

O PROFÍCUO INSTANTE DE VER: SOBRE A PRESENÇA DO PSICANALISTA NO HOSPITAL¹

Irene Moura BETEILLE²

Sonia ALBERTI³

Aline da Silva GONÇALVES⁴

Resumo

Este estudo resulta da experiência de psicanalistas que atuam em um hospital geral localizado em um município no Estado do Rio de Janeiro. O objetivo é reforçar a importância da presença do analista no hospital, apresentando exemplos de uma clínica que se dá na efemeridade. A metodologia conta com um estudo da literatura referente à área da psicanálise e da saúde, mas também leva em conta o estudo de casos atendidos no hospital em questão. Ao longo do texto, diferenciamos as intervenções de efeito psicoterapêutico rápido em psicanálise, da psicoterapia breve, apostando na primeira abordagem enquanto importante recurso, mesmo quando dispomos de um número limitado de atendimentos. Concluímos que é possível, pela via da psicanálise, tocar no que D'Angelo (2008) chamou de coordenadas da fantasia do sujeito, articulando esse conceito ao instante de ver, de Lacan (1998).

Palavras-chave: Psicanálise; Psicologia hospitalar; Saúde pública; Psicologia e Saúde; Hospital.

1

THE FRUITFUL INSTANT OF SEEING: ABOUT THE PRESENCE OF THE PSYCHOANALYST IN THE HOSPITAL

Abstract

This study results from the experience of psychoanalysts working in a general hospital in a municipality in the State of Rio de Janeiro. The objective is to reinforce the importance of the analyst's presence in the hospital, presenting examples of a clinic that takes place temporarily. The methodology includes a study of literature relating to psychoanalysis and health but mainly considers the study of cases treated at the hospital. Throughout the text, we differentiate interventions with a rapid psychotherapeutic effect in psychoanalysis from brief psychotherapy, focusing on the first approach as an essential resource, even when we have limited services available. Through

¹ A Professora Sonia Alberti é pesquisadora 1B do CNPq e Procientista da UERJ, e de ambos os fomentos recebe financiamento para suas pesquisas.

² Centro Universitário IBMR, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: irenebeteille@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4160-3273>

³ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: sonialberti@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5120-5247>

⁴ Prefeitura Municipal de São Gonçalo, São Gonçalo, RJ, Brasil. E-mail: psi.alinegoncalves@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9035-3647>

psychoanalysis, we conclude that it is possible to touch on what D'Angelo (2008) called the coordinates of the subject's fantasy, articulating this concept to Lacan's (1998) instant of seeing.

Keywords: Psychoanalysis; Hospital psychology; Public health; Psychology and Health; Hospital.

EL FRUCTÍFERO INSTANTE DE VER: SOBRE LA PRESENCIA DEL PSICOANALISTA EN EL HOSPITAL

Resumen

Este estudio resulta de la experiencia de psicoanalistas que actúan en un hospital general ubicado en un municipio del Estado de Río de Janeiro. El objetivo es reforzar la importancia de la presencia del analista en el hospital, presentando ejemplos de clínica que se desarrolla temporalmente. La metodología incluye un estudio de literatura relacionada con el área del psicoanálisis y la salud, pero también tiene en cuenta el estudio de casos atendidos en el hospital en cuestión. A lo largo del texto diferenciamos las intervenciones de efecto psicoterapéutico rápido en psicoanálisis de la psicoterapia breve, centrándonos en el primer enfoque como un recurso importante, incluso cuando disponemos de un número limitado de servicios. Concluimos que es posible, a través del psicoanálisis, tocar lo que D'Angelo (2008) llamó las coordenadas de la fantasía del sujeto, articulando este concepto al instante de ver de Lacan (1998).

2

Palabras clave: Psicoanálisis; Psicología hospitalaria; Salud pública; Psicología y Salud; Hospital.

INTRODUÇÃO

Conforme apontam Alberti Almeida (2005), a inserção da psicanálise em hospitais na cidade do Rio de Janeiro conta hoje com uma história de, pelo menos, 50 anos. As autoras puderam identificar três momentos no decorrer dessa história, nomeando-os a partir dos conceitos que Jacques Lacan (1998) situa como instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir. Esses momentos não são cronológicos, e sim lógicos. Apesar de já terem sido observados pelas autoras em 2005, a cada nova inserção de um psicanalista em um hospital podemos verificar que a escansão se repete. Isso é corroborado com artigos que se acrescentaram àquele, dentre os quais citamos: Machado e Chatelard (2012), Azevedo (2018), Salgado e Coppus (2021).

Por que é possível dizer que os momentos acima destacados são lógicos? Particularmente por surgirem de situações que se repetem na prática cotidiana da clínica em um hospital. Tais repetições envolvem incidências e reincidências de demandas por parte dos pacientes, além de intervenções médicas e do corpo técnico, que ocorrem nas próprias enfermarias, permitindo àquele que tem um olhar e uma escuta advertida reconhecer um movimento próprio ao funcionamento institucional.

A própria história da inserção da psicanálise em hospitais é também a história da possibilidade de reconhecer o que se repete, o que pode mudar, e o que pode ser escandido no ato que é a própria intervenção de um psicanalista nos discursos que ali dominam.

Quando Lacan teoriza os três momentos, o faz em associação com a atitude sagaz de Dupin, o detetive contratado pelo policial no conto de Poe (1845), *A Carta Roubada*. Ele o contrata porque é preciso achar uma carta altamente comprometedora e o policial já havia revirado toda a casa na qual ela estaria, sem conseguir encontrá-la. Dupin entra na sala, passa os olhos em um porta-cartas e encontra o que procurava imediatamente. A carta estava ali colocada justamente para despistar o escrutínio que o dono da sala já esperava por parte do policial. É o instante de ver de Dupin. Ele parte, para estudar uma forma de conseguir retirar a carta, longe dos olhares de todos envolvidos, tentando pesar todos os passos necessários. É o tempo para compreender. Quanto ao momento de concluir, Poe o constrói de forma genial, e com ele a carta vai para as mãos de Dupin. É o momento do ato que obedece a uma certeza que fora antecipada nas elucubrações do detetive.

Como intervir, a partir do que foi possível observar, depois do instante de ver e do tempo de compreender, absolutamente necessários para o momento de concluir? Inicialmente: “era como se algo do desejo de fazer valer a psicanálise no hospital se apresentasse sob a forma que Freud descreve muito bem com sua metáfora do *iceberg*: uma pequena parte se apresenta, entrevíamos alguma possibilidade – era o instante de ver” (Alberti & Almeida, 2005, p. 70-71). Na sequência, as articulações com a teoria psicanalítica e “muitos anos de formação e de experiências, de elaboração de falhas e retrocessos, idas e vindas, nos subsidiaram para compreender o que realmente tínhamos nas mãos. Precisávamos de um tempo para isso” (Alberti & Almeida, 2005, p. 71). E, finalmente, a certeza de que “há uma psicanálise possível no hospital frente a tantos impossíveis decorrentes do cotidiano encontro com o real” (Alberti & Almeida, 2005, p. 71).

