

## PSICANÁLISE E HOSPITAL: QUESTÕES DISCURSIVAS A PARTIR DE TRÊS EXPERIÊNCIAS

 <https://doi.org/10.56238/arev7n5-279>

**Data de submissão:** 19/04/2025

**Data de publicação:** 19/05/2025

**Irene Moura Beteille**

E-mail: irenebeteille@hotmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0049987901745942>

**Adriana Dias de Assumpção Bastos**

E-mail: adrianadab@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4099603447830937>

**Sonia Alberti**

E-mail: sonialberti@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/460363364355463>

**Ana Beatriz Andrade da Silva**

E-mail: anabandradepsi@gmail.com

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6875485414208323>

**Andressa Pinto Diniz**

E-mail: andressapdiniz@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0201668387287840>

### RESUMO

O presente artigo é fruto do trabalho realizado por psicanalistas a partir de sua inserção em diferentes instituições de saúde. Nossa visada é dar voz aos sujeitos que ali estão acometidos pelos mais diversos atravessamentos em seus corpos – corpos que, como entendemos, não se resumem a um organismo. Verificamos que, muitas vezes, ao serem identificados a um diagnóstico ou mesmo a uma categoria comportamental, se esvazia a possibilidade de se dar crédito àquilo que os pacientes dizem a respeito de si mesmos ou sobre a situação pela qual estão passando, o que pode produzir uma outra fonte de sofrimento. Na contramão dessa perspectiva, no discurso da psicanálise o gente se dirige ao sujeito, permitindo a este produzir algo ao tomar seu lugar de fala. Eis o fundamento de nossa metodologia, tanto em sua vertente de trabalho com o paciente, como no de pesquisa, tendo ambos uma relação moebiana – relação esta que Elia (2023) aproximou à de *pesquisante*. Com o objetivo de verificarmos o lugar do psicanalista na instituição e os efeitos de seu trabalho, reunimos experiências clínicas hospitalares e ambulatoriais em três diferentes dispositivos pertencentes à rede SUS.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Hospital. Saúde mental.

## 1 INTRODUÇÃO

A possibilidade de inserção da psicanálise nas instituições públicas de saúde é fruto da incorporação da dimensão psicossocial na saúde, o que, no século XX, engendrou um novo modelo, alternativo ao biomédico, conhecido como modelo biopsicossocial (De Marco, 2006). Para que este modelo pudesse operar nas diferentes instituições de saúde, foi necessária a inclusão de equipes multiprofissionais, compostas por técnicos de diferentes campos do conhecimento, incluindo a psicologia – e foi nessa esteira que a psicanálise teve algumas oportunidades de se inserir. A partir desta inserção, percebemos a importância de dar voz aos sujeitos que ali estão, acometidos pelos mais diversos atravessamentos em seus corpos – corpos que, conforme a psicanálise, não se resumem a um organismo. Por outro lado, a entrada do psicanalista também abriu margem para que este pudesse intervir nas equipes multidisciplinares, cujas demandas por escuta estão reprimidas há muito tempo (Miranda & Ferreira, 2024). Com o objetivo de verificarmos o lugar do psicanalista na instituição e os efeitos de seu trabalho, reunimos, aqui, experiências clínicas de psicanalistas inseridos em diferentes campos de pesquisa e inseridos em instituições hospitalares e ambulatoriais em dispositivos pertencentes à rede SUS.

O ponto convergente dessas experiências é a aposta de que a escuta psicanalítica tem a potência de fazer girar os discursos arraigados na instituição e, principalmente, de questionar o discurso hegemônico da ciência contemporânea. Este último vem se unindo ao discurso do capitalista, que tem como agente e como visada o próprio capital, embora julgue-se a si próprio como neutro, sem interesses ideológicos, políticos e econômicos (Beer, 2017; Dunker & Iannini, 2023; Elia, 2023). Em verdade, o resultado disso é a promoção de uma economia das subjetividades em prol do capital, o que as torna objetificadas (Alberti et al., 2022). O método psicanalítico implica que o psicanalista, como agente de seu discurso, se dirija ao sujeito de modo que este se ponha a falar, pois é como falante que ele articula e investe em seu desejo, mesmo diante das adversidades impostas pela vida.

