

PSICANÁLISE NO HOSPITAL: UMA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Yuri Ximenes Ávila Siqueira Telles

Este artigo trata de questões concernentes à minha experiência de um ano de estágio no Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC – como um de meus locais de estágio curricular em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará.

Minha atuação se deu no setor de Clínicas Cirúrgicas, abrangendo as áreas de: Plástica, Cabeça e Pescoço (C.P.), Oftalmologia, Traumatologia, Urologia, Mastologia, Coloproctologia, Vascular, Otorrino e Cirurgias Gerais. Uma vez que todos os pacientes ali passaram ou vão passar por algum procedimento, é relevante que sejam trabalhadas as questões que emergem e que são perpassadas por essa experiência, quer seja dolorosa, invasiva, traumática.

Pensando nos limites e possibilidades de atuação de um Psicanalista naquele ambiente, pode-se questionar sobre a possibilidade dessas escutas, se os pacientes se sentiriam à vontade, e mais ainda, como seria a prática de um analista num hospital. Tais inquietações podem nos levar a refletir como utilizar nosso viés teórico-metodológico num ambiente que se difere nitidamente da clínica comum, regido pelo modelo biomédico: ainda que sob severas críticas e opiniões desfavoráveis, há como “fazer” Psicanálise no ambiente hospitalar? Se Freud e Lacan começaram a desenvolver suas teorias atendendo sujeitos em hospitais, por que seria inviável a Psicanálise no Hospital? Seria o ambiente institucional um empecilho para desenvolvermos a escuta do sujeito?

Após conhecer de perto o ambiente, e também parte da equipe que ali atuava, como os residentes, enfermeiros, auxiliares, pensei na quantidade de pessoas, idéias e discursos que ali se encontram. Mais uma vez me indaguei como o paciente poderia dispor de privacidade num

local onde a circulação é intensa. O ambiente, nesse caso, demanda uma flexibilidade de qualquer profissional que ali realize atividades, e a psicanálise, diferenciando-se em alguns aspectos da clínica comum, não se encontra fora disso.

A psicanálise não pode se encontrar fora dessa flexibilidade, porém não deve fugir do cerne que a sustenta: a questão da demanda e da transferência de saber. Segundo Moretto (2001), esse aspecto é o mesmo tanto na instituição quanto no consultório particular, não tendo a ver com onde está o paciente, mas com ele próprio, com suas questões, com sua demanda e que a psicanálise não se encontra num *setting* ideal e que o inconsciente, objeto de estudo do trabalho do analista, está aí onde o sujeito fala. Dessa forma, essa demanda de saber poderia se dar, seja num leito de hospital ou num divã.

Com o passar do tempo, minhas inquietações a respeito do fazer psicanalítico foram se dissolvendo. É possível pensar, antes de tudo, em uma atuação “plástica”, que pode acontecer com qualquer um que traga uma demanda e que a sustente, seja onde for. Desse modo, percebo que a Psicanálise está muito mais relacionada ao lugar que o analista coloca o analisante em sua demanda e, sobretudo, onde este se localiza perante sua queixa e ao tipo de escuta que a ele se direciona, do que ao *setting* analítico, tendo em vista que Lacan inferiu que o essencial para o trabalho do analista se encontra na palavra do analisante, através da associação livre.

Lacan já dizia, em seu escrito “A direção da cura e os princípios de seus poder” (1958), que a oferta criaria, pois, uma demanda de saber, e é em termos de desejo que se responde a essa demanda, não no sentido de atendê-la de pronto, sob risco de um *furor sanandi* que estaria mais de acordo com o discurso médico. A cura viria sempre por acréscimo. Cura e Dor são significantes bastante mencionados, discutidos e (re)pensados na

escuta diária dos pacientes. Sobrevém, entretanto, uma atuação que promova a emergência do sujeito, em que este expresse e elabore sua relação com esses significantes primordiais.

Ainda pensando sobre a questão da demanda entre os pacientes e sua rotatividade, minha atuação se deu, a partir de certo momento, com maior incidência junto aos pacientes de Cirurgia Vascular, não sem justificativa: além de apresentarem muitas comorbidades (diabetes, problemas de hipertensão, doenças renais, amputações etc.), passam, muitas vezes, por internações mais prolongadas. Esse prolongamento possibilitaria, portanto, uma escuta mais preci(o)sa, estabelecimento de vínculos (paciente e familiares) e intervenções mais cabíveis, que extrapolassem as pontuações que eram possíveis em visitas – fomentando, pois, discursos de maior capacidade elaborativa.

