

Instituição e saúde: reflexões sobre a prática psicanalítica nos hospitais

Christiane Couri Freire*

Gloria Sadala**

Quando isto acontecer, haverá instituições ou clínicas de pacientes externos, para os quais serão designados médicos analiticamente preparados [...] que possam tornar-se capazes, pela análise, de resistência e de trabalho eficiente.

(Sigmund Freud, 1919[1918])

RESUMO: Partindo de uma experiência institucional, discorremos a respeito da possibilidade da prática psicanalítica no campo clínico-hospitalar. A psicanálise na instituição propicia questionamentos sobre o que valida a clínica. Tomando como ponto de partida a escuta de pacientes, inferimos que há um sujeito que opera, respaldando-nos na possibilidade e na relevância da inserção do discurso do analista em uma instituição. Deparamo-nos com especialidades médicas e áreas afins, cujo propósito é diagnosticar, tratar doenças. A partir dos pressupostos freudianos, surge mais um lugar para o tratamento das manifestações corporais, pois a partir do não saber, o analista convida o sujeito a construir a sua verdade sobre o seu sofrimento.

Palavras-chave: PSICANÁLISE; INSTITUIÇÃO; DISCURSO DO ANALISTA; CORPO.

Institución y Salud: Reflexiones sobre la Práctica Psicoanalítica en los Hospitales

RESUMEN: Partiendo de una experiencia institucional, discurremos acerca de la posibilidad de la práctica psicoanalítica en el campo clínico-hospitalar. El psicoanálisis en la institución propicia cuestionamientos sobre lo que valida la clínica. Tomando como punto de partida la escucha de pacientes, inferimos que hay un sujeto que opera, respaldándonos en la posibilidad y en la relevancia de la inserción del discurso del analista en una institución. Nos encontramos con especialidades médicas y áreas afines, cuyo propósito es diagnosticar, tratar enfermedades. A partir de los presupuestos freudianos, surge un lugar más para el tratamiento de las manifestaciones corporales, a partir del no saber, el analista invita al sujeto a construir su verdad sobre su sufrimiento.

Palabras clave: PSICOANÁLISIS; INSTITUCIÓN; DISCURSO DEL ANALISTA; CUERPO.

Institution et Santé: Réflexions sur la Pratique Psychanalytique à l'Hôpital

À partir d'une expérience institutionnelle, nous discuterons de la possibilité de la pratique psychanalytique dans le domaine clinique-hospitalier. La psychanalyse dans l'institution suscite des interrogations sur ce qui valide la clinique. En prenant comme point de départ

* Psicanalista. Coordenadora e docente do Programa de Pós-graduação stricto sensu em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA). Professora do curso de especialização em Psicologia Clínica (PUC-Rio).

ORCID Id: <https://orcid.org/0000-0002-6927-6326>

E-mail: gloriasadala@gmail.com

** Psicanalista. Doutoranda em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA). Membro da Diretoria da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia - SBPO/RJ, membro associada da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.

ORCID Id: <https://orcid.org/0009-0008-4813-897X>

E-mail: ccouri.freire@gmail.com

l'écoute des patients, nous déduisons qu'il y a un sujet qui opère, nous appuyant sur la possibilité et la pertinence de l'insertion du discours de l'analyste dans une institution. Nous sommes confrontés à des spécialités médicales et à des domaines connexes, dont le but est de diagnostiquer, de traiter les maladies. À partir des hypothèses freudiennes, il y a un autre lieu pour le traitement des manifestations corporelles, à partir de l'ignorance, l'analyste invite le sujet à construire sa vérité sur sa souffrance.

Mots-clés: PSYCHANALYSE; INSTITUTION; DISCOURS DE L'ANALYSTE; CORPS.

Considerações iniciais

O que autoriza e legitima o analista em sua função no campo clínico-hospitalar? É possível exercer a psicanálise nos hospitais?

Partindo de um saber sobre o inconsciente, a psicanálise inaugura um novo campo que provoca questionamentos quanto à sua práxis, sobretudo em contextos não convencionais. Na atualidade, constatamos o aumento do número de psicanalistas incorporados aos serviços de saúde, convocando a psicanálise ao trabalho, bem como a sua aplicação em novos espaços diferenciados, em que demandas avançam a partir da introdução destes profissionais nas mais diversas instituições de tratamento. Com base em tais inferências, propomos discussões acerca da viabilidade da oferta desta escuta no ambiente institucional.

Uma prática psicanalítica no hospital

Nossa discussão parte da prática institucional no segmento da oncologia, cuja trajetória foi marcada por inúmeras interrogações que convocaram a uma investigação a respeito das especificidades dessa clínica e do lugar do analista. Essa experiência acerca de sujeitos que apresentam graves patologias manifestadas na materialidade de seu corpo teve início no Instituto Nacional do Câncer (INCA) e estendeu-se a uma instituição privada de saúde, denominada Oncomed, onde há três décadas, desenvolvemos nosso percurso, tendo o privilégio de implantar o serviço de psicanálise.

Partindo de considerações acerca de uma proposta de atendimentos psicanalíticos em uma instituição, visamos correlacionar dois campos do saber: a psicanálise e a medicina, por meio de propagações e reverberações que permearam este contexto e os ensinamentos que o corpo pôde proporcionar, partindo de escutas singulares com sujeitos. Começamos, dessa maneira, pelo principal objetivo que concerne a este estudo: o de nos certificarmos quanto à viabilidade do exercício da psicanálise no contexto institucional, uma vez que evidenciamos, não poucas vezes, posicionamentos controversos quanto a uma prática que não corresponde exatamente aos padrões convencionais adotados nos consultórios. A partir de tais inquietações, entre os vários



níveis de incitação a esta reflexão, que vão desde a teoria, a técnica e a estratégia, interrogamo-nos se seria possível pensarmos a psicanálise em um contexto diferenciado dos padrões adotados em consultórios e que nos autorizaria perante essa prática. São inúmeros os questionamentos que nos convocam à tarefa de debater problemas relacionados à instituição.