Verificam-se outras articulações entre os três tempos lógicos e as particularidades da clínica em uma instituição onde as necessidades prementes dos pacientes reúnem tanto aspectos orgânicos e fisiológicos quanto subjetivos. Uma delas é a própria clínica das urgências. Sotelo (2007) destaca que, diante de uma situação de urgência, a percepção inicial do sujeito é a de não haver tempo disponível. Quer sair daquela situação o mais rápido possível, a fim de retornar ao estado anterior ao da ruptura que o conduziu à instituição. Muitas vezes a urgência é tamanha que o sujeito simplesmente nega a sua condição de saúde, como ocorreu com um paciente que apresentava uma infecção aguda na vesícula biliar, e insistia que a dor ocorria apenas quando ele pressionava o abdômen – de modo que seu caso não seria tão urgente assim e ele poderia seguir sua vida.

A partir da leitura do texto de Sotelo (2007), Azevedo (2018) destaca que é preciso haver um trabalho do analista para que ocorra a passagem da urgência para a urgência subjetiva: da ferida no corpo para o adoecimento na palavra.

Os casos a serem aqui apresentados advêm desse trabalho enquanto analistas, realizado em um hospital geral localizado em um município fora de um grande centro no

Estado do Rio de Janeiro. Nesse hospital são recebidos casos de emergência médica e psiquiátrica. Visamos a sustentar, na equipe multidisciplinar, a importância da aposta no sujeito, mesmo quando as intervenções médica e farmacológica urgentes se fazem necessárias.

Este trabalho segue o método psicanalítico, que inclui as etapas de observação, investigação e interpretação (Kobori, 2013). Se é esta a nossa forma de trabalhar, inclusive no contexto de um hospital, muitas vezes junto ao leito, é porque nossa aposta é no sujeito do inconsciente. É somente ao apostarmos nele que o paciente passa a falar, livremente – em associação livre, como quer o método psicanalítico – e, em consequência, ele próprio poderá se surpreender com o que é capaz de surgir de sua própria fala. O método psicanalítico parte do fato de que não se sabe *a priori* o que é bom para o paciente e que é na transferência – na qual o paciente supõe um saber ao analista – que ele próprio pode descobrir o que sabe, mas não sabia dizer.

Trata-se, portanto, de uma metodologia que difere daquela que, apesar de também ocupar-se do tempo de um tratamento, o propõe como breve, apostando na ideia de que o analista pode saber de antemão a questão que deve ser focada na abordagem – como se ele pudesse saber o que o paciente não sabe saber.

Nascimento et al. (2021) retomam todo fundamento teórico para esta prática, justamente no âmbito do que chamam de uma psicoterapia breve de orientação psicanalítica (PBOP). Basearam-se na necessidade de “buscar a (re)invenção de estratégias que atendessem às demandas institucionais, visando a diminuir a fila de espera de serviços universitários e de saúde, como policlínicas” (Nascimento et al., 2021, p. 6), mantendo-se orientados pela observação de Hegenberg de que a PBOP “pode ser breve no tempo e profunda em seus propósitos” (Hegenberg, 2010, p. 105).

Os referidos autores não se dão conta, no entanto, de que a redução do tempo pode custar a própria psicanálise, que, supostamente, embasaria tais intervenções. Essa constatação nos salta aos olhos porque a PBOP “responde à necessidade econômica, tanto do serviço público quanto dos seguros de saúde e dos convênios médicos” (Hegenberg, 2010, p. 105), o que acaba conduzindo a sua aplicação a um expressivo número de pessoas. A psicanálise, contrariamente, só pode ser aplicada em uma clínica do um a um, independentemente do número de pessoas, e, além disso, furta-se a qualquer lógica de adequação.

A PBOP considera que toda intervenção responde a uma situação de crise, que se define como a “ruptura de equilíbrio, um corte na subjetividade, uma ruptura de sentido de vida.” (Hegenberg, 2010, p. 79, p. 7). Nascimento et al. (2021) acrescentam que, nesta ruptura, os mecanismos de defesa do eu tornam-se significativamente fragilizados. Nesse passo, quando essa instância psíquica sofre com os conflitos intrapsíquicos, o ser humano adoce e o que é conteúdo inconsciente, recalcado, emerge como sintoma” (Nascimento et al., 2021, p. 7). Esta é a razão pela qual “a PBOP objetiva o fortalecimento do Eu, isto é, das funções egoicas, realizando interpretações transferenciais para fins adaptativos e de

facilitação da compreensão da história de vida do sujeito” (Nascimento et al., 2021, p. 7). Aqui vemos que o embasamento psicanalítico desta psicoterapia breve não é tão consistente, na medida em que a PBOP não objetiva reduzir as resistências do paciente para que possa se voltar a uma exploração do campo do inconsciente (Hegenberg, 2010; Nascimento et al., 2021).

Ainda no que tange à metodologia em psicanálise, vale destacar a importância de o pesquisador se manter ativamente implicado no campo onde ocorre o processo clínico. Silva e Macedo (2016) destacam que, dessa forma, torna-se possível colher o material a ser interpretado. Para tanto é imprescindível que a análise dos dados observados esteja ancorada na literatura que os demais autores psicanalistas vêm produzindo em sua inserção nas instituições de saúde.

Realizaremos interlocuções entre os textos que abordam a questão da urgência subjetiva no hospital e a ideia de tempo lógico trazida por Lacan. Nossa hipótese é a de que, nas situações de urgência, as intervenções psicanalíticas têm como efeito terapêutico rápido – conceito desenvolvido por D’Ângelo (2008) – um corte que propicia a emergência do instante de ver alguma situação que anteriormente não havia sido avaliada. A radicalidade do contato com o real em um hospital facilita os efeitos dessas intervenções, de modo que, mesmo relutante, o sujeito acaba por ver o que sempre estivera diante de seus olhos, como aconteceu com Dupin no conto acima resumido.

5

Sobre o “não querer ver”

Jorge⁵ beirava os 70 anos, e já estava há alguns meses no hospital quando começamos a atendê-lo. Ele fora internado por conta de uma erisipela na perna (afecção cutânea provocada por uma bactéria que pode chegar a atingir a gordura do tecido celular, levando a feridas dolorosas). Além disso, ele era uma pessoa com deficiência visual e com suspeita de catarata. Tendo se restabelecido quanto à erisipela, recebeu alta médica, mas seu caso era “social”. Este termo é usado para pacientes que precisam de cuidados, mas não têm condições de se manterem sozinhos, e não contam com familiares que possam recebê-los, de modo que acabam permanecendo no hospital.

De um primeiro casamento, Jorge teve dois filhos, mas abandonara a família para viver com uma outra mulher. Sua narrativa é de difícil compreensão, mas depois de algumas entrevistas pudemos depreender que esta segunda mulher o extorquiou durante anos e que, na hora de vender a própria casa, ele acabou sendo enganado pelo comprador que, ao não pagar corretamente, levou-o a contrair dívidas por empréstimos que ainda pagava durante a internação. Em consequência, finalmente, a própria mulher o havia deixado: pobre, sem casa e doente.

⁵ Nome fictício como aliás, todos os nomes de pacientes e familiares que porventura vierem a ser citados no presente texto.

Quando o abordávamos ao leito, sempre se lamentava pela falta de contato com os filhos. Disse que seu pai também havia errado muito, e mesmo assim, ele, enquanto filho, nunca o abandonara. Todas as vezes em que nos aproximávamos, ele pedia para falar com o serviço social, a fim de verificar se os filhos haviam sido contactados. Constatamos que houve tentativas de contato, mas os filhos não se manifestaram para acolhê-lo, ou mesmo para visitá-lo, sendo necessário acionar o Ministério Público por abandono familiar, ato que não teve, na realidade, nenhuma consequência.