Segundo Clavreul (1983), a ordem médica, representante do discurso científico, se inscreve enquanto prática no discurso do mestre, que se trata essencialmente do acionamento da sugestão sobre o sujeito, isto é, do acionamento de um significante-mestre sobre o outro tomado enquanto saber. A dimensão imperativa do significante nesse discurso é alçada à sua máxima potência e o sujeito acha-se submetido a esse imperativo cuja principal finalidade é elidir sua divisão constitutiva.

Desse modo, a objetividade e a cientificidade do discurso médico excluem o lado subjetivo, tanto o do paciente quanto o seu próprio. É a partir dessa lacuna existente no saber médico que entra o discurso do psicanalista (SANTOS, 2007). De acordo com Moretto (2001), o movimento freudiano de privilegiar o sujeito em suas particularidades é um movimento de ruptura do saber médico, ou seja, há uma antinomia em relação a essas duas formas de conceber o sujeito em sua doença. Enquanto o analista visa o psiquismo do sujeito através da sua fala, o médico sabe e diz o que é melhor para o indivíduo. Dessa feita, teríamos a relação médico-paciente na interface entre a Ordem médica, que pende para um

assujeitamento/objetalização do paciente, e a Psicanálise, que promove uma abertura à “desobjetalização” do mesmo.

Considero pertinente o saber psicanalítico nessa instituição, pois se difere metodologicamente das psicoterapias. Estas primam e visam pela política do bem-estar do sujeito, objetivando minimizar os sintomas que se encontram evidentes no paciente, diminuir suas “ansiedades” e “resistências” ao tratamento, sendo que para isso oferecem novos significantes-mestres através do efeito sugestivo. Ora, se na análise, a mestria fundadora do sujeito é resgatada, para poder em seguida perder sua consistência, a psicoterapia fornece-lhe uma nova mestria, tamponando ainda mais o sujeito que já se encontra preso pela identificação com seus significantes-mestres. É dessa forma que se torna relevante o saber do psicanalista nessa instituição, pois ele abrirá um espaço para que o sujeito, a partir de sua fala, perceba sua mestria fundadora e que só ele é capaz de saber o que é melhor ou não para si.

Outro ponto a considerar a respeito da psicanálise nesse contexto hospitalar refere-se à transferência e ao suposto saber. O médico surge para o paciente como uma figura de suposto-saber e o desejo que é dirigido à sua pessoa muitas vezes pode expressar o desejo que o doente tem de apropriar-se do seu saber. No entanto, como o médico não lida com sentimentos conscientes ou inconscientes, surge o psicanalista nessa relação dual, para reconhecer e manejar a transferência, que é deslocada do médico para o psicanalista. Essa seria uma das funções das entrevistas preliminares, cuja meta é ligar o paciente a seu tratamento e à pessoa do analista.

Segundo Quinet (2007), é a partir da transferência que ocorre a presentificação da realidade do inconsciente enquanto sexual, e o seu estabelecimento é correlato à delegação àquele que é seu alvo de um bem precioso que causa o desejo, causando, portanto a própria transferência.

Em relação à demanda de análise no hospital, ela se difere da prática de consultório, pois neste é o paciente que se oferece ao tratamento, não havendo problema para trabalho com base no viés teórico da psicanálise, pois segundo Lacan, com a oferta da escuta se cria a demanda. No hospital, há um movimento inverso: o analista é que busca o paciente. Mesmo que em alguns momentos solicitado por outros membros da equipe, somos nós que nos dirigimos a esse sujeito, muitas vezes em caráter “exploratório”; cria-se uma oferta, mas dessa oferta, nem sempre, desponta uma demanda, sendo nosso papel estar atento a essa possibilidade. Num ambiente dinâmico e ligado a diversas fantasias, a clínica analítica pode, pois, encontrar seu lugar – escuta, elaboração e advento do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLAVREUL, J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

LACAN, J. A direção do tratamento e os princípios do seu poder. IN: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998 [1958], p. 591-652.

MORETTO, M. L. T. O que pode um analista no hospital? São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

QUINET. A. As 4+1 condições da análise. 11. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

SANTOS, D. B. dos. Psicanálise e Medicina ou a Subjetividade no Contexto Hospitalar. IN: LAGE, A. M. V.; MONTEIRO, K. C. C. (Orgs.). Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática em Hospital Universitário. Fortaleza: Edições UFC, 2007.

SOBRE O AUTOR

Yuri Ximenes Ávila Siqueira Telles. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará. Residente Multiprofissional do Hospital Universitário Walter Cantídio. Membro do Corpo Freudiano de Fortaleza – Escola de Psicanálise