Concebemos a importância de nos apoiarmos em pressupostos psicanalíticos e em seus fundamentos éticos a fim de assegurarmos-nos quanto à possibilidade de os atendimentos psicanalíticos acontecerem independentemente da tradicionalidade do espaço privado do consultório, sem o uso de divã, poltrona de analista etc. Sustentados, sobretudo, pelos fundamentos dessa práxis e recorrendo a Sigmund Freud e a Jacques Lacan, propomos revisitar alguns preceitos que nos permitem avançar nesses pontos. Consideramos que as indagações levantadas quanto à posição da psicanálise nas instituições encontram-se em ambos os autores, que colocaram ao nosso alcance dispositivos e metodologias para uma prática possível para além do tratamento *stricto sensu*.

Freud (1930/2020) diz, no texto *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921/2020), que na psíquica do indivíduo, o outro seria considerado como modelo, como objeto, como adversário e, por isso, a psicologia individual seria simultaneamente psicologia social. Essa concepção não contribuiria para o entendimento de um enlace entre o social e o individual, facilitando para pensarmos psicanálise aplicada em contextos sociais?

A oposição entre psicologia individual e psicologia social ou das massas, que pode nos parecer muito importante à primeira vista, perde muito de sua nitidez se examinada a fundo. Certamente, a psicologia individual é dirigida ao ser humano individualmente e procura seguir por quais caminhos ele tenta alcançar a satisfação de suas moções pulsionais; no entanto, ao fazê-lo, e sob determinadas condições excepcionais, só raramente ela estará em posição de desconsiderar as relações desse indivíduo com os outros. Na vida psíquica do indivíduo, o outro é, via de regra, considerado como modelo, como objeto, como auxiliar, e como adversário, e por isso a psicologia individual é também, de início, simultaneamente psicologia social, nesse sentido ampliado, mas inteiramente legítimo (Freud, 1921/2020, p. 137)

Consideramos que as abordagens sobre o futuro da psicanálise e de sua aplicabilidade nas instituições encontram-se presentes em vários escritos de Freud, como: *As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica* (1910/1996a), *Linhas de progresso da terapia psicanalítica* (1919[1918]/1996b) e *Conferência XXXIV – Explicações, aplicações e orientações* (1932/1996c). Nesses momentos, Freud sinaliza os benefícios que o avanço da psicanálise poderia proporcionar à massa e às camadas sociais da população em condições de vulnerabilidade e acaba por prever o progresso da teoria psicanalítica acontecendo em instituições.

Freud antecipava-se diante da revisão da técnica psicanalítica, a fim de adaptá-la às novas condições. Pode-se destacar, nesse sentido, o texto “Linhas de progresso da terapia psicanalítica” (1919[1918]/1996b), extraído do pronunciamento no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste em 28 e 29 de setembro de 1918, quando ele aponta claramente a necessidade da revisão dos procedimentos terapêuticos e do processo inacabado de construção do conhecimento psicanalítico. Ele declara:

Agora que nos reunimos uma vez mais, após os longos e difíceis anos que atravessamos, sinto-me impelido a rever a posição do nosso procedimento terapêutico ao qual, na verdade, devemos o lugar na sociedade humana, e assumir uma visão geral das novas direções que se pode desenvolver (Freud, 1919[1918]/1976, p. 201).

Dessa maneira, o autor posiciona-se favoravelmente às novas condições da psicanálise, descrevendo que, por meio de algum tipo de organização, instituições ou clínicas de pacientes

externos, seria possível aumentar a abrangência do tratamento psicanalítico para a população. Para que isso acontecesse, contudo, sinaliza que “nos defrontaríamos com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições [...], mas precisaremos buscar as formas mais simples e mais facilmente inteligíveis de expressar as nossas doutrinas teóricas” (Freud, 1919[1918]/1976, p. 210).

O avanço da prática psicanalítica nas instituições acompanhou o próprio desenvolvimento da teoria psicanalítica. E, retomando as formulações freudianas, em meados do século XX, Lacan, preocupado com os desvios ocasionados, ratifica os princípios fundamentais da psicanálise, com o propósito de restaurar a práxis original.

No Ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise, em 21 de junho de 1964, Lacan propõe-nos as bases em que se deve realizar a formação do analista. Nesse texto, com o propósito de reconduzir a práxis original instituída por Freud, divide a psicanálise em “psicanálise pura” e “psicanálise aplicada”. Embora essas duas seções sejam mencionadas de formas distintas, para Lacan, ambas estão a serviço da formação do analista e da causa analítica, sendo guiadas pelo imperativo ético que denuncia os desvios e as concessões que amortecem o progresso da psicanálise, degradando o seu emprego.

Segundo Lacan (1964/2003a, p. 236), a “psicanálise pura” seria a “práxis e [a] doutrina da psicanálise propriamente dita, não é nada além – o que será estabelecido no devido lugar – da psicanálise didática”. Dessa forma, a “psicanálise pura” estaria relacionada ao campo no qual o analista realizará sua formação a partir de sua experiência como analisante, estando relacionada ao estudo e à pesquisa dos conceitos psicanalíticos, não sendo uma técnica terapêutica. Já a “psicanálise aplicada” estaria relacionada “ao que significa de terapêutica e clínica médica” (Lacan, 1964/2003a, p. 237), sendo atribuída ao campo da prática analítica. Nesse campo da psicanálise aplicada, pode-se afirmar que há um analista, mas não há análise propriamente dita. O exercício no campo da psicanálise aplicada implica necessariamente a passagem do analista pela psicanálise pura, que deve estar sustentada pelo tripé análise pessoal, práticas supervisionada e estudo teórico. Somente dessa forma se torna possível preservar os princípios que norteiam uma autêntica prática psicanalítica, impedindo sua dissolução em outros discursos.