Certo dia, nos aproximamos do leito, e ele repetiu que os filhos deveriam saber perdoar. Dissemos então de forma firme: “seus filhos não vêm, você vai precisar reagir”. A essa altura ele já não se levantava do leito, não se alimentava sozinho, estava com a barba comprida, e as unhas dos pés por cortar. Pudemos observar, certo dia, que ele demonstrava de forma ostensiva que não estava conseguindo enxergar o seu almoço, segurando o garfo atrapalhadamente. Era como se, desta forma, solicitasse que alguém o alimentasse. Tratava-se da demanda de um cuidado que não vinha da família, e que acabava conduzindo a equipe de enfermagem a auxiliá-lo. Sua permanência no hospital preocupava a equipe, pois manter uma pessoa idosa internada pode levar à instalação de uma infecção hospitalar.

Na semana seguinte, realizamos um atendimento que teve efeitos importantes. Ao insistir para que Jorge ao menos se sentasse, ele questionou “de que adiantaria ficar sentado?”. Respondemos dizendo que “ao menos assim, você poderia ver as coisas de outro ângulo”. Perguntamos por que ele foi perdendo a visão, sem procurar atendimento médico. Ele então falou de forma displicente que acabou “deixando para lá”. Perguntamos por que ele se maltratou tanto – indagação que poderia soar um tanto cruel, por ser direcionada a alguém que se encontrava em uma situação tão precarizada. Entretanto, essa pergunta o permitiu continuar a sua narrativa. Disse que sua então companheira foi tomando conta de suas finanças e ele foi se deixando maltratar por ela, sem reagir: “eu não quis ver”. Pontuamos que estávamos lá para ouvi-lo, mas também para que ele pudesse “ver” as escolhas que havia feito em sua vida.

Essa pontuação a respeito de sua visão, permitiu um desdobramento do significante ver, viabilizando ao paciente implicar-se no que antes parecia se limitar a um mero efeito do acometimento físico. Cordeiro e Miranda (2020) destacaram que os pacientes têm dificuldade em incluir em suas experiências de sujeitos os ditos acometimentos físicos. Identificam como externo aquilo que se refere às alterações no corpo, nos quadros envolvendo estados de urgência relacionados às necessidades vitais. No entanto, o externo é, na realidade, um estrangeiro às experiências psíquicas anteriores, identificado como estranho. Ora, em 1919, em seu texto sobre a Inquietante estranheza, Freud (1992a) verifica que é o encontro com o estranho o momento, justamente, no qual advém a urgência subjetiva. Com ela é possível fazer um trabalho de elaboração, durante o qual o que antes era estranho se torna central no discurso do sujeito. Assim ocorreu com esse paciente quando, ao falar, se deu conta de que a ausência de visão se estendia a outros aspectos de sua vida, notadamente no âmbito das escolhas que fizera.

Além dos atendimentos, passamos a acionar membros de diversas equipes multidisciplinares do hospital, chamando a atenção para a necessidade de um maior cuidado para com o corpo do paciente. E assim a enfermeira chefe do setor se mobilizou para que as unhas de Jorge fossem cortadas e sua barba aparada. A essa altura, também o serviço social passou a buscar encaminhá-lo para um abrigo, já que não havia familiares que pudessem acompanhá-lo e ele não tinha condições de dar conta sozinho de sua condição de saúde fragilizada. Foram tantos meses de hospitalização, que faltava apenas um mês do desconto em folha de sua dívida, sendo possível encaminhá-lo para um local que oferecia um bom serviço de assistência. Este local receberia o mesmo valor de seu benefício social, assim que acabassem aquelas parcelas.

Uma semana após o acionamento das equipes e os atendimentos realizados, tivemos uma surpresa ao visitá-lo. Encontramo-lo sentado, comendo sozinho, com as unhas cortadas e a barba feita. Neste momento nos demos conta de que, curiosamente, no caso de Jorge, o instante de ver coincidiu com uma reordenação do paciente a partir dos recursos visuais de que ainda dispunha: afinal, ele não era totalmente cego, como até então fazia parecer. Ele ainda era capaz de ver vultos, o que já era suficiente para conseguir alimentar-se sem ajuda. A equipe de fisioterapia também havia sido acionada, e, com as atividades realizadas, ele já conseguia ficar de pé. Algumas semanas depois, ele se mostrou bastante disposto a ser transferido para o abrigo, e a essa altura, mesmo com dificuldades, já conseguia caminhar.

7

Esse caso realmente impressionante, demonstra a importância da presença da psicanálise na instituição. Uma colega disse brincando, a respeito da reapropriação da visão do paciente, que se tratava de “um milagre da psicanálise”. Não era milagre, era efeito do fato de ter havido a possibilidade de o próprio paciente se reposicionar em sua vida. Com algumas intervenções ao leito de um sujeito que já não fazia nada, não enxergava e não queria ver, a presença do analista que não se furtou ao ato que pode ser visto como cruel, não tinha outra visada senão provocar, na contramão do que ali vigia, um instante de ver para levar ao tempo de compreender e ao momento de concluir do próprio paciente. Estes desdobramentos ocorreram ao longo dos demais dias de internação e dos atendimentos consecutivos, que permitiram a Jorge reagir e reerguer-se, chegar ao momento de concluir.

Sem dúvida, devemos levar em conta que estamos lidando com pacientes em um momento crítico e com uma vida precarizada, muitos tendo pela primeira vez a possibilidade de acessarem um serviço de psicologia, o que também pode ser um fator que acelere os efeitos do atendimento. Não obstante, para nossa própria surpresa, o trabalho mostrou ser de grande eficácia terapêutica, o que, é claro, se distancia bastante do que o psicanalista espera de toda uma psicanálise.

Os efeitos terapêuticos rápidos

Em 2008, D'Angelo propõe sob este título, um capítulo no qual testemunha a importância da intervenção psicanalítica junto a um paciente que sofria inicialmente de

muita angústia, e, em um segundo momento, havia sido diagnosticado com distonia focal. Nos interessa desenvolver esse sintagma que nos permite questionar a ideia normalmente difundida de que intervenções pontuais exigem a aplicação de uma psicoterapia breve.

Em razão da limitação da frequência dos atendimentos, do surgimento de situações envolvendo conflitos focais que costumam ser bem demarcados e do fato de haver um número limitado de profissionais de saúde mental em comparação ao número de pacientes hospitalizados, autores como Lustosa (2010) defendem que a psicoterapia breve pode ser uma boa opção para os atendimentos realizados no hospital geral. Certamente a psicoterapia breve é um instrumento de intervenção quando o psicólogo tem um tempo delimitado para realizá-la. No entanto, partimos do princípio de que ela não é necessária, sendo possível orientar-se a partir do discurso da psicanálise. Tentaremos sustentar essa possibilidade, mesmo sabendo ser difícil que essa ideia tenha aceitação no campo plural das psicologias. Nossa aposta é de que, através da psicanálise, seja possível realizar intervenções, mesmo quando dispomos de um número limitado de atendimentos – aos moldes do que pôde ser desenvolvido no livro *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (Alberti & Figueiredo, 2006).