O ambiente hospitalar, para além de ser o lugar em que muitas adversidades se colocam em cena, é um território em que há prevalência do discurso médico, que, muitas vezes, promove a identificação do paciente com sua doença, reduzindo-o a seu diagnóstico – como é bastante visível no caso do atendimento de crianças com um diagnóstico sindrômico, conforme será apresentado.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho surge da experiência de pesquisadores psicanalistas que têm diretamente uma prática em instituições hospitalares. Silva & Macedo (2016) destacam a importância de o pesquisador manter-se ativamente implicado no processo clínico, a fim de que seja possível a

emergência do material a ser interpretado através do método psicanalítico. Vejamos por que essa articulação entre *práxis* e pesquisa em psicanálise é essencial no campo metodológico da psicanálise a partir do livro *A Ciência da Psicanálise*, de Luciano Elia (2023). Elia aborda as especificidades da ciência da psicanálise, advertindo que, neste campo, metodologia não é “o mero elenco de procedimentos operacionais e técnicos que o pesquisador executa” (*Idem*, p.217). Nossa método, portanto, se afasta das “clássicas discussões metodológicas em pesquisas das áreas humanas e sociais, que se subdividem no binômio *quali/quanti*”; tampouco coincide com “os métodos e técnicas de pesquisa utilizados na psicologia” (*Ibidem*).

O único método a ser utilizado no campo da psicanálise é “o método psicanalítico, o mesmo utilizado no dispositivo da experiência psicanalítica” (Elia, p.218). Para que a particularidade deste método se sustente, Elia indica que, embora o pesquisador não se encontre na posição de analista, tampouco ocupa o lugar de pesquisador experimental. Trata-se de um “analisante muito peculiar, específico, que alterna seus momentos de cientista e pesquisador com os de analista” (Elia, p. 224). A fim de que possa designar, enfim, este lugar de pesquisador que ocupa o lugar de analisante, Elia propõe o termo *pesquisante* (*Idem*, p.226).

Os exemplos, aqui trazidos, puderam ser colhidos a partir desta posição de pesquisantes em serviços públicos de saúde, incluindo os efeitos de uma posição ética que leva em conta a singularidade, evidentemente. Esses efeitos podem ser observados nos pacientes, mas também dentre os demais profissionais de saúde, que podem ter um maior ou menor acolhimento em relação ao que lhes é direcionado a partir da escuta clínica – a depender do nível de abertura que estes profissionais apresentem em relação ao discurso psicanalítico.

Veremos que, se por um lado uma articulação entre psicanálise e medicina é possível e benéfica, diríamos mesmo necessária, por outro, verificamos um tensionamento produzido pela interação entre esses dois campos, tendo em vista que, para o discurso médico, é justamente a subjetividade, tão cara à psicanálise, aquilo que, por vezes, pode acabar sendo subtraído em sua abordagem ao doente. Daí a importância do psicanalista, cuja simples presença em uma equipe assinala a presença do “homem” em sua própria doença, levando-se em conta a equação trazida por Clavreul: “doente = homem + doença” (Clavreul, 1983, p. 99-100).

### **3 RECORTES CLÍNICOS**

#### **3.1 UMA ARTICULAÇÃO DA PESQUISA ACADÊMICA ORIENTADA PELA PSICANÁLISE E O ESTÁGIO NO SETOR DE PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

A partir do sistemático acompanhamento das articulações possíveis entre prática e investigação, relatamos em que medida a inserção dessa prática específica contribui para as equipes nas quais a psicanálise se insere. Perguntamos o que se transmite, em psicanálise, de tal modo que se possa verificar que, de sua inserção em uma equipe, algo efetivamente contribuiu? Encontramos diferentes equipes ao longo dos anos, entre elas, um serviço de psiquiatria em um Hospital Universitário. Nos últimos anos, a equipe acolheu psicólogos concursados que efetivamente contribuem para a inserção de uma prática que se sustenta também na psicanálise.