Lacan introduz em seus estudos a lógica coletiva, o dispositivo de cartel e os discursos como formas de ordenamento de gozo e do laço social que contribuem de maneira significativa para a compreensão da relação entre a psicanálise e as instituições. Já havia apresentado o texto “O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada” (1945/1998), corroborando o pensamento freudiano no que diz respeito ao enlaçamento social e individual, afirmando: “O coletivo não é nada senão o sujeito do individual” (Lacan, 1945/1998, p. 21).

Posteriormente, em *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise* (1969-1970/1992), Lacan apresenta-nos diferentes posições que um sujeito pode assumir no laço social, fornecendo-nos, mais uma vez, instrumentos para pensarmos o trabalho nas instituições com base na descrição dos discursos: o do mestre, o da histérica, o do analista e o da universidade. Essa será uma nova forma de compreendermos o estabelecimento do laço social e o seu enodamento com o sujeito, quando a experiência analítica é tomada como experiência do discurso, discurso que faz laço, sendo os laços sociais tecidos e estruturados pela linguagem e, por isso, denominados discursos. Nesse sentido, consideramos fundamental questionar o lugar do analista e os demais lugares que se fazem presentes em uma instituição no encontro de diferentes saberes e práticas.

Com base em tais fundamentos, portanto, qual seria o ponto de partida para se construir o trabalho de um psicanalista em uma instituição? Voltemos à pergunta inicial deste escrito: o que nos autorizaria como analistas? Como podemos pensar a aplicabilidade desta técnica em espaços não convencionais como em corredores e leitos hospitalares?

Figueiredo (1997), a partir de uma extensa pesquisa sobre as instituições, aponta-nos que os analistas, de forma confusa e normalmente imperfeita, tentam inserir a psicanálise no serviço público de assistência à saúde. Em seu livro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*, ela nos convoca a questionar o que é feito da psicanálise no ambulatório público e comenta que não existe uma psicanálise, mas sim psicanálises (Figueiredo, 1997). Para a autora, a existência de diversas concepções da psicanálise, como kleinismo, psicologia do ego, lacaniana e freudiana, geraria confusão a seu respeito e, conseqüentemente, influenciaria o trabalho clínico de uma instituição.

Alberti, Bukowitz e Santos (2010) constataram, em pesquisas realizadas em instituições hospitalares, que é comum encontrar uma multiplicidade de interpretações quanto ao que se refere à psicanálise e à sua prática. Para esses autores, muitos profissionais, apesar de se considerarem psicanalistas, não teriam ideia do que seria a psicanálise. Nesse sentido, não haveria homogeneidade quanto ao que seria o lugar da psicanálise na prática cotidiana, pois cada um teria uma ideia própria sobre o que faz o psicanalista dentro da instituição. Muitas práticas distanciam-se dos fundamentos freudianos e lacanianos, por não levarem em consideração a postulação e o entendimento de que o sujeito da psicanálise é necessariamente dividido. Tal aspecto implica que não haja prática psicanalítica possível sem o lastro da teoria e sem o que postula o sujeito, visto que toda a teoria psicanalítica está condicionada à sua verificação clínica. Sendo assim, para esses autores, deve-se associar ao estudo da psicanálise na instituição os conceitos de sujeito e corpo, assim como os de sintoma e pulsão e a concepção freudiana da cultura. O sintoma, para além da fala, é o que viabilizaria a manifestação do sujeito, inclusive em seu corpo, porque sua acepção pela psicanálise é parâmetro de diferenciação da abordagem do psicanalista para os trabalhadores referidos a outros discursos (Alberti; Bukowitz; Santos, 2010, p. 12).

Como base nesta temática, tampouco poderíamos deixar de citar a psicanalista Marisa Decad de Moura, falecida em 2017, referência na prática hospitalar no âmbito privado. Na coletânea *Psicanálise e hospital*, organizada pela autora, encontramos contribuições valiosas, acrescidas de outros autores, sobre a experiência realizada no Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte. Segundo Moura (2000), para uma práxis possível da psicanálise em uma instituição, deve-se pensar não em sua “aplicação”, mas sobretudo na “implicação” de todos envolvidos em uma construção.

Moura descreve que, no espaço hospitalar, o analista se depara com discursos diferentes e que o seu maior desafio é o de sustentar a sua especificidade: “Desafio interessante e que nos tem afetado de maneira especial, porque comprovamos a necessidade de o psicanalista abrir mão do seu narcisismo e “se oferecer” diante da demanda inespecífica, onde ainda não há demanda dirigida ao analista” (Moura, 2000, p. 6).

Acredita a autora que o principal efeito da oferta do analista é a necessidade de precisar melhor os conceitos da psicanálise, o que lhe exigiria maior rigor da prática. As situações de urgência existentes em um hospital exigem que o psicanalista tenha condições para uma abertura diante de uma surpresa e, ao mesmo tempo, condições para produzir recursos possíveis a um convite de trabalho, o que constituirá sua causa.

Estamos, pois, diante do psicanalista e de “sua própria urgência”, isto é, sua própria análise e seu término quando, diante da vida enquanto limite, o colocará em outra posição que possibilitará reflexos seguros, e não distorcer a psicanálise... A psicanálise em extensão se vincula inapelavelmente à psicanálise em intensão e a esta enquanto fim à resposta do mal-estar (Moura, 2000, p. 6).

Moretto (2020), no livro *O que pode o analista no hospital*, diz que o que o analista pode fazer em uma instituição hospitalar não é diferente do que poderia fazer em qualquer

lugar e se aproxima do que é a sua função. A função central do analista seria oferecer uma escuta diferenciada ao paciente em relação ao discurso que predomina no contexto hospitalar: o discurso médico. Na medida em que o analista promove a fala do sujeito e a escuta a partir de uma posição diferente, que é a posição analítica, abre-se a possibilidade de o próprio sujeito escutar-se, propiciando uma subjetivação de sua história. Para a autora, a psicanálise tem espaço no hospital porque ela trata primordialmente da subjetividade, que acaba sendo excluída quando o foco principal é o tratamento da doença, e não do sujeito.