Quando nos debruçamos sobre a história da psicoterapia breve, verificamos que sua origem é associada ao momento em que o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi propôs uma intervenção, que chamou de “técnica ativa”, objetivando facilitar a associação livre dos pacientes, provocando ou acelerando a investigação do material psíquico inconsciente (Ferenczi, 1921/2011). Para o autor, a técnica ativa deveria ser aplicada excepcionalmente, apenas quando a associação livre sofresse estagnação, devendo ser suspensa ao ser retomada o processo de associação.

A técnica ativa incita a “certas atividades, a inibições, a atitudes psíquicas ou a uma descarga de afetos, e espera poder ter acesso *secundariamente* ao inconsciente ou ao material mnêmico” (Ferenczi, 1921/2011, p. 133). Tal estratégia visa a vencer as resistências do paciente.

A ideia da técnica ativa teria sido inspirada na condução de Freud (1992b) no tratamento do “Homem dos Lobos”, ao fixar uma data para o término da análise, a fim de que desta forma o paciente pudesse entregar-se à associação livre (Gilliéron, 1986). Freud, entretanto, logo passou a contrapor-se a esta técnica, o que ficou demonstrado em *Além do princípio do prazer* (1920), quando relaciona as resistências ao tratamento à compulsão pela repetição, inerente à pulsão de morte. A partir da técnica ativa de Ferenczi, no entanto, outras propostas terapêuticas foram sendo inauguradas, com o intuito de abreviar o processo de análise, acabando por deslocar a abordagem do campo pulsional a partir da associação livre para a focalização de uma questão por deliberação do terapeuta.

No livro *Efeitos Terapêuticos Rápidos em Psicanálise – conversa clínica com Jacques-Allain Miller em Barcelona*, D’Angelo (2008) aponta que a focalização também ocorre na psicanálise, mas, para começo de conversa, a decisão a respeito do foco não é realizada pelo terapeuta, e sim, pelo paciente. No texto *Pedro – Terapias breves versus efeitos terapêuticos rápidos*, esse autor apresenta os efeitos de uma análise realizada em poucas

sessões. Sublinha que a diferença entre a psicanálise e uma terapia breve é que esta visa a uma modificação ou mesmo ao desaparecimento do sintoma, enquanto, na psicanálise, o *efeito terapêutico rápido* “reduz o gozo, implicado no sintoma do sujeito, e relança um novo ciclo na direção do tratamento” (D’Angelo, 2008, p. 90). Isso só é possível porque ao não visar ao desaparecimento do sintoma, o psicanalista, ao contrário, permite que o sintoma fale, e ao falar, poderá até mesmo provocar um interesse do sujeito em avançar em direção aos dois outros momentos aqui retomados: o tempo de compreender e o momento de concluir.

Os exemplos trazidos no livro abrangem atendimentos clínicos realizados com pacientes dentro de um número limitado de sessões. Nos casos apresentados no nosso estudo, também houve atendimentos realizados pontualmente, ao longo de algumas semanas ou até meses, a depender do tempo de internação, mas sem os a priori de tempo cronológico nem de foco. Com D’Angelo (2008), pudemos perceber o que o autor chama de coordenadas da fantasia do paciente, sendo possível a essas pessoas acessarem o *instante de ver* a situação em que se encontram, bem como sua implicação subjetiva no processo de adoecimento ou crise.

Citemos alguns casos que ilustram essas situações:

Caso 1: o efeito da tradução de um sintoma corporal

Chamaremos de Clara uma jovem mulher que chegou com uma hemiparestesia à emergência do hospital. Chamou a atenção sua prostração e insistência em descrever minuciosamente, apesar de sua fala arrastada, as sensações que tinha na parte paralisada de seu corpo. Estava acompanhada de uma prima e havia acabado de sair de seu trabalho, pois lá se instalara a crise.

Não possuímos sala de atendimento reservada, de modo que os atendimentos são realizados no corredor. Pedimos que a prima se afastasse e nos aproximamos de Clara. Ela descreveu mais uma vez o que acontecera com seu corpo: “de repente eu fiquei assim, com metade do corpo formigando, não consigo senti-lo direito e essa parte não consigo mexer...”. Foi então que dissemos a ela que não precisava dizer como estava seu corpo, precisávamos que ela o traduzisse. Ela a princípio pareceu não entender, mas logo foi falando sobre sua vida, sobre a viagem que não fizera com o namorado para outro país, sobre o fato de continuar morando com os pais, de participar de suas brigas, ora a favor de um, ora a favor de outro. Também falou sobre o seu trabalho, dizendo que gostaria de ter feito faculdade, mas acabou se mantendo em um emprego pouco estimulante. Conforme ela falava, seu corpo se recuperava, e ela foi se dando conta do quanto renunciara às coisas que gostaria de ter feito. Era isso o que seu corpo dizia: veja o que você está fazendo com você mesma! Quando a prima retornou, se surpreendeu, pois a paciente já conseguia falar normalmente e já não se queixava mais a respeito dos sintomas corporais.

Aqui também podemos relacionar a questão da urgência subjetiva aos tempos lógicos. Se antes a paciente se referia às manifestações em seu corpo como algo estanque, ao falar pôde implicar-se naqueles sintomas. Se Jorge, antes, não podia enxergar nada, Clara não conseguia se mover. Diferentemente deste paciente, não pudemos acompanhá-la, já que ela não ficou internada na unidade. Entretanto, ao ser atendida em uma situação de urgência, Clara também pôde ter acesso ao instante de ver, o que lhe permitiu reconhecer que renunciara a seu desejo, vendo-se atada a uma posição infantil diante de seus pais, daí a paralisia reproduzida sintomaticamente em seu corpo. Indicamos que ela seguisse externamente com seu acompanhamento psicológico, que fora interrompido antes que apresentasse a crise, a fim de que pudesse seguir com outros desdobramentos a partir deste atendimento inicial.

Caso 2: a paciente que não conseguia dormir

Durante a noite, o setor de psicologia, que funciona em regime de plantão 24 horas, foi acionado porque uma paciente de 23 anos de idade vagava pelos corredores do hospital, dizendo que não suportaria ficar na enfermaria. Sua voz e atitudes pareciam infantis: ela já havia deitado no colo de alguns profissionais e realizado uma série de demandas.

10

Nós nos aproximamos do leito em que a paciente se encontrava justamente quando havia terminado de jantar. Ela pediu que lhe passássemos a gelatina de morango que ela não havia comido. Recusamos aquela demanda, dizendo que gostaríamos de ouvi-la primeiro. Essa recusa foi importante pois a paciente já havia realizado diversos pedidos aos profissionais, tendo sido sempre atendida. Nossa recusa à demanda, ao contrário, teve como intuito apostar num convite para que falasse.

Perguntamos a ela quando havia iniciado aquele quadro, ao que ela respondeu não se recordar. Ela solicitava medicações para dormir. Dissemos então que as medicações poderiam fazer com que ela dormisse, mas apenas se ela falasse saberíamos a razão daquele comportamento.