É o que demonstra o trabalho com Artur, que chegou ao hospital ainda bem pequeno, e hoje já conta com 12 anos. Poderíamos distinguir três tempos na inserção de uma abordagem psicanalítica junto à clínica com crianças nesse serviço: 1) em um primeiro momento, o serviço contava com um Setor específico de permanência de crianças que necessitam de acompanhamento psiquiátrico, sustentado por uma médica psiquiatra que também tinha formação psicanalítica; 2) com a aposentadoria dela, esse Setor foi encerrado, e o acompanhamento das crianças e adolescentes no serviço se restringiu ao medicamentoso, às vezes com uma interlocução com equipes de estagiários em psicologia da própria universidade, que acompanharam um ou outro desses pacientes; 3) hoje, com a inserção de alguns psicólogos que também têm formação psicanalítica, abriu-se um verdadeiro diálogo com alunos especializados e residentes em psiquiatria, pois faz parte de suas grades curriculares a interlocução com os referidos psicólogos, sem que, com isso, tivesse sido interrompido o intercâmbio com equipes daqueles estagiários em psicologia, ou mesmo com professores pesquisadores de programas de pós-graduação no Instituto de Psicologia que têm uma orientação também psicanalítica. Em princípio, poderíamos dizer, o cenário atual é muito propício para fazer avançar uma transmissão da psicanálise no setor de psiquiatria do referido hospital, e particularmente, para o trabalho com crianças e adolescentes. Com a prática, a pergunta que nos questiona cada vez mais é: qual é a extensão desse cenário? Em que medida podemos efetivamente contar com uma presença de uma orientação psicanalítica dentro de um setor de psiquiatria de um Hospital Universitário, nesta terceira década do século XXI, diante do todo empuxo científico que pretende orientar a prática médica? Para responder a essa pergunta, tentaremos resumir o caso Artur, que já foi aprofundado em outra ocasião.

Filho de um casal muito jovem, quando Artur fez dois anos de idade viveu a separação dos pais e passou a ver o pai muito esporadicamente. Vivia com os avós maternos até a idade de dez anos quando se juntou à mãe que já estava grávida do atual padrasto de Artur. Mesmo assim, a avó continuou a se ocupar bastante do menino, inclusive foi ela quem o trouxe para a primeira entrevista. Ela lembrou na ocasião que Artur ficara muito agressivo quando, aos seis anos de idade, foi totalmente abandonado pelo pai. A agressividade é, aliás, uma das queixas que retornam com alguma frequência, não só por

parte da avó, mas também da mãe. Esta frisa bastante um aumento de agressividade por ocasião da mudança para a casa nova, onde passou a viver com ela e o padrasto, pouco antes de sua meia irmã nascer. Mas observa também que Artur só tem comportamentos agressivos com as figuras femininas, e que respeita bastante o padrasto com quem desenvolveu uma relação muito boa.

Artur era acompanhado, além da Psiquiatria, pela Genética, pela Clínica Geral e pela Neuropediatria quando chegou ao Hospital Universitário com quatro anos de idade, lá mantendo-se até os anos subsequentes – justamente no segundo tempo do Serviço, aquele em que a atenção ficara reduzida a um acompanhamento medicamentoso. Em todas aquelas clínicas, o significante “déficit” marcava Artur, por apresentar uma síndrome dita do X frágil, identificada pela Genética. A ela se associam certos comportamentos do menino ditos inconvenientes, além de transtornos convulsivos e manifestações corporais como orelhas proeminentes. Para o discurso médico, isso justificara a miríade de diagnósticos que o menino traz em seu prontuário, desde autismo, passando por TDAH, déficit de linguagem entre outros. Todos esses diagnósticos levaram a um discurso familiar, mas também da escola, segundo os quais Artur é uma criança que não seria capaz de aprender. Assim, quando chegou na primeira consulta para um acompanhamento baseado na psicanálise, com 12 anos de idade, o jovem não sabia nem ler nem escrever. E comparado com a irmã dez anos e meio mais nova, é sempre dito como aquele em déficit, com um comportamento inoportuno.

A primeira entrevista com Artur introduziu uma problemática que se manteve como assunto principal durante muitos meses que a ela se seguiram: a separação para com a tia e avó paternas. O fato de elas terem cortado mais recentemente contato com Artur – provavelmente porque ele ligava para elas a todo momento, sem limite e sem trégua –, o levava a solicitar que conseguíssemos o telefone delas, para ele poder ligar de seu celular. Evidentemente, não as conhecíamos e menos ainda tínhamos esses números, mas sua insistente demanda nos levou a concluir que Artur supunha que sua terapeuta sabia de tudo, mesmo do que, em realidade, nem poderia ter conhecimento. Em consequência, pudemos levantar uma hipótese diagnóstica lastreada na teoria psicanalítica lacaniana, de um Outro não barrado, uma hipótese, pois, que se dava na transferência, indicando uma estrutura sem a inscrição do Nome-do-Pai. Outras falas de Artur corroboraram essa hipótese: Artur não fazia distinção de tempo – ele e a terapeuta tinham a mesma idade em certas sessões –, nem de lugar – a um só tempo, a tia e a avó podiam estar nos Estados Unidos e/ou num shopping no Rio de Janeiro –, alguns neologismos também surgiam em sua fala. Mas justamente por isso mesmo, e pelo fato de ter se ligado tanto a essas duas parentes do lado paterno que o deixaram – como o pai, aliás –, pelo fato de se comunicar corretamente com a terapeuta, e, inclusive, desesperar-se com um “não sei mais o que faço” (sic), a hipótese de autismo pode ser definitivamente descartada, permitindo o trabalho a partir do diagnóstico

de psicose. Levantamos então a hipótese de que Artur desenvolvera uma estrutura psicótica em decorrência de suas primeiras experiências com o Outro, por essa razão, um tratamento que articulasse o acompanhamento medicamentoso com a escuta psicanalítica, e um acompanhamento da família, encetou as possibilidades de melhora. E se bem que Artur apresentasse consequências em função do distúrbio genético – como por exemplo, o formato das orelhas –, o diagnóstico psicanalítico permitiu reorientar o próprio projeto terapêutico, na medida em que, antes, a leitura do diagnóstico genético apenas identificava um “déficit” de Artur, como se fora um problema impossível de resolver e que viria a impedir que o menino pudesse até mesmo aprender. Eis, pois, a nossa hipótese que aponta para a possível iatrogenia intrínseca a um diagnóstico de uma criança. Somente aos 12 anos Artur teve a chance de ser escutado, até então era apenas tratado com exames e medicações – tanto da clínica e da genética, quanto da psiquiatria.

Com o avançar das sessões, Artur passou a dirigir algumas demandas à própria terapeuta, no mesmo molde como até então fazia com sua tia e sua avó. Isso não foi sem uma transferência negativa, como por exemplo no dia em que gritava para a terapeuta: você não quer me levar – frase que originalmente referia à tia. É provável que o próprio termo “tia” tenha contribuído, na medida em que na fala das crianças, suas terapeutas via de regra são ditas tias... Mas foi essa transferência imediata que permitiu uma nova orientação ao tratamento pois, esclarecendo não ser a tia dele, a terapeuta sugeriu que juntos escrevessem uma mensagem para a tia. Ao mesmo tempo, foi proposto a ele que retornasse mais uma vez naquela semana, o que foi muito bem recebido por Artur. A um desaparecimento – da sessão, da terapeuta, dele próprio em sessão – passou a surgir um retorno, uma possibilidade de reencontro na mesma semana.

Deparando-se com o fato de não saber nem ler nem escrever, em uma das sessões que se seguiram àquela, surpreende a terapeuta com a pergunta: “será que eu pensei, tia?”, o que evidentemente provocou a pergunta do outro lado: “alguma vez alguém lhe disse que você não pensa?”, reassegurando-o: “acho que você pensa o tempo todo!”. Em resposta, Artur, um ano e meio depois de ter iniciado o tratamento, lhe responde: “é, tia. Eu sou inteligente, né. Obrigado, tia”. Por pensar e ser inteligente, desbancando, portanto, os muitos diagnósticos de déficit que lhe foram impostos desde muito cedo, ele quer aprender a ler e escrever. Os muitos déficits a priori provocados pelo diagnóstico do X frágil que efetivamente traz consigo tantos outros como efeitos daquele, nos permitiram levantar a hipótese de que os déficits foram, na realidade, de investimento no sujeito Artur e, no lugar de o diagnóstico da síndrome ter promovido um cuidado redobrado com a alfabetização e a escolarização da criança, levou a uma cristalização dos tais efeitos. Por sua vez, pensamos que tal cristalização certamente também é consequência da falta de cuidado e dos pressupostos sindrômicos, pois pensamos

que eles não tenham sido anódinos para com o modo pelo qual se estabeleceu a relação da criança com o Outro e, portanto, para a própria estruturação psíquica da psicose. É claro que a composição familiar e a falta de uma assistência maior à própria família pode ter sido o fator mais determinante. De todo modo, autismo e esquizofrenia se articulam (Alberti, 1999), mas não são a mesma coisa. Não se trata aqui de desenvolver toda essa questão, pois a literatura em psicanálise sobre ela é vasta e complexa (Pozzato & Vorcaro, 2014). A questão que levantamos se refere ao fato de se supor um autismo a toda criança portadora da síndrome do X frágil, decorrente de se identificar o autismo como uma síndrome exclusivamente organicamente determinada – desconsiderando toda vasta literatura que examina, por exemplo do ponto de vista da psicanálise, as possíveis múltiplas determinações para um autismo ou uma esquizofrenia. Por outro lado, a nosso ver, tal posicionamento se verifica absolutamente iatrogênico, por impedir uma aposta na subjetivação da criança esquizofrênica, para dialetizar sua relação com o Outro consistente.

Apresentar os resultados preliminares do acompanhamento de Artur no cerne de um serviço de psiquiatria, e sobretudo ele sendo num Hospital Universitário com estudantes de medicina e residentes em psiquiatria, é, para além dos avanços possíveis do caso, uma das contribuições que a psicanálise inserida no hospital pode oferecer. Um pouco como o que nos foi possível verificar também no contexto de um setor de pediatria que tem um ambulatório específico para crianças com síndrome de Down.

### 3.2 CONSEQUÊNCIAS DE UMA ATIVIDADE CLÍNICA EM UM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO VOLTADO PARA CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Antes de iniciarmos a discussão, salientamos que a síndrome de Down (sD), ou trissomia do cromossomo 21, é caracterizada pela medicina como uma condição genética que apresenta características fenotípicas específicas, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e déficit intelectual (Brasil, 2015). No entanto, para além dos fatores genéticos que necessariamente integram a sD, destacamos que a síndrome se expressa em cada pessoa de forma singular a considerar a influência que exercem outros fatores, como as interações celulares, os fatores ambientais, bem como o tempo e o local onde as células se dividem, dentre outros (Moreira; El-Hani; Gusmão, 2000).

Desse modo, em função das questões clínicas de saúde que podem estar associadas à referida condição genética, tais como cardiopatias congênitas, hipotonía, alterações neurológicas, oftalmológicas etc., a criança com sD necessita de cuidados de diversas especialidades. No estado do Rio de Janeiro, temos um Hospital Universitário como referência que, unindo os cuidados específicos

que a referida condição genética requer, oferece atendimento multidisciplinar às crianças com sD na faixa de zero a três anos de idade.

Com o objetivo de discutir sobre a sD na interface entre a psicanálise e a medicina, destacando como o discurso médico opera e o lugar que a criança com sD ocupa no contexto hospitalar, apostamos na escuta psicanalítica.

Consideramos aqui por discurso médico o imperativo metodológico fundamentado na objetividade e na científicidade, exigências impostas aos médicos, na tentativa de demarcar, por exemplo, que o prontuário seja preenchido a partir das mesmas categorizações e observações clínicas, independente de qual médico o fizer e, sobretudo, independente das características do caso a caso. Como resultado dessa lógica protocolar, a singularidade é excluída da cena do mesmo modo que o sujeito é reduzido aos fenômenos que apresenta, sendo colocado em categorias diagnósticas previamente estabelecidas (Clavreul, 1983).

Nessa perspectiva, para a medicina, a sD é uma condição genética que, necessariamente, acarreta uma deficiência intelectual, o que acaba fixando essas crianças no lugar de “incapaz”. Como efeito secundário dessas baixas expectativas quanto às capacidades da criança, verificamos em nossa experiência que suas subjetividades dificilmente são levadas em consideração. Levantamos a hipótese de que isso se deve ao fato de essas crianças terem sido cristalizadas em discursos que as tomam como objeto, seja de cuidados, diagnósticos ou intervenções. Esses discursos incidem sobre elas não somente por meio do convívio social, como também no próprio seio de seus lares e, até mesmo, em certos contextos médicos e pedagógicos. Citamos como exemplo a fala de uma mãe que expressou bem esse olhar dessubjetivador sobre a criança com sD: “não sei se no caso dele é possível um atendimento com psicóloga”. Diante de tal questionamento, perguntamo-nos: “por que não seria?”. Por ter sido tão estigmatizada em função do que era interpretado como sendo sua deficiência, a própria mãe não cogitava a possibilidade de essa criança ter capacidade para um atendimento psicológico.

No contexto hospitalar, verificamos que a interface entre a psicanálise e a medicina produz um tensionamento que desvela a forma como as subjetividades, com frequência, são silenciadas pelo discurso médico. De acordo com a psicanálise, entendendo que o sujeito é sempre do inconsciente, apostamos no advento do sujeito em toda a sua singularidade, independente de ele apresentar ou não alguma síndrome. Assim, verificamos que o trabalho que se exige de início à clínica orientada pela psicanálise é o de dialetização desses ditos estigmatizantes.

Importante situar que a posição objetiva imperativa do discurso médico se justifica pela necessidade de o médico aplicar sua técnica da melhor maneira possível. No entanto, o profissional parece não se dar conta de que, ao excluir a sua própria subjetividade e a dos pacientes da cena em

proveito de seu exercício, elas se fazem presentes e produzem efeitos, especialmente nos casos de comunicação de diagnósticos/notícias difíceis. Como? No cotidiano do hospital, as equipes de saúde são frequentemente atravessadas por inúmeros embaraços advindos do mal-estar que alguns casos provocam, seja em função da complexidade e vulnerabilidade social que apresentam, seja por causa da idealização da maternidade por alguns profissionais ou, ainda, como efeito da estigmatização historicamente construída acerca da síndrome de Down. Esse mal-estar não deixa de influenciar os modos com os quais os próprios médicos e a equipe de saúde se relacionam com os pacientes e seus familiares, como veremos no fragmento do caso de Nilma.

Do contexto de uma maternidade particular da cidade do Rio de Janeiro, destacamos a fala de um médico à Nilma, mãe de Zoe que é uma jovem de 16 anos: “você vai ter de abandonar a sua vida para cuidar dela. Pessoas com essa condição precisam de muitos cuidados para o resto da vida”.

Ao ouvir tal mandamento, a mãe, profundamente abalada com a fala do médico no pós-parto, relatou que somente alguns anos depois conseguiu chegar à conclusão de que não rejeitava a filha ou o diagnóstico dela, mas sim a certeza profetizada pelo seu médico de que ela teria que abdicar de sua vida para cuidar de um bebê que, supostamente, dependeria totalmente dela em função da síndrome de Down. Essa situação ilustra o poder do discurso médico que pode contribuir para a cristalização do futuro do paciente. Desse modo, apesar de o discurso médico visar a neutralidade, a objetividade e a científicidade, o caso de Nilma denuncia como pode ser difícil para os médicos se manterem objetivos e neutros o tempo todo.

Além disso, destacamos os frequentes relatos das mães atendidas no ambulatório sobre como ocorreu o momento da notícia do diagnóstico e de como, muitas vezes, a informação era dada no momento do nascimento de forma descuidada e insensível, como podemos ver a seguir: “Eles [na maternidade] olhavam para o meu bebê como se ele fosse um monstro”; “Disseram que ela tinha alguma coisa errada e nos mandaram para o geneticista”; “Ninguém explicou para gente o que é a síndrome, só falaram para procurar um geneticista e mandaram a gente embora”; “Ouvir aquele diagnóstico [no momento do nascimento], na frente de todo mundo, acabou comigo. Foi como se tivesse aberto um buraco no chão e eu caí ali”.

Frente a essas falas, verificamos que receber o diagnóstico de sD de um filho requer um importante trabalho de elaboração psíquica da mãe, do pai e dos familiares, seja durante a gravidez ou depois de seu nascimento. Além desse momento potencialmente gerador de angústia, ressaltamos que a falta de preparo desses profissionais para a comunicação do diagnóstico pode provocar efeitos importantes na relação da mãe com seu bebê nesses primeiros momentos de vida. Dito isso, colocamos a seguinte questão: tais dificuldades seriam decorrentes da falