

# **POSSIBILIDADES E LIMITES DO ATENDIMENTO PSICANALÍTICO NA ATENÇÃO A PACIENTES INTERNADOS EM SETOR DE HEMATOLOGIA DE UM HOSPITAL – ESCOLA**

*Mariana Oliveira do Rêgo*

Este trabalho propõe-se a relatar e a refletir, de maneira concisa minha atuação enquanto estagiária do Serviço de Psicologia na enfermaria de um hospital-escola.

O setor de hematologia do referido hospital, onde foi realizado o estágio, é vinculado à Clínica I e conta com serviços de enfermaria e ambulatório.

Os atendimentos ambulatoriais são realizados no HEMOCE, enquanto a enfermaria é situada no interior do próprio hospital. Em virtude das alocações de pessoal inerentes à própria demanda organizacional da instituição, fui designada apenas ao serviço de enfermaria, ou seja, minha atuação não compreendia as atividades do ambulatório.

A enfermaria da hematologia – que é dividida com o setor de reumatologia – conta com 22 leitos, dentre os quais quatro são destinados ao isolamento. A equipe consiste de três enfermeiros, os preceptores docentes (vinculados à faculdade de medicina), três residentes de medicina (vinculados à Residência em Clínica Médica), um número oscilante de internos (em geral, de 7 a 9), o psicólogo responsável pelo setor, um psicólogo residente e, atualmente, duas estagiárias de psicologia. Além disso, o setor conta com as auxiliares de enfermagem, a assistente social e a nutricionista.

Por se tratar de um hospital-escola, vemos grande rotatividade no setor pessoal: internos que mudam de setor a cada mês, estagiários que se vão ao fim de cada período letivo e alunos que fazem visitas esporádicas nas práticas das disciplinas relativas ao setor, além, é claro, das mudanças de residentes (os da medicina ficam dois meses em cada setor, e os da psicologia, três). Assim sendo, o ambiente se mostra

bastante movimentado e dinâmico, sempre com leitos cercados de estudantes e corredores fervilhando em atividades.

É nesse contexto que os pacientes – em sua maioria, portadores de algum tipo de leucemia – vivem a situação do adoecer. Alguns pacientes alegaram se sentir mais “seguros” e “cuidados” através do atendimento efetuado por muitas pessoas, enquanto outros já citam a falta de condições para a criação de um vínculo mais forte, frisando sempre que a rotatividade é alta e que “*se passa um mês com um, outro mês com outro*”.

Em virtude da debilidade imunológica dos pacientes, as refeições são efetuadas no próprio leito. Essa informação se faz de vital importância para nós, já que, se houvesse alguma espécie de refeitório, alguns atendimentos poderiam ser lá realizados. No entanto, como não se dispõe disso nem de uma sala reservada para a Psicologia, os atendimentos individuais são realizados ao lado do próprio leito, seja na enfermaria, seja na unidade de isolamento.

Tais atendimentos possuem especificidades interessantes. Uma delas é a possibilidade de interrupções do atendimento por visitas de outros profissionais ou pela necessidade de se efetuar algum procedimento (como coleta de sangue, por exemplo). A fim de reduzirmos as chances de que nosso atendimento seja atrapalhado por essas rotinas próprias do hospital, é necessário que estejamos sempre atentos à dinâmica e ao movimento da enfermaria, a fim de sabermos os horários em que determinadas atividades costumam ocorrer. Assim, podemos tentar remanejar nossos atendimentos em um horário menos atribulado.

Pude observar, por exemplo, que, de manhã cedo, é possível realizar atendimentos no setor de isolamento, já que este, por se tratar de uma unidade com entrada restrita e ausência de acompanhante para os pacientes, se mostra menos atribulado com a rotina do hospital. O período do meio da manhã me pareceu mais

apropriado para o atendimento nas enfermarias comuns. Isso se deve a dois motivos: o primeiro é que, de manhã cedo, muitos pacientes estão dormindo ou se encontram indispostos. O segundo é que, na parte final da manhã, principalmente a partir das 11:00h, os preceptores costumam realizar suas visitas à enfermaria, de modo que os leitos se encontram, nesse horário, quase sempre cercados de professores, residentes, internos e alunos que estejam cursando algum módulo relacionado à hematologia.

Mesmo levando em consideração essa rotina, nada impede que os atendimentos, vez por outra, sejam interrompidos. Isso ocorre em virtude de procedimentos extras, de visitas fora de hora ou mesmo por causa do banho, que, segundo uma enfermeira, *“não tem hora certa para acontecer, é na hora que der”*.

Foi nesse contexto que atuei enquanto estagiária de psicologia inserida em uma equipe multiprofissional. Foi nesse contexto que desenvolvi uma escuta analítica dos sujeitos acometidos pelos diversos tipos de afecções hematológicas, e é sobre ele que gostaria de refletir.

Nesse *setting* permeado por intempéries diversas, tão diferente do contexto do consultório, surge a pergunta se é possível realizar atendimentos psicanalíticos dentro de um hospital-geral. Para tentar refletir sobre isso, devemos lembrar que o hospital é um ambiente diferenciado, no qual, ainda assim, as condições fundamentais para a ocorrência de uma escuta analítica podem surgir. Que condições são essas?