É perfeitamente possível a presença continuada do analista no hospital porque esta garante a possibilidade de a ordem médica continuar com mais tranquilidade, excluindo a subjetividade do paciente para poder tratar daquilo que é o seu objetivo primeiro, a doença. Se o médico tivesse recursos para tratar da subjetividade, muito provavelmente o analista seria dispensado (Moretto, 2020, p. 209).

Respondendo quanto ao que seria o trabalho do analista em uma instituição hospitalar, Alberti (2000), no artigo “Psicanálise: a última flor da medicina – a clínica dos discursos no hospital”, descreve-nos que, para o exercício da psicanálise nesse contexto, fundamentalmente não nos poderíamos distanciar da máxima freudiana, que implica o propósito de que a ética da psicanálise não é a ética humanitária nem a ética do bem supremo, e, sim, sobretudo, é a ética do desejo, precisamente a ética de bem-dizer a relação do sujeito com o seu desejo. Assim sendo, a autora marca a importância de caracterizarmos a intervenção clínica a partir da posição que o analista assume no hospital, de forma que consideremos a fala do sujeito e a transferência.

Dessa maneira, a função do psicanalista no hospital não deve ser a de resolver problemas nem a de negar as possíveis demandas existentes, mas sobretudo a de recolocar a demanda de tratamento de forma que o sujeito possa engajar-se nela. Para a autora, se esse trabalho for realizado, grande avanço terá sido feito para a função do psicanalista no hospital, de forma que ele passa a depender, exclusivamente, de sua própria fala e escuta.

Assim, a via para uma clínica do sujeito no hospital público, necessariamente passa pela transformação da queixa em demanda de tratamento, demanda na qual o sujeito se implica, passando a reconhecer-se como sujeito da fala, verificando sua implicação no seu sintoma e o seu engano quando atribui a um outro os seus problemas (Alberti, 2000, p. 40).

Apostamos que a clínica nas instituições impõe reflexões e mudanças de posicionamento do analista, uma vez que o sofrimento se impõe de maneiras distintas, o que exige do analista a reafirmação do seu lugar e o seu rigor ético. Exige recriar sempre a psicanálise no que ela tem de fundamental, não recuando diante do desejo. Nesse sentido, fundamentalmente, o desejo do analista deve ser colocado sempre em questão.

Respaldados em tais considerações, propusemos formas simples de adaptarmos nossa técnica a novas condições, como nos ensinam os pressupostos freudianos, e através da implantação de um serviço de psicanálise inserido em um contexto institucional damos acesso à escuta de sujeitos acometidos de um real avassalador: o câncer.

Deparamo-nos, contudo, com especialidades médicas e áreas afins, dotadas de discursos que objetivam diagnosticar e tratar as doenças para alívio da dor e do sofrimento, pretendendo, com isso, a resolver todos os males demandados. Distintamente, com a nossa proposta de introduzir o discurso do analista na instituição, propusemos escutar a partir do não saber, convidando o paciente a construir a sua verdade. A possibilidade de inserção institucional desse outro discurso, o do analista, impõe-nos trabalho. Como introduzir um giro discursivo na instituição? Em meio à antinomia entre a psicanálise e a medicina, como

devemos operar com o discurso do psicanalista que se depara na contramão da demanda de colocar em ordem e fazer desaparecer o mal do paciente?

Lacan, já nos apontava a direção que vinha tomando a ciência moderna com sua tendência de foracluir o sujeito a partir de seus arsenais de tecnologias e discursos cientificistas. Na conferência, “O lugar da psicanálise na medicina” (1966/2001), descreve que nenhuma biologia, por mais aprimorada que seja, pode apreender completamente o corpo dos falantes, criando a expressão “falha epistemo-somática”. Tal fato corrobora os efeitos subjetivos reproduzidos no ser humano contemporâneo. A ciência cria o sujeito, mas o exclui de seu campo discursivo. Caberá à psicanálise introduzir o sujeito e o corpo na interlocução com outros saberes.

O trabalho no contexto hospitalar não pretende denegar os progressos da ciência, tampouco os seus benefícios. Somos solicitados a intervir frequentemente em situações em que se clama alívio aos sintomas orgânicos. A inserção do analista requer, principalmente da sua formação e implicação, ética com a psicanálise. Não deixemos de atender ao endereçamento, mas saibamos escutar e manejar de que lugar responder, visto que, distintamente da medicina, o sintoma para a psicanálise não revela a verdade da doença, mas a verdade do sujeito do inconsciente, pois buscamos apreender no sintoma o desejo inconsciente. Por ser considerado um sujeito do inconsciente, da fala e do ato, as manifestações do inconsciente traduzem a verdade de um desejo.

O recebimento da notícia de um diagnóstico estabelece um encontro com o sofrimento, contribuindo na implicação do sujeito com a sua subjetividade. O espaço para o discurso psicanalítico na instituição clínico-hospitalar surge privilegiando o campo da causa, e não do ideal esperado pela equipe multidisciplinar, onde intencionamos dar lugar à particularidade de cada paciente e o seu familiar diante do que é experienciado. A oferta analítica é a de possibilitar que se vá em direção à subjetividade, de modo que cada um possa dar sentido à sua experiência de dor e sofrimento reverberada com o advento da doença.