Perguntamos o que havia acontecido naquele dia, já que ela já estava internada no hospital há cerca de uma semana, e apenas naquela noite passara a ter dificuldades para dormir. De forma desinteressada, do modo como sói acontecer no sintoma típico da bela indiferença da clínica da histeria, ela disse que havia recebido a visita do pai. Em seguida relatou que o irmão também estivera presente. Não se aprofundou sobre a relação com o irmão em um primeiro momento, limitando-se a dizer que “se dão bem”. Insistimos que não poderia ser mera coincidência ela ter recebido essas visitas e justamente nesse dia não conseguir dormir. Então ela disse que não esperava a vinda do irmão, dando indícios de que gostaria de ter estado apenas com o pai.

A partir dessa constatação, disse que morava em outro município, mas que, após ter apresentado quadro de cálculo na vesícula, acabou sendo encaminhada para aquele hospital, próximo à casa dos pais. Ela era advogada e vivia com um rapaz, tendo saído de casa logo depois de terminar a faculdade.

Seu irmão, diferentemente dela, não estudou, nem conseguira se manter em nenhum emprego, sendo ainda dependente dos pais. O fator que incomodara a paciente durante a visita desse irmão, foi o fato de não poder ter o pai “apenas para si”, nem mesmo durante sua internação. A chegada do pai, acompanhado do irmão, a remetera a toda uma história familiar pregressa, em que o irmão mais velho detinha os cuidados e os olhares do pai. “Meu pai chegava a dar dinheiro para as namoradas do meu irmão e nada para mim”. Levantamos com ela a hipótese de que talvez o pai, ao dar dinheiro para as namoradas do irmão, estava na realidade lhes pagando para que se mantivessem com ele, pois, de um lado, o pai não acreditava que o filho pudesse manter as namoradas, e, de outro, tampouco suportava a sua presença constante dentro de casa. Desde sempre, o rapaz apresentava algumas questões, nunca gostara de estudar ou de trabalhar e possuía diagnóstico de TDAH. Até então a paciente se queixava do que interpretara como sendo da ordem de um zelo maior dos pais para com o irmão, em função desse diagnóstico. Interpretava que, se ela sempre fora estudiosa e esforçada, não promovia o zelo deles, e ficava “de lado”. “Mas que ótimo!”, exclamamos. Afinal, por ter sido deixada de lado ela conseguira seguir sua vida, e aos 23 anos já trabalhava em um escritório e estava em um relacionamento que considerava feliz. Pontuamos que dormir naquela enfermaria “não seria nada” perto de tudo o que ela já havia conquistado. Ela sorriu e parou de falar de forma infantilizada. Na manhã seguinte retornamos à enfermaria, e ela ainda estava dormindo. As enfermeiras disseram que ela havia dormido bem a noite toda, sem necessidade de medicação.

Percebemos que, nessa intervenção, foi importante negar a demanda pela gelatina, afinal a demanda é sempre de outra coisa, como observou Lacan (2012) no *Seminário 19*. Neste seminário, ele aponta que, com efeito, ao expressar uma demanda, o sujeito escamoteia o que se relaciona ao desejo. Em suas palavras: “aquilo de que se funda o discurso do analisante é justamente isso, *eu te peço para recusar-me o que te ofereço, porque não é isso*” (Lacan, 2012, p.87). A partir da recusa da demanda, a paciente de que tratamos pôde falar sobre o campo do desejo. Deu-se conta de que, ao contrário de seu irmão, teve suas demandas recusadas pelos pais, e essa recusa lhe permitiu acessar o campo do desejo. Percebeu-se então como alguém que, desde muito jovem, pôde se posicionar como sujeito, logrando ter uma profissão, mantendo-se em um relacionamento sólido e sustentando uma casa ao lado do companheiro. A visita do pai com o irmão a catapultou de volta à infância, quando queria ser como irmão, que ela julgava obter todas as atenções dos pais. Prova disso foi que ela chegara a pedir que sua mãe fosse contactada para que trouxesse as medicações do irmão para que ela conseguisse dormir.

Através da intervenção realizada, ela pôde constatar que não precisava daquelas medicações, justamente porque fora poupada de uma excessiva vigilância na infância. Sua

vulnerabilidade por conta dos problemas de saúde e da internação, ao mesmo tempo que a fragilizaram, foram o fio condutor para a sua fala. Cordeiro e Miranda (2020) apontam que “em cada urgência subjetiva há um traço singular que, na oferta da escuta, pode fazer surgir a questão do sujeito, onde ele se localiza, por meio do afeto de angústia” (p. 136). A intervenção realizada, embora pontual, gerou um efeito terapêutico rápido, a partir do instante de ver, que a permitiu reconhecer que estava repetindo um comportamento infantil. Diferentemente de Clara, esta paciente não apresentou um quadro conversivo. A condução terapêutica no caso anterior foi a de implicar o sujeito nos sintomas corporais que pareciam não lhe pertencer. Neste caso, a paciente se mostrava angustiada, ao ponto de não suportar ficar em seu leito. Ao ser convidada a rememorar o que lhe acontecera durante o dia, ela pôde apresentar sua história singular, fazendo cessar a angústia que a tomou ao reviver suas experiências infantis em função da visita familiar.

Caso 3: a convocação do sujeito enquanto pai

Também durante o plantão noturno, fomos acionadas em razão de uma tentativa de autoextermínio. Um policial militar, que chamaremos de Júlio, havia ingerido muitas doses de clonazepam e estaria recebendo soro para diluir a medicação, não tendo sido necessária a realização de lavagem estomacal.

Ao chegarmos ao setor de emergência, no entanto, nos deparamos com uma cena dantesca: Júlio havia retirado o acesso do soro e estava coberto do sangue, jorrado quando arrancou o acesso. Ao seu redor havia um segurança aplicando um golpe no pescoço do paciente na tentativa de imobilizá-lo o que, evidentemente aumentava ainda mais sua irritação. Ao mesmo tempo, dois guardas o algemavam. O paciente havia chutado diversos objetos e desferido um soco no segurança do hospital.

Ele chegara à unidade acompanhado pela esposa e seu filho pequeno, que estava resguardado com outros profissionais em outra sala. A esposa participava daquela cena, e pudemos observar que tratava o paciente de um modo muito semelhante ao que normalmente uma mãe trata um filho pequeno quando este sofre de grave distúrbio psíquico. Com efeito, ela se queixava de que os guardas estavam tratando Júlio “como homem e não como paciente psiquiátrico”.

Na sequência da cena, percebemos que mesmo algemado e imobilizado no chão, Júlio continuava a provocar e a chutar os guardas, estando prestes a se machucar mais gravemente. Aproximamo-nos daquela situação hostil, sendo necessário obter autorização de um dos guardas para tal. O guarda permitiu e nos abaixamos, perguntando a Júlio se poderíamos nos aproximar. Pontuamos que nos aproximaríamos apenas se ele promettesse não nos agredir, pois nesse caso não teríamos condições físicas para nos defender e nos machucaríamos gravemente. Ele autorizou que nos mantivéssemos a seu lado, e então pedimos que ele se levantasse e se sentasse no banco. Como teve dificuldade por conta das algemas, pedimos ao guarda que o levantasse e o colocasse sentado. O segurança que havia

sido golpeado ainda gritava na direção de Júlio, e a esposa do paciente passou a discutir com este profissional, ambos ignorando que tentávamos intervir junto ao paciente.

