele expresse a sua verdade. Assim, há uma chance de restituir ao sujeito o lugar que a ciência lhe destituiu. Freud foi o primeiro a realizar este rompimento com a medicina ao se interessar pela histeria, que era marginalizada pela medicina e tida como um fingimento, “*piti*”, ou algo do tipo. Na busca por uma resposta à questão da histeria, Freud descobriu que é preciso olhar para o sujeito que sofre, e escutá-lo, não mais reduzi-lo ao discurso médico e classificá-lo em uma doença, mas ouvir caso a caso, pois são singulares. Sendo assim, a psicanálise se separa da medicina, deixando de estar submetida a sua ordem, e passa a se preocupar com o Sujeito do Inconsciente, aproximando-se do que há de mais singular e subjetivo no homem (Moretto, 2013).

Se ocupando daquilo que a ciência exclui, a psicanálise instaura um novo lugar na cultura científica. Ela não ficou em oposição às ciências positivas, mas seu campo de trabalho é justamente o que estas eliminam, ou seja, com Freud, inaugura-se um novo conceito de razão, que leva em consideração a divisão do sujeito⁶ e faz com que a psicanálise se ocupe daquilo que é real para o ele

⁶ O sujeito é dividido pelo inconsciente, que é de uma outra razão; não caminha lado a lado com a consciência, mas dela escapa.

e que a ciência não leva em conta. Assim, a psicanálise se compromete com uma nova ética – a Ética do Inconsciente (Moura, 2000). Se ela se dá em outra ordem, seu conceito de cura também. Em psicanálise, cura não se reduz à eliminação do sintoma, mas inclui uma mudança de posição do sujeito em relação ao desejo do Outro (Moretto, 2013).

Mas se a psicanálise não visa diretamente à cura, nem pretende consolar o sujeito de sua condição humana, como o psicanalista pode sustentar sua prática? É oferecendo a sua escuta, dando lugar para que o sujeito fale⁷, restituindo-o à sua posição de sujeito desejante. No hospital, o psicanalista irá se deparar com acontecimentos tão bruscos que destituem totalmente o paciente como sujeito, fazendo com que ele mergulhe na angústia. A função da psicanálise é, portanto, transformar a urgência, que o sujeito não consegue nem mesmo simbolizar⁸, e reintroduzi-lo na cadeia significativa. Simbolizando sua angústia, o sujeito poderá falar dela e caminhar a uma demanda de análise (Moura, 2000).

O paciente internado se sente como se tivesse perdido a sua dignidade, pois ele se torna objeto e é destituído de seu lugar de sujeito. A psicanálise toca-o de tal forma que é capaz de permitir que ele recupere a sua dignidade perdida, pois irá escutar o discurso onde o sujeito vai encadeando significantes, adquirindo saber sobre si, o que contribuirá para mudar a sua posição no mundo (Moura, 2000). Mesmo sendo, no hospital, um trabalho breve, as intervenções psicanalíticas produzirão efeitos. O fato de o paciente ficar pouco tempo internado, ou lhe restar poucos dias de vida, não é motivo para recusar demanda de análise. Ele irá, dentro de suas condições, falar de si e poderá até continuar sua análise no ambulatório do hospital ou em outro lugar (Moretto, 2013).

O atendimento analítico será manejado de acordo com a única regra fundamental imposta ao analisando: a associação-livre. Dessa forma, uma boa execução da análise será garantida pelo manejo da transferência, e não pela padronização do ambiente analítico. Então, o *setting* analítico se dá no simbólico, e nada tem a ver com um ambiente neutro, divã, tempo fixo da sessão e demais coisas dessa ordem (Moretto, 2013). 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. O *setting* analítico é o próprio ambiente hospitalar, e a análise é manejada caso a caso, de acordo com o que o paciente vai associando.

Assim, o psicólogo será um facilitador do trabalho de elaboração psíquica, que produzirá um efeito de mudança de posição subjetiva, que inclui também o comportamento. O paciente irá falar além de sua doença, e sua subjetividade começa a ser colocada em palavras (Simonetti, 2015). Romano (2007) ressalta que os aspectos emocionais do sujeito alteram suas reações, o que interfere

⁷ Falar é “*dizer palavras; expressar-se ou exprimir-se por meio de palavras*” (Ferreira, 1986). Portanto, falar é dar a entender, a conhecer; é revelar, se manifestar; é significar, denotar. Significando, o sujeito tem o sentido de algo, traduz-se por alguma coisa, passando a ser o símbolo ou a representação desta e assim constitui-se.