Desde o tempo em que Freud tratou as primeiras histéricas que chegaram ao seu consultório, a psicanálise tem um material de trabalho bastante específico: a fala do paciente. É através desses discursos, dos ditos e dos não ditos, que o sujeito do inconsciente emerge. Para que ocorra tal emergência, ao contrário do que levianamente se pensa, para que se possa empreender uma escuta analítica, não se faz necessário uma sala fechada equipada com um divã. Precisamos apenas de três elementos: associação

livre, sua contrapartida, a atenção flutuante, e a transferência, sobre a qual o analista trabalhará.

A **transferência** é o processo pelo qual determinados desejos inconscientes do sujeito se atualizam no enquadre analítico. Freud nos dá uma definição (porém não uma descrição) do que seria essa tendência transferencial no seguinte trecho, retirado do texto *A Dinâmica da Transferência*, de 1912:

Deve-se compreender que cada indivíduo, através da ação combinada de sua disposição inata e das influências sofridas durante os primeiros anos, conseguiu um método específico próprio de conduzir-se na vida erótica – isto é, nas condições para enamorar-se que estabelece, nos instintos que satisfaz e nos objetivos que determina a si mesmo no decurso daquela. Isso produz o que se poderia descrever como um clichê estereotípico (ou diversos deles), constantemente repetido – constantemente reimpresso – no decorrer da vida da pessoa, na medida em que as circunstâncias externas e a natureza dos objetos amorosos a ela acessíveis permitam, e que decerto não é inteiramente incapaz de mudar, frente a experiências recentes.(1912, p. 111)

Como podemos ver, mesmo nesse período, Freud já atrela a noção de transferência à noção de repetição, mesmo que não tenha, ainda, enunciado formalmente o conceito de pulsão de morte (o que só ocorre em 1920, com *Além do Princípio do Prazer*) e a sua segunda teoria do aparelho psíquico.

Em seus *Artigos Sobre Técnica*, Freud também coloca a transferência como uma das maiores fontes de resistência durante uma análise. Façamos um breve – porém necessário – corte para nos dedicarmos ao conceito de **resistência**. A palavra foi usada por Freud muitas vezes no decorrer de sua obra, fosse para delimitar genericamente os mecanismos de defesa, fosse para se referir à resistência no processo analítico. É a essa última conceituação que nos iremos deter. Como Roudinesco (1998) bem nos coloca, resistência é o “*termo empregado em psicanálise para designar o conjunto de reações*

das um analisando cujas manifestações, no contexto do tratamento, criam obstáculos ao desenrolar da análise” (p. 659)

Por que seria, então, a transferência uma resistência? No período dos Artigos, Freud considera que a transferência não passaria de uma **repetição** de circuitos inconscientes, repetição essa que insere o analista em alguma posição dentro de tal circuito, incluindo-o, assim, na repetição. Um exemplo disso seria o analisante colocar o analista na posição, dentro do circuito pulsional, ocupada, por exemplo, por uma das figuras parentais. Essa repetição ocorre por uma falta de rememoração da situação, e, assim, ocorre através de **atos (acting out)**. Freud, em *Recordar, Repetir e Elaborar*, de 1914, escreve:

Há um tipo especial de experiências da máxima importância, para a qual lembrança alguma, via de regra, pode ser recuperada. Trata-se de experiências que ocorreram em infância muito remota e não foram compreendidas na ocasião, mas que subseqüentemente foram compreendidas e interpretadas. [...] o paciente, após suas resistências haverem sido superadas, não mais invoca a ausência de qualquer lembrança delas (qualquer sensação de familiaridade com elas) como fundamento para recusar-se a aceitá-las. [...]. Há certos casos que se comportam como aqueles sob a técnica hipnótica até certo ponto e só mais tarde deixam de fazê-lo, mas outros conduzem-se diferentemente desde o início. Se nos limitarmos a este segundo tipo, a fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (acts it out). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo. (1914, p. 165)

Tal repetição seria uma resistência porque ao se repetir, através de ações, determinado conteúdo – o que inclui, decerto a repetição que ocorre na transferência – se está criando uma resistência para rememorar-lo e elaborar-lo, ou seja, para se defrontar com ele e dar-lhe uma significação (ou uma *nova* significação).

Todas essas considerações sobre a transferência (e conceitos correlatos, como a repetição) se fizeram necessárias para demonstrar que, com a presença dos três supracitados fatores – transferência, associação livre e atenção flutuante – é possível que surja o saber inconsciente, apesar de toda a peculiaridade do hospital enquanto

*setting*. Como nos diz Moretto (2001), “Se o sujeito quer saber sobre si mesmo, ele vai demandar isso onde quer que ele esteja, independente do fato de ter algo orgânico ou não”. (p.99) Assim sendo, acreditamos que a prática da escuta analítica dentro do hospital seja válida, apesar de, devemos ressaltar, não intentarmos empreender um processo de análise com os pacientes (o próprio tempo de permanência do paciente, dentre outros fatores, já acabaria com quaisquer tentativas).

Apesar dos constantes queixumes de que não se pode praticar a escuta analítica dentro de um hospital geral, devido às próprias características dessa instituição, concluimos, que é possível, sim, que se estabeleça um vínculo e, para tanto, é necessário apenas que se mostre a disponibilidade de escutar.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Freud, Sigmund. **A Dinâmica da Transferência** In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. **Recordar, Repetir e Elaborar** In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O Que Pode um Analista no Hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ROUDINESCO, Elisabeth & PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Horge Zahar, 1998.

## **SOBRE A AUTORA**

**Mariana Oliveira do Rêgo** é psicóloga (UFC) e mestranda em psicologia pela referida universidade. Realizou formação básica em psicanálise junto ao Corpo Freudiano – Escola de Psicanálise – Seção Fortaleza.