Como nenhum outro profissional se dispôs a atuar naquela situação, nos vimos ali sozinhas, no meio daqueles profissionais da segurança discutindo entre si, com a esposa e com o paciente. Essa configuração dificultava nossa abordagem, pois, ao ser provocado, Júlio se levantava do banco e ameaçava chutar os demais. Solicitamos que alguém retirasse o vigilante do corredor, pois ele continuava alterado. Um profissional da humanização conseguiu então retirá-lo. Enquanto tentávamos conversar com o paciente, percebemos que sua esposa se incomodava com as perguntas, insistindo para que olhássemos no prontuário a história do caso. Ela continuava a buscar, dentre os guardas que ficaram, uma forma de perpetuar a contenda inicial, repetindo que eles não poderiam ter agredido o paciente.

Foi necessário muito tempo até que todos se acalmassem, e que os enfermeiros pudessem conter o paciente no leito, retirando-lhe as algemas. Ainda no leito o paciente se debatia, até o momento em que dissemos a ele que sua esposa precisava ir para casa pois também estava suja de sangue. Ela precisava descansar, e ele, como pai, não poderia permitir que seu filho ficasse em um local insalubre como o hospital por tanto tempo. Ao ser convocado como pai, o efeito foi imediato: caiu no sono e conseguiu manter-se no hospital sem maiores contratempos até o dia seguinte.

A respeito da cena ocorrida naquela abordagem, uma colega disse que parecíamos pontinhos coloridos no meio de cinza; referindo-se aos nossos uniformes com cores vibrantes, em oposição à roupa cinzenta dos guardas e do vigilante. Na realidade, entendemos que o que operou nesse caso foi o fato de já na primeira abordagem do paciente nos dizermos frágeis e vulneráveis fisicamente. Com isso, permitimos ao paciente não nos ver no lugar do Outro consistente e não barrado; ao contrário, mostramos o contraste entre a posição dos guardas e a nossa, como psicanalistas.

As entrevistas que se seguiram com ele e com a esposa permitiram que fizéssemos uma hipótese diagnóstica de psicose, e interpretamos a crise da véspera como uma crise maníaca. O traço paranoico de sua estrutura convocava a agressividade dos outros homens, que eram agredidos verbalmente ao serem chamados por ele de “guardinhas de merda”. Na ausência de uma compreensão da psicose, as atitudes do paciente apenas provocavam o pessoal da segurança a cada vez reagirem mais autoritariamente, o que culminou na cena que encontramos de início. Intervindo de um outro lugar, apresentamos nossa fragilidade em contraponto à abordagem violenta da equipe de segurança. A partir desta posição, foi possível escutar o sujeito e convocá-lo enquanto pai. Foi tão imediato o efeito que até mesmo nós nos surpreendemos. Foi um efeito terapêutico, mas sem a continuidade de um atendimento que se mantenha nessa orientação, Júlio eventualmente poderá reapresentar novo surto da mesma ordem. Na tentativa de contribuir com a continuidade de seu atendimento, Júlio foi encaminhado ao CAPS do território.

Uma intervenção de efeito terapêutico rápido a partir da psicanálise certamente não exclui a importância de um trabalho terapêutico de longa duração.

Da ordem médica à clínica do sujeito

Com este item levantamos a hipótese de que, se há os três tempos possíveis na clínica do caso a caso, dos quais o instante de ver foi bem explorado pelas vinhetas aqui apresentadas, há também a possibilidade de pensarmos, como fazem os trabalhos anteriormente citados, nos três tempos como movimentos de toda uma equipe multidisciplinar. As vinhetas que apresentamos puderam demonstrar que é possível no hospital o instante de ver. Elas contrastam em relação àquilo que encontramos mais frequentemente nos hospitais atravessados pelo discurso médico no qual tudo o que poderia ser da ordem da subjetividade é deixado de lado.

A presença do psicólogo nesse hospital geral é, finalmente, muito demandada, e a miríade das situações é bastante ampla, mas poderíamos dizer, num primeiro momento, que essas demandas surgem justamente ali onde a ordem médica – sintagma que tomamos emprestado de Clavreul (1978) – se depara com dificuldades que a impedem de se estabelecer plenamente. Clavreul publica essa obra crítica por entender que a dita ordem médica restringe em muito a liberdade dos pacientes que se veem submetidos exclusivamente às determinações médicas quando são internados em hospitais, o que é tomado tão literalmente que, quando um paciente se recusa a essas determinações, o discurso médico chega a interpretá-lo como um ato criminoso ou suicida (Clavreul, 1978). A ordem médica objetaliza o paciente e já não dá nenhum espaço para que seu lugar de sujeito encontre ali uma morada.

O autor ainda observa que, diante de uma tentativa de autoextermínio, as equipes médicas se veem curiosamente muito afetadas. Pudemos verificá-lo durante um dos plantões realizados, quando um dos médicos que acompanhara uma moça após tentativa de suicídio em outra unidade de emergência chegou ao hospital dizendo que passaria a publicar tutoriais para que os pacientes conseguissem realizar o ato suicida corretamente. O caso que chegara naquele momento era de uma moça que havia realizado ingestão de medicações psicotrópicas e tentado se lançar ao mar, sendo contida pelo ex-marido, de quem recusava se separar. Pudemos rapidamente identificar que, muito longe de realmente desejar se matar, a paciente buscava uma atenção e a presença das pessoas caras a ela, o que, aliás, conseguiu, pois imediatamente recebeu, já no hospital, a visita de diversos familiares – incluindo o referido ex-marido – de modo que já não mais se lamentava pelos sucessivos episódios de abandono que havia sofrido antes de seu ato. Pudemos retrucar ao médico que, ironicamente, falara a respeito dos tutoriais, que estes não serviriam para aquela paciente, pois sua intenção parecia não ser de fato a morte, por mais que tenha se colocado em risco. Se o ato respondia ao desespero de se ver abandonada, ao mesmo tempo era nitidamente uma demanda para ser acolhida por aqueles que lhe eram caros. Não sabemos se o referido médico pôde escutar o que dizíamos, mas certamente quando reagiu ao caso do modo como o fez, não levava em conta essa paciente como sujeito, desdenhando do ato que,

paradoxalmente, a presentificava subjetivamente, a ponto de com ele mover algumas pessoas a virem acompanhá-la no hospital.

Nas urgências, chegam desde casos em que o sujeito se vê diante da manifestação aguda de alguma doença orgânica, até situações envolvendo crises psicóticas ou de angústia, com ou sem tentativa de autoexterminio – como a ingesta de medicações, tentativa de afogamento e lesões causadas por objetos perfurocortantes. Nos casos de pacientes já internados, em que ocorrem evidências de alterações físicas causadas por doenças, os psicólogos costumam ser chamados quando há resistência em relação à conduta médica, ou em estados emocionais alterados – quando, por exemplo, o paciente está chorando excessivamente, ou se vê desamparado diante de um diagnóstico mais grave ou da iminência de realização de algum procedimento invasivo, como amputação (que ocorre com certa regularidade no caso de diabetes mellitus). Há ainda os casos chamados “de crise”, após a comunicação de um óbito a familiares ou pessoas muito próximas.

Nos casos abrangendo situações de tentativas de suicídio, o psicólogo é sempre convocado a realizar entrevistas com o paciente e/ou acompanhantes, sendo um dos responsáveis por preencher as fichas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Definitivamente nossa inserção nesse hospital encontra uma acolhida bem mais significativa se compararmos àquela que ocorre normalmente nos serviços de saúde em que a ordem médica sempre quer ter a última palavra. Nossa experiência ali testemunha que, quando somos convocadas a intervir, é porque há um lugar nesse hospital para aquilo que escapa à ordem médica, permitindo que ocorra o que chamamos clínica do sujeito. Demonstraremos isso com uma última vinheta.