⁸ Isto é a própria angústia.

na aderência ao tratamento. A subjetividade tendo um lugar, não mais irá extravasar de modo a impedir o tratamento médico. O sujeito irá apropriar-se de suas questões, de si mesmo, e terá seu lugar restituído. E com isso ele irá implicar-se com seu tratamento, não sendo mais um indivíduo passivo, mas sim um sujeito desejante, que participa do seu tratamento.

Vimos assim que é falando que o paciente simboliza seu sofrimento e apazigua sua angústia e, desta forma, a demanda da instituição hospitalar é atendida, não como um objetivo do tratamento analítico, mas como efeito deste. E, no hospital, mesmo havendo divergência de ordem entre psicanálise e medicina, estas práticas podem trabalhar juntas. O que escapa a ordem médica é campo de trabalho à psicanálise, e esta, por sua vez, produz efeitos positivos ao trabalho médico.

CASO CLÍNICO NA ENFERMARIA

Escolhi um caso clínico que atendi no período de estágio em psicologia hospitalar, num hospital público. Este caso muito me tocou, pois a pessoa atendida tinha uma demanda importante para aquele momento. Dona R. lutava contra o câncer há cinco anos que, inicialmente, atingiu a mama. Porém, a situação se complicou e ele se espalhou para outras partes do corpo, mesmo ela já tendo feito a cirurgia no seio. Durante todo esse tempo, R. fez várias sessões de quimioterapia, mas seu médico suspendeu o tratamento por acreditar que não havia mais possibilidades de intervenção terapêutica; mas ele não falou com dona R. sobre sua situação clínica, apenas informou aos seus familiares, que não tiveram coragem de falar com ela sobre isso.

Quando cheguei naquele quarto da enfermaria vi que R. não estava em condições de falar, estava muito fragilizada com a doença, fisicamente falando; tinha dificuldades até de respirar. Resolvi então escutar sua acompanhante, que estava muito angustiada com o estado da amiga; era possível perceber o sofrimento em seus olhos. Ela disse estar sofrendo muito com a possibilidade de morte de R., pois tem estado com ela desde o início de seu tratamento.

Perguntei a T. como ela se sentia ao ver a amiga sofrendo.

- *“Isso mexe muito comigo...”* e chorou.

- Mexe como? – Perguntei.

- *“É difícil vê-la assim, ela tinha muita vontade de viver era alegre... ela era uma guerreira.”* – E aí T. relatou a luta de R. contra o câncer.

- *“Eu sempre acompanhei ela quando ia fazer seu tratamento, mas agora não tenho mais idade para isso não, as coisas estão ficando difíceis. A filha dela me ligou perguntando se eu poderia ficar aqui no hospital com R., mas eu dei umas desculpas para não vir. Depois eu até me arrependi do que fiz; liguei de volta e falei que não tinha condições mais de ficar a noite, mas que, se fosse preciso, ficaria de dia. É que me senti culpada, e se ela morresse e eu não tivesse a oportunidade de me despedir? Fiquei muito mal, e estava aqui pensando sobre isso aqui quando você chegou.”* (...)

Marquei para T. o quanto era importante aproveitar os momentos possíveis com R., e que ela estava tendo essa oportunidade de estar com ela, ainda viva. O que T. precisava mesmo era simbolizar sua angústia, falar sobre a culpa que estava sentindo e elaborar os aspectos psicológicos envolvidos na situação. Foi um atendimento com poucas intervenções, mas de muito valor a T., que tinha uma demanda para aquele momento específico. Encerrei o atendimento quando percebi que ela já estava mais tranquila, menos angustiada e me ofereci para atendê-la caso ela sentisse a necessidade. Ela agradeceu, com um semblante um pouco mais alegre.