Desse modo, a psicanálise neste campo, configura-se numa aposta. Aposta, sobretudo, no sujeito, possibilitando-o reencontrar a palavra frente ao real do sofrimento. A escuta da psicanálise na instituição não visa oferecer respostas prontas de adequação às normas e protocolos; propõe-se, porém, tratar o insuportável através do “caso a caso,” tendo como direção o fazer falar, para que possa suscitar em cada sujeito o que ele possui de mais singular, sua história, sua subjetividade. As intervenções apostam, sobretudo, em efeitos que possam produzir, no paciente invadido pelo real, uma experiência de sujeito, promovendo que se implique no seu próprio discurso, tentando desvendar seus enigmas, permitindo que o inconsciente se apresente a partir da sua fala. Desse modo, a intervenção do analista, propõe-se a uma mudança de posição, onde o sujeito através da fala subjetive e ressignifique suas questões, independente do conteúdo que apresente. Em muitos momentos, o mal-estar do paciente relaciona-se diretamente com a sua doença, tempo que o sujeito demanda para elaboração da travessia do adoecimento, principalmente no contexto de internação hospitalar quando se depara com a ameaça de sua finitude. Ao passo, que em outras vezes, a doença surge apenas como um pretexto para que nos conte a sua história, e como se enoda a ela. Consideramos que o diagnóstico, o tratamento e a hospitalização remetem o paciente à angústia, angústia da castração, associada à intervenção no corpo e às limitações e perdas envolvidas.

Apossando-se da complexidade de toda essa discussão, debruçamo-nos no decorrer de nossa experiência, incitando espaços que promovessem lugar ao sujeito, e não exclusivamente à sua doença. Provocamos o acesso à fala em diversos cenários, entre eles ambulatórios, salas de espera, salas de tratamento, corredores, domicílios, enfermarias, quartos e CTIs hospitalares. Criamos uma proposta estruturada de serviço com treze formas distintas possíveis de atendimento durante o tratamento, incluindo acompanhamentos nos mais diversos hospitais credenciados da Instituição Oncomed. Foi um longo e árduo caminho para que este projeto

pudesse ser aceito primeiramente pelos Diretores Médicos, e, seguidamente absorvido pela equipe multiprofissional. Graças a um intenso desejo, no entanto, dispomos hoje de um serviço de psicologia-psicanálise com oito psicanalistas e dez estagiários que estruturam e sustentam essa causa. São inúmeros os projetos oriundos deste serviço. Restringiremos o enfoque ao comentá-lo, dado o objetivo do tema proposto.

Essa prática foi baseada no pressuposto de que a única regra fundamental da psicanálise é o método da associação livre, isto é, uma fala livre das regras do discurso, partindo do inconsciente. Nossa proposta foi ofertar a fala a fim de que uma possível demanda pudesse ser construída, utilizando o método adotado por Freud, que se sustenta na transferência e na lógica do inconsciente com suas leis de funcionamento. Ainda que, na maioria das vezes, os atendimentos realizados não acontecessem em lugares configurados por padrões convencionais, nossa aposta foi sempre na direção de fazer existir a psicanálise em extensão, com a introdução do discurso do analista. Muitas vezes, esses atendimentos desdobraram-se em processos analíticos, marcados pela construção da transferência, outros não, mas nem por isto desconsideramos os efeitos possíveis de uma escuta analítica.

Em “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, consideramos que Lacan nos reafirma seu postulado quanto à possibilidade de abertura do campo psicanalítico ao nos exortar ao novo e questionar o instituído e a acomodação. Ele nos incita a encontrar diferentes formas de exercer a psicanálise em função das novas necessidades que surgem do social e, no último parágrafo dessa Proposição, utiliza um diálogo com um psicanalista americano e conclui: “A Escola Freudiana não pode cair no *tough* sem humor de um psicanalista que conheci em minha última viagem aos EUA: ‘A razão porque jamais atacarei as formas instituídas’, disse-me ele, ‘é que elas me asseguram sem problemas uma rotina que gera minha comodidade’” (Lacan, 1971/2003b, p. 264).

Defendemos que a psicanálise é aquilo que provoca aberturas, surpreende, faz enigmas e não se prende a modelos. Recorreremos à nossa clínica, partindo de um fragmento de caso que supervisionei e que apresento com o nome de “Sol”, indicador dos momentos em que a fala operou como veículo de subjetivação. Não seria esta uma maneira de darmos continuidade à proposta do fundador da psicanálise e seguirmos na direção de Lacan em não recuarmos diante da subjetividade do nosso tempo?

Percebemos que ao serem convocados esses sujeitos para falar sobre a sua história, uma abertura possível se apresenta a partir da circulação de seus significantes. Sendo assim, por meio da nossa escuta, em associação livre, condições surgem para a emergência de uma verdade, o que permite retomar um saber sobre si, favorecendo um outro caminho, que aponta aberturas e possíveis saídas para lidar com a dor.

E nela se aloja um “eu”. Um corpo separado dos outros, e isso se chama de “eu”? É estranho ter um corpo onde se alojar, um corpo onde sangue molhado corre sem parar, onde a boca sabe cantar, e os olhos tantas vezes devem ter chorado. Ela é um “eu” (Lispector, 1984, p. 289).

No século XVII, promovendo um corte com a religião, René Descartes inaugura o pensamento moderno apresentando a necessidade de se encontrar o verdadeiro método científico que coloque a ciência no caminho preciso para o desenvolvimento do conhecimento. Com a psicanálise, a partir dos estudos sobre o corpo, o discurso científico racionalista fundado por Descartes foi colocado em questão. A descoberta do inconsciente, com Freud, promoveu uma reconciliação entre corpo e pensamento, ao se constatar que os sintomas que apareciam no corpo tinham causa psíquica.

Sigmund Freud, médico neurologista, no século XIX, funda a psicanálise a partir de suas investigações anatômicas do sistema nervoso, ao perceber que alguns sintomas corporais

que tratava não podiam ser explicados pelas teorias neurológicas da época. Ao escutar, em seu consultório, pacientes histéricas, observava que suas conversões cediam à medida que falavam sobre o que lhes causava sofrimento, constatando, assim, que o corpo exibe e dramatiza algo que não pode falar. Freud percebeu que, na conversão histérica, o corpo contava com histórias e encenações dramáticas, por meio de paralisias ou tosse, que representariam provas irrefutáveis de que o corpo poderia ter uma função simbólica. Desse modo, Freud possibilitou um outro olhar para a leitura do corpo ao certificar-se, pela conversão histérica, de que este não é puramente um organismo, uma vez que é regido por uma lógica inconsciente.