Caso 4: Uma aposta na vida durante o processo de morte.

O presente relato aborda o caso de Paulo, um homem de 56 anos, pessoa com deficiência visual, que esteve hospitalizado por longo período devido a um episódio de Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquêmico, associado ao quadro de insuficiência renal crônica, previamente existente. Antes da hospitalização, Paulo era conhecido por seu bom humor, receptividade e sociabilidade. Imigrante nordestino, era casado com Maria e pai de um rapaz a quem chamaremos Davi. Foi admitido no hospital em um estado apático e quase sem interação, mesmo com seus familiares. Mas se em um primeiro momento ele se mostrara arredo, à medida que a doença avançava, ele se tornava, paradoxalmente, mais interativo, e seu humor gradualmente retornava.

Desde o início da internação, Paulo foi acompanhado pela equipe de psicologia do hospital, que buscou proporcionar suporte emocional e psicológico, tanto para ele quanto para sua família. Essa abordagem foi fundamental para a reintegração de Paulo à sua história e identidade, valorizando aspectos de sua vida que iam além da doença. Esse

acompanhamento permitiu ao paciente uma elaboração importante, que possivelmente explicam a melhora em seu humor, a despeito do avanço da doença.

Quando o prognóstico de Paulo se tornou mais desfavorável, atestando que ele se encontrava já fora das possibilidades terapêuticas de cura, a indicação passou a ser pelos cuidados paliativos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cuidados paliativos referem-se a uma assistência multidisciplinar voltada para pacientes e seus familiares, diante de uma doença ameaçadora da vida. As medidas abrangem prevenção e alívio do sofrimento, incluindo identificação precoce e tratamento de dor e demais sintomas (Brasil, 2018; World Health Organization, 2002). Esse tratamento ocorre da forma menos invasiva possível, de modo a permitir ao paciente viver a doença irreversível evitando-se medidas terapêuticas que causem sofrimento desnecessário.

Através da psicanálise, foi possível uma escuta atenta ao desejo do sujeito, mesmo em seus últimos momentos de vida. Durante uma atividade em que o paciente foi conduzido pela equipe de psicologia até a parte externa para tomar sol, Paulo compartilhou conosco memórias significativas de sua vida, como sua migração para o Rio de Janeiro, seu casamento com Maria e a chegada de seu filho Davi. Apesar de já estar bastante debilitado, Paulo, enquanto sujeito, pôde se escutar em seu discurso de uma forma diferente, construindo a si mesmo como sujeito em relação à rica vida que tinha vivido.

Na noite em que Paulo estava em seus últimos momentos, a equipe de enfermagem nos chamou para acolher Maria, que, fragilizada, chorava. Ao ser questionada sobre a presença de outras pessoas naquele momento, a esposa considerou que a vinda de Davi não seria conveniente, tendo em vista que seu retorno para casa seria difícil à noite, pois o hospital ficava distante de sua casa. Entretanto, tendo em vista a delicadeza daquele momento, percebemos a importância de questionar diretamente o paciente que, mesmo já muito debilitado, manifestou o desejo de ver o filho, que então foi chamado para comparecer ao hospital.

Reunidos no leito, Paulo, Maria e Davi vivenciaram juntos os momentos finais. Visando a proporcionar conforto durante a partida do paciente, perguntamos se eles gostariam de fazer algo que o agradasse naquele momento. Logo o filho lembrou-se do amor do pai pelos passarinhos, colocando no celular o som do seu canto. Segurando a mão de Davi e ouvindo o canto dos pássaros, Paulo faleceu, cercado pela presença daqueles que amava. O paciente apático que recebemos deu lugar a um homem cheio de afetos e histórias para contar.

O caso de Paulo ilustra a importância de um cuidado integral, que vai além do tratamento médico, envolvendo o reconhecimento dos desejos e da subjetividade do paciente. No caso dos cuidados paliativos, os limites dos cuidados médicos já se refletem na própria terminologia empregada. Afinal, a palavra paliativo, oriunda do termo latino *pallium*, significa “manto de proteção”. A função dos cuidados paliativos não é a de curar, mas de cobrir e preservar o corpo sem invadi-lo, o que torna os cuidados mais afinados a um modelo

unicamente biomédico praticamente inócuos. Daí a angústia de muitos médicos, que, diante do *pallium*, veem a si mesmos desprotegidos, já que não contam com as tecnologias duras, no sentido atribuído por Merhy (1997), de recursos materiais voltados para as intervenções. Por essa razão, a equipe multidisciplinar costuma ser bastante acionada pelos médicos, quando estes compreendem os limites de suas intervenções.

A contribuição da psicanálise, inserida na equipe multidisciplinar, foi essencial no caso de Paulo pois proporcionou uma maior consideração em relação à sua história e desejos naquela situação de urgência em que, mesmo em processo ativo de morte, a lucidez se mantinha preservada. Por essa razão, insistimos para que o pedido de Paulo, pela presença do filho, fosse sustentado. Nesse caso, a urgência subjetiva se mostrou concomitante ao momento de concluir a sua existência. Mas esse trabalho só foi possível a partir de um acompanhamento prévio, onde o paciente e a família estabeleceram laços transferenciais com a equipe.

Sem pretender estender o tema da palição nesse artigo, vale destacar, em tempo, que a importância da psicanálise nesse campo recentemente ficou evidenciada pela portaria SAES/MS Nº 2.085, de 9 de setembro de 2024, lançada no contexto da implementação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Nessa portaria consta que psicólogos e *psicanalistas* (grifo nosso) devem compor as equipes mínimas, tanto assistenciais quanto matriciais em cuidados paliativos.

Lacan (1985) salientou a importância de o psicanalista não recuar diante da loucura. Às vezes é tão difícil abordar alguém em surto quanto uma pessoa nos últimos momentos de sua vida. Em ambas as situações o psicanalista faz uma aposta: a de dar voz ao sujeito, conforme o discurso do analista. Foi a possibilidade de darmos voz a um sujeito que já partia – mas ainda estava lá – que permitiu a convocação do filho. Nossa presença ali foi importante para que Maria pudesse deixar seu filho participar daquela despedida. Mesmo partindo, sustentamos o lugar de Paulo enquanto ator principal de sua própria vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo que ora apresentamos teve como objetivo reforçar a importância da presença do analista no hospital, apresentando exemplos de uma clínica que se dá na efemeridade. Nossa aposta é de que a brevidade dos atendimentos não precisa implicar em uma abordagem “superficial”. Este termo, aliás, foi usado por uma colega da área da psicologia hospitalar durante uma conferência profissional. Ela condenara nossa abordagem, considerando-a “profunda demais”. Afirmara que, em um hospital, deve-se buscar “ajudar nas questões pontuais que aparecem”, não se comprometendo a tocar em pontos que não poderão ser desenvolvidos mais longamente naquele ambiente. Essa colega emendou, dizendo que no hospital se faz “psicoterapia breve”, e que seria um desserviço aprofundar uma questão e depois não ter mais contato com o paciente, “largando-o” com tantas “portas

abertas”. Essa advertência nos recordou do período em que uma de nós fora advertida por uma psicóloga alemã – durante estágio do doutorado sanduíche, realizado em uma clínica voltada para pacientes que haviam tentado suicídio. Após perceber que os pacientes estavam falando sobre aspectos particulares de sua vida, a psicóloga advertiu: “tome cuidado, não vá fundo demais com eles!”.