Mais tarde, soube por uma das psicólogas do hospital que Dona R. havia falecido. Ainda bem que T. teve tempo de elaborar suas questões e se despedir da amiga, que já estava pronta para partir. O caso se deu num único atendimento, em que a urgência subjetiva era a possibilidade de elaborar a perda de alguém muito querido. A senhora T. pode subjetivar e colocar em palavras ao do campo real que a invadia naquele momento. Alguém estava ali para escutá-la e acolher seu choro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicanálise nasce de um rompimento com a medicina moderna, que excluía a subjetividade e se ocupava apenas com o corpo. A entrada da psicanálise no hospital é uma nova possibilidade de dar voz ao sujeito calado pela intervenção médica. É possível fazer psicanálise no hospital através do próprio método analítico, que tem uma única regra fundamental: a associação-livre. Assim, o paciente irá falar sobre si e o psicanalista irá intervir de modo que ele produza mais associações, mantendo uma escuta flutuante do que é dito.

O *Setting* é o próprio ambiente hospitalar, isto é, tudo o que faz parte do cenário de um hospital: leitos, medicamentos, equipe médica, rotina, um grande movimento de pessoas, aparelhos médicos, e etc. O tempo é o tempo do inconsciente, que também fica limitado pela rotina do hospital. O tratamento psicológico é breve, na maioria das vezes não se sai das entrevistas preliminares, mas o efeito é valioso e pode ser produtor de demanda de análise propriamente dita. Em muitos casos o que é feito é a apaziguação da angústia, mas não porque esta foi eliminada, sim porque foi simbolizada através da fala. Dessa forma, o desejo da medicina de que o paciente não lhe dirija os aspectos psicológicos é atendido, como um efeito do trabalho analítico, pois os pacientes encontram um lugar para essas questões. Falar, por si só, é um ato de simbolização.

Referências

BARRETO, Francisco Paes. Notas sobre a história da medicina. In: _____ **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010^a. 334p.

BARRETO, Francisco Paes. A urgência subjetiva na saúde mental. In: _____ **Ensaio de Psicanálise e Saúde Mental**. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2010^b. 334p.

CHEMAMA, Roland. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre, Artes Médicas. 1998. 240p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FERREIRA, Nadiá Paulo. MOTTA, Marcus Alexandre. **Histeria: o caso Dora**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. 76p.

FREUD, Sigmund (1896^a). **A hereditariedade e a etiologia das neuroses**. Edição Standard Brasileira, Vol. III, Rio de Janeiro, Imago Editora, 2015. 202p.

_____ (1896^b) **A etiologia específica da histeria**. Edição Standard Brasileira, Vol. III, Rio de Janeiro, Imago Editora, 2015. 202p.

_____ (1897) **Carta 69**. Edição Standard Brasileira, Vol. I, Rio de Janeiro, Imago Editora, 2015. 306p.

_____ (1904-03) **O método psicanalítico de Freud** Edição Standard Brasileira, Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 196p.

_____ (1905^a) **Sobre a psicoterapia**. Edição Standard Brasileira, Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 196p.

_____ (1905^b) **Tratamento psíquico ou (anímico)**. Edição Standard Brasileira, Vol. VII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 196p.

_____ (1912) **A dinâmica da transferência**. Edição Standard Brasileira, Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 210p.

Recebido em: 02/10/2017

Aceito em: 07/02/2018

Endereço para correspondência:
Nome Lílian Magalhães Costa Lima
Email lilcosta84@yahoo.com.br

_____ (1913) **Sobre a psicanálise**. Edição Standard Brasileira, Vol. XII, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 210p.

_____ (1924) **Uma breve descrição da psicanálise**. Edição Standard Brasileira, Vol. XIX, Rio de Janeiro: Imago Editora, 2015. 170p.

JORGE, Marco Antônio Coutinho. FERREIRA, Nadiá Paulo. **Freud, criador da psicanálise**. 3^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2012. 71p.

MAURANO, Denise. **Para que serve a psicanálise?** 5^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2016. 65p.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. 217p.

MOURA, Marisa Decat de. (Org) **Psicanálise e Hospital**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 98p.

QUINET, Antônio. **As 4+1 condições da análise**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 115p.

ROMANO, Bellkiss W. **A tarefa do psicólogo na instituição hospitalar**. in: ROMANO, Bellkiss W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 4^a ed. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2007. 145p.

SIMONETTI, Alfredo, **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. 8^a ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2015. 200p.



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons Attribution 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)