Desta forma, o autor propõe-se a escutar um corpo que fala, possibilitando um outro olhar na leitura do corpo, ao se certificar de que este é regido por uma lógica inconsciente, não se tratando puramente de um organismo. Enquanto, para o campo da medicina, o corpo obedeceria às leis anatômicas dos órgãos e sistemas funcionais; na psicanálise, ele estaria submetido às leis da linguagem. Os estudos de Freud acabaram por levá-lo a formular toda uma teoria na qual o corpo está além de um conjunto de órgãos e sistemas interligados por leis biológicas. Desse modo, ao possibilitar espaço para a escuta de seus pacientes, Freud pôde construir “tanto um novo ramo do conhecimento quanto um método terapêutico” (Freud, 1940[1938]/1996, p. 91). **Essa é a referência Freud 1996d?**

A escuta no campo da psicanálise faz emergir um discurso daquele que sofre, permitindo aberturas possíveis para lidar com o seu mal-estar. Cada sujeito que chega à instituição oncológica traz consigo sua história, desde quando a doença se lhe inseriu no real do corpo, imprimindo marcas para além de um estado físico. Considerando a psicanálise como uma prática do singular, do caso a caso, o que as marcas inscritas nos corpos desses sujeitos podem escrever sobre eles? O que o corpo nos pode ensinar a partir desses casos?

Partindo do propósito de ofertarmos outro lugar às manifestações do corpo, distintamente do campo da medicina, apresentaremos um fragmento de caso que teve como fundamento a psicanálise, orientado por mim, em um dos hospitais credenciados da Oncomed.

Caso Sol: a escuta psicanalítica no hospital como lugar de travessia subjetiva

A clínica psicanalítica em contextos hospitalares exige do analista uma escuta particular — uma escuta para além dos imperativos do discurso médico-científico. No campo da saúde, onde o corpo biológico ocupa o centro, a subjetividade tende a ser silenciada ou reduzida a efeitos secundários de uma patologia. Nesse cenário, o lugar da psicanálise surge, a partir de Freud, com o entendimento de corpo pulsional, no qual nos inserimos com outra possibilidade: a restituição da palavra e da singularidade, mesmo — e, sobretudo — diante da finitude.

É nessa tessitura, construída ao longo de nossa prática clínica, que se inscreve o caso de Sol — um ato de escuta e de aposta no sujeito. Trata-se de uma mulher de 37 anos, acompanhada ao longo de seis meses em leito hospitalar. O atendimento foi conduzido por uma integrante da equipe sob minha supervisão clínica, no contexto de um dispositivo psicanalítico voltado a pacientes em cuidados paliativos. A experiência clínica aqui narrada permite refletir sobre os efeitos possíveis da palavra, mesmo quando se anunciam os limites do corpo, da vida e do tempo.

Sol, casada, mãe de dois filhos, encontrava-se hospitalizada em estágio avançado de uma neoplasia maligna de reto, com metástases ósseas, hepáticas, pulmonares e invasão de bexiga e ureter. No primeiro encontro com a equipe, apesar da extrema fragilidade física, fez questão de falar. Com dificuldades respiratórias e sob uso contínuo de oxigênio, lançou-se em associação livre, mobilizando lembranças, afetos e fragmentos de sua história — apresentando-se, sobretudo, como sujeito, e não apenas como portadora de uma doença.

Relata que os primeiros sintomas surgiram em 2021, enquanto trabalhava como atendente de caixa em uma lotérica. Relembra episódios recorrentes de dor, dispneia e hemorragias, que a levaram sucessivas vezes aos serviços de emergência. Sentia-se negligenciada, invisibilizada: “Nunca me examinaram direito. Só depois de muito tempo fui saber o que eu tinha.” O diagnóstico definitivo chegou tardiamente, quando já não havia possibilidade de reversão clínica.

Em meio a esse cenário de doença crônica e inserida nos cuidados paliativos, uma pergunta nos atravessa: o que pode o analista no hospital? Moretto (2020), em seu livro homônimo, nos recorda que o que o analista pode no hospital é, precisamente, o que pode em qualquer lugar. Isso implica estar ciente da própria função, dos limites do seu ofício e da ética que sustenta a sua escuta. A autora acrescenta que a psicanálise é possível nas instituições de saúde porque trata, sobretudo, da subjetividade — algo frequentemente excluído quando o foco exclusivo recai sobre a doença, e não sobre o sujeito que a vivencia.

Sol discorre, de forma espontânea, os atravessamentos subjetivos que experimentava no contexto dos cuidados paliativos: “Parece que estou chegando no fim dos meus dias. Desaprendi a comer, a andar, a respirar. As dores precisam ser controladas... preciso reaprender muita coisa... preciso de alguém que me ajude. Mas como faço isso?”

Sol endereça à analista sua dor, seu sofrimento, supondo que ela possa lhe ensinar a reaprender a viver e a controlar as dores. Nesse ponto, algo da transferência circunscreve. A escuta se configura como aposta: lugar em que a fala pode se inscrever como possibilidade de laço, de elaboração e de simbolização. A paciente narra os impedimentos diários, os efeitos das medicações e as inúmeras dores que a atravessam. Incitada a falar das “dores”, traz associações que vão além da experiência hospitalar: “Viver dói, né? Nascemos, adoecemos, sofremos e morremos. Estou aqui agora doendo... dói a alma.”

A escuta analítica sustenta essa abertura para o inominável. Permitindo-se à fala, Sol, nesse processo ao encontro do inconsciente pela via da associação livre, encontra caminhos para simbolizar a sua vivência. Rememora a morte recente do pai, vítima da COVID-19, e estabelece uma articulação entre os acontecimentos: “Ano passado perdi meu pai por COVID. Ele não fez o tratamento. Dizia que uma filha enterra um pai, e não um pai enterra uma filha. Talvez, se não soubesse do meu diagnóstico, ele ainda estivesse vivo.”

A paciente narra sua história de vida, encontrando, no espaço do leito, uma abertura para falar da vida, do futuro, dos seus desejos e da própria morte. Em determinada sessão, revela que aprecia produções artesanais, diz gostar de dedicar-se ao crochê e sentir prazer ao perceber a alegria das pessoas ao receberem as peças que confecciona. Com entusiasmo, conta o desejo de ainda querer retomar os bordados e ensinar à tia, que viria da Bahia no final do ano, a técnica do “fuxico”, um tipo de trabalho manual.

Nossa proposta consistia em ofertar palavras a uma experiência que, muitas vezes, se constitui à revelia da possibilidade de representação. O ineditismo desse trabalho clínico residia, justamente, na criação de uma demanda a partir da oferta da escuta — uma escuta que não dirige, não consola, nem conduz, mas sustenta o sujeito em sua travessia. Afinal, o que tem o analista a oferecer? Um trabalho singular, ético, que se ancora na sustentação da fala e na aposta no sujeito do inconsciente. Esse é o ato inaugural da psicanálise: escutar aquilo que se anuncia nas entrelinhas, mesmo quando o sujeito ainda não se reconhece no que enuncia.

Nesse contexto, o analista não se ocupa da doença em si, mas daquele que sofre — daquele que é cuidado. Como adverte Alberti (2000), ao refletir sobre a prática psicanalítica em instituições hospitalares, a ética da psicanálise não pode se afastar da máxima freudiana, segundo a qual ela não se confunde com a ética da compaixão, da caridade ou do bem-estar supremo, mas se sustenta como uma ética do desejo — uma ética que aposta no bem-dizer da relação do sujeito com o seu próprio desejo. Para a autora, a clínica se funda na palavra e na transferência. O sujeito, ao implicar-se em sua demanda, deixa de atribuir ao outro a origem de

seu sofrimento, passando a reconhecer-se como sujeito de sua fala, de sua história e de seu sintoma.

A transferência estabelecida com a supervisionanda — mediada por minha escuta — permitiu a Sol rememorar afetos, revisitando a sua história. Compartilha com a analista o abandono vivenciado no primeiro casamento, as angústias em torno do futuro dos filhos, especialmente o mais novo, e os impasses da maternidade diante da proximidade da morte. O trabalho possibilitou, mesmo no limite da vida, a constituição de uma posição subjetiva.

Em um dos encontros, discorre emocionada que, com o apoio da equipe, conseguiu comemorar dentro do hospital o aniversário de 15 anos do filho: “Pedi perdão pra ele, pois achei que não conseguiria estar viva nesta data tão importante. Mas consegui. Foi minha maior vitória.”

Cada pequeno gesto — caminhar até o posto de enfermagem, tomar banho sozinha, lavar os cabelos — era vivido como uma conquista: “Fiz as pazes com a minha dor. Agora ela é minha amiga. Até converso com ela.”

Em uma determinada sessão, Sol solicita à mãe que lhe traga o seu material de artesanato. Sua mãe, presença constante e encorajadora, colaborou ativamente, trazendo aviamentos e materiais para as novas produções que Sol planejava confeccionar e vender. Com visível alegria, em ato, a paciente conduz a confecção de bolsas e revela que retomou os bordados, compartilhando com a analista o processo criativo de suas peças. Tece, costura e borda — como se, ao confeccionar bolsas, estivesse também tecendo saídas simbólicas para a dor. Demonstra orgulho e alegria ao descrever cada detalhe, revelando o valor subjetivo daquele gesto em sua reconstrução psíquica.

O retorno à atividade manual conferia-lhe sensação de produtividade e dignidade, contrastando com a dependência física imposta pela doença. Sol relatava ter solicitado ao médico a redução das medicações sedativas, pois desejava permanecer acordada durante o dia: “O dia foi feito para trabalhar, não para dormir.” O desejo da paciente pode, assim, ser colocado em cena, mesmo diante dos inúmeros impedimentos impostos pela condição clínica — caminho pelo qual a direção do trabalho analítico se propôs a sustentar e acompanhar.

Numa das sessões subsequentes, comovida, partilha o temor de tornar-se um peso para os outros, afirmando que, apesar de todas as circunstâncias, encontrava sentido na confecção das bolsas — atividade que preenchia seus dias com propósito. Questionava-se sobre o que deixou de fazer, o que deveria rever em seu posicionamento. Almejava retornar ao lar e já pedia ao marido pequenas adaptações no ambiente doméstico para que pudesse, inclusive, voltar a cozinhar — prática que considerava uma de suas maiores alegrias.

Pouco tempo depois, um quadro infeccioso exigiu sua transferência para o CTI, interrompendo os atendimentos por duas semanas. Ainda assim, ao reencontrar a analista, solicita à mãe que traga seu material de costura e passa a ensiná-la a técnica do bordado, corrigindo com delicadeza os pontos malfeitos. Na impossibilidade de continuar bordando com as próprias mãos, transmitia o saber como quem insiste em desenhar uma saída — mesmo diante da iminência da morte. A analista, convocada em sua causa, sustentava o seu desejo. E assim permaneceu... até o seu óbito.

Nos últimos momentos de fala, visivelmente enfraquecida, lamentava não ter conseguido produzir novas bolsas e demonstrava preocupação com as encomendas que permaneciam em aberto. Em voz baixa, confidenciou: “Estou de férias. Não retomei os bordados. Muitas dores. Aumentei as medicações. Tenho que escolher entre dormir ou sentir dor.”

Como nos lembra Miller (1996, p. 39): “Quando não há mais nada a fazer, resta falar. E, falando, algo acontece. Falar e falar até que a dor dê lugar à palavra.” Sol bordou até o fim. Falou, escutou-se, e deixou inscrito o rastro de uma travessia singular.

Conclusão

Acreditamos na possibilidade do exercício da psicanálise nos hospitais, desde que alicerçada em uma ética rigorosa e na implicação do analista diante das singularidades que se fazem presentes. A trajetória em instituições de saúde, especialmente em cenários onde a finitude se anuncia, convoca o analista a reposicionar-se frente à sua própria função. Esse reposicionamento requer que mantenha clareza acerca dos fundamentos que orientam a sua escuta. Como já apontava Lacan (1953), não se pode dissociar a técnica dos conceitos que a fundamentam. Para ele, os conceitos da psicanálise ganham sentido apenas quando ancorados na linguagem, estruturados pela função da fala (LACAN, 1998, p. 247).

É com base nessa perspectiva que esta pesquisa se insere: na aposta de que a psicanálise pode atravessar o campo institucional sem perder o que a fundamenta — o compromisso com o sujeito do inconsciente. Isso não implica buscarmos adaptação ao contexto, mas, sobretudo, assegurarmos uma prática fundamentada nos pressupostos freudianos — uma prática que opera pela palavra, pela transferência e pelo desejo.

A nossa experiência clínica aponta que a sustentação da psicanálise fora dos padrões convencionais do consultório exige do analista formação e um posicionamento ético que assegure a sua legitimidade. Se, por um lado, Freud não elaborou diretamente sobre essa inserção, por outro, o crescente número de psicanalistas atuando em instituições de saúde impõe a necessidade de refletirmos sobre os contornos dessa atuação.

Figueiredo (2007) contribui nesse sentido ao propor que o que define a clínica psicanalítica não é o espaço onde se realiza, mas os dispositivos que a estruturam — fundamentalmente, o tripé da formação analítica, em que o analista se ancora, e só assim pode utilizar-se da escuta, da transferência e da presença do inconsciente como operador clínico.

O ambiente hospitalar, no entanto, apresenta desafios específicos que emergem em territórios atravessados por múltiplos discursos. O analista é frequentemente interpelado por outras práticas e saberes — medicina, enfermagem, psicologia clínica —, necessitando lidar com demandas que, embora legítimas, não se alinham necessariamente à lógica da psicanálise. Saber acolher essas demandas sem submeter-se a elas é uma das tarefas fundamentais para que a prática analítica se sustente nesse contexto.

Essa posição não se constrói apenas com base na teoria: ela se sedimenta ao longo do percurso analítico do próprio analista, nos tropeços e elaborações que marcam sua formação. A escuta institucional exige não apenas conhecimento, mas presença — uma presença implicada, disponível, capaz de sustentar o campo da transferência mesmo em condições adversas.

Moretto (2001), de forma contundente, afirma que o que o analista pode no hospital é, em essência, o mesmo que pode em qualquer outro lugar. O que muda são as condições concretas de trabalho: espaços improvisados, atendimentos interrompidos, falta de privacidade. Nesses casos, cabe ao analista o desafio de criar — não a partir do ideal, mas daquilo que se apresenta. Criar, nesse sentido, é inventar condições simbólicas para que a escuta do sujeito seja possível, mesmo em meio à urgência da instituição. A atuação do analista no hospital exige maleabilidade, mas não concessões. Ele precisa manter-se fiel à lógica da psicanálise, mesmo quando o seu entorno aponta para diversos impasses. É essa posição que o permite continuar operando ali onde a escuta parece não ser possível.

Por fim, reafirmamos que o que legitima a prática analítica no hospital não é a conformidade com um modelo tradicional, mas a capacidade do analista em sustentar os princípios que fundam a psicanálise, reinventando o modo de praticá-los sempre que necessário — sem abrir mão dos pressupostos que seu criador, Sigmund Freud, nos ensinou.

Referências:

- Alberti, S. (2000). Psicanálise: a última flor da medicina – a clínica dos discursos no hospital. In: Alberti, S. & Elia, L. (Org.), *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Alberti, S., Bukowitz, A. L. F. T., & Santos, T. F. Dos. (2010). Investigações sobre o lugar da psicanálise na saúde mental. *Cadernos de pesquisa*, 17(3), 7-18.
- Figueiredo, A. C. (1997). Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Freud, S. (1976). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em (1919[1918])).
- Freud, S. (1996a). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica (1910). Rio de Janeiro: Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. 11). (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996b). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em (1919[1918])).
- Freud, S. (1996c). Explicações, aplicações e orientações. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 22.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1932).
- Freud, S. (1996d). Esboço de psicanálise. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1940[1938]).
- Freud, S. (2020). Psicologia das massas e análise do Eu. In: Freud, S. Cultura, sociedade, religião: o mal-estar na cultura e outros escritos. Belo Horizonte: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1021).
- Lacan, J. (1992). O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969-1970).
- Lacan, J. (1998). O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada: um novo sofisma. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1945).
- Lacan, J. (2001). O lugar da psicanálise na medicina. Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, 32, 8-14. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (2003a). Ato de fundação. In: Outros Escritos. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lacan, J. (2003b). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: Lacan, J. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1971).
- Lispector, Clarice. A descoberta do mundo. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- Miller, J.-A. (1996). Os poderes da palavra. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moretto, M. L. T. (2020). O que pode um analista no hospital. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moura, M. D. de. (org.). (2000). Psicanálise e hospital. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter.

Citação/Citation: Freire, C. C.; Sadala, G. (2025). *Instituição e saúde: reflexões sobre a prática psicanalítica nos hospitais*. *Trivium: Estudos Interdisciplinares* (Ano XVII, no. 1), pp. 47-59.

Recebido em: 03/06/2025
Aprovado em: 22/07/2025