Com esse trabalho, buscamos demonstrar que as “portas” do inconsciente não foram “abertas” por nós, e sim pelo próprio sujeito, ao ser convidado a falar. Nem sempre o convite é aceito, como pudemos testemunhar com um paciente, bastante precarizado, usuário de drogas e em situação de rua, que, ao ser abordado, nos dissera: “eu sei bem onde vocês querem chegar com essas perguntas, e eu não quero chegar lá, não quero falar”. Houve também outra situação, em que uma paciente disse que éramos “péssimas psicólogas”, porque, ao invés de endossarmos suas críticas ao hospital, buscamos implicá-la nas escolhas que fizera em relação aos seus cuidados.

Ao longo deste artigo, buscamos demonstrar que é possível tocar no que D’Angelo (2008) chamou de coordenadas da fantasia do sujeito, mesmo durante poucas intervenções, articulando esse conceito ao instante de ver, de Lacan (1998).

Para finalizar, destacamos, no âmbito da rede de saúde pública, a importância de haver conexões com serviços como o CAPS e a rede de atenção primária, a fim de que os pacientes atendidos no hospital possam dar sequência aos atendimentos de forma contínua. Infelizmente contamos com uma escassez na oferta de ambulatórios de psicologia. Atendemos muitos pacientes que se queixam de não terem condições de realizarem atendimento psicológico particular, e que encontram dificuldades para manter o acompanhamento na atenção primária, devido à escassez de profissionais. Sem dúvida, a sequência no atendimento ambulatorial (sobretudo nos casos não indicados para os CAPS) contribuiria para evitar o retorno dos pacientes às unidades emergenciais, e permitiria um desdobramento maior das questões implicadas no instante de ver no hospital.

18

REFERÊNCIAS

Alberti, S., & Almeida, C. P. (2005). Relatos sobre o nascimento de uma prática: Psicanálise em hospital geral. In S. Altoé & M. Lima (Orgs.), *Psicanálise, clínica e instituição* (pp. 55-71). Rios Ambiciosos.

Alberti, S., & Figueiredo, A. C. (Orgs.) (2006). *Psicanálise e saúde mental: Uma aposta*. Companhia de Freud.

Salgado, J. A., & Coppus, A. N. S. (2021). Percursos e entraves dos psicanalistas nos hospitais. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 16(31), 69-79. <https://doi.org/10.17852/1809-709x.2021v16n31p69-79>

Beteille, I. M., Alberti, S., & Gonçalves, A. S. (2024). O proficuo instante de ver: sobre a presença do psicanalista no hospital. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p16.

Azevedo, E. (2018). Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 7(13), 208-217. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972018000200006&lng=pt&tlng=pt.

Brasil (2024). Portaria SAES/MS nº 2085, de 9 de setembro de 2024. Ministério da Saúde. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-saes/ms-n-2.085-de-9-de-setembro-de-2024-585905940>

Clavreul, J. (1978). *A ordem médica*. Brasiliense.

Cordeiro, S. N., & Miranda, F. D. S. (2020). A vida por um fio: A escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 132-145. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3suplp132>

D'Angelo, L. (2008). Terapias breves versus efeitos terapêuticos rápidos. In J.-A. Miller (Org.), *Efeitos terapêuticos rápidos em Psicanálise: Conversação clínica com Jacques-Alain Miller em Barcelona* (pp. 87-106). Scriptum Livros.

Ferenczi, S. (2011). Prolongamentos da "técnica ativa" em Psicanálise. In S. Ferenczi, *Obras Completas, Psicanálise III* (pp. 83-104). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1921).

Freud, S. (1992a). Lo ominoso. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17, pp. 215-252). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1919).

Freud, S. (1992b). De la historia de una neurosis infantil. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 17, pp. 1-112). Amorrortu. (Trabalho original publicado em 1918 [1914]).

Gilliéron, E. (1986). *As psicoterapias breves*. Jorge Zahar.

Hegenberg, M. (2010). *Psicoterapia breve*. Casa do Psicólogo.

Kobori, E. T. (2013). Algumas considerações sobre o termo Psicanálise Aplicada e o Método Psicanalítico na análise da Cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000200006

Lacan, J. (1998). *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada, 1945*. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 197-213). Jorge Zahar.

Beteille, I. M., Alberti, S., & Gonçalves, A. S. (2024). O proficuo instante de ver: sobre a presença do psicanalista no hospital. *PLURAL – Revista de Psicologia UNESP Bauru*, 4, e024p16.

Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 3: As psicoses, 1954-1955*. Jorge Zahar.

Lacan, J. (2012). *O Seminário, livro 19: ...Ou pior, 1971-1972*. Jorge Zahar.

Lustosa, M. A. (2010). A Psicoterapia breve no Hospital Geral. *Revista SBPH*, 13(2), 259-269.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200008&lng=pt&tlng=pt

Machado, M. D. V., & Chatelard, D. S. (2012). A difusão da psicanálise e sua inserção nos hospitais gerais. *Tempo Psicanalítico*, 44(2), 445-467.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200012

Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In E. E. Merhy & R. Onocko (Orgs.), *Agir em Saúde: Um desafio para o público* (pp. 71-112). Hucitec.

Nascimento, A. K. C., Santiago, E., & Sei, M. B. (2021). Conexões entre psicoterapia breve psicanalítica e psicoterapia on-line. *Psicologia: Teoria e Prática*, 23(2), 1-19.
<https://doi.org/10.5935/1980-6906/ePTPCP13314>

20

Poe, E. A. (2003). *A carta roubada*. L&PM Pocket. (Trabalho original publicado em 1845).

Salgado, J. A., & Coppus, A. N. S. (2021). Percursos e entraves dos psicanalistas nos hospitais. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 16(31), 69-79.
http://www.isepol.com/asephallus/numero_31/pdf/07%20-%20Percursos%20e%20entraves%20dos%20psicanalistas%20nos%20hospitais.pdf

Silva, C. M. D., & Macedo, M. M. K. (2016). O Método Psicanalítico de Pesquisa e a Potencialidade dos Fatos Clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3).
<https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>

Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*. JCE Ediciones.

World Health Organization (2020). *Global atlas of palliative care at the end of life* (2nd ed.). World Health Organization. <http://www.thewhpc.org/resources/item/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020>

Recebido em: 30/06/2024

Reapresentado em: 02/11/2024

Aprovado em: 06/11/2024

SOBRE AS AUTORAS

Irene Moura Beteille é Doutora pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); psicóloga no Hospital Municipal Conde Modesto Leal; professora de psicologia no Centro Universitário IBMR.

Sonia Alberti é Professora Titular do Instituto de Psicologia e Procientista da UERJ, Pesquisadora 1B do CNPq. Psicanalista membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano (A.M.E.).

Aline da Silva Gonçalves é graduada em Psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Psicóloga no Ambulatório de Saúde Mental da Policlínica Dr. Aécio Nanci e psicóloga no Hospital Municipal Conde Modesto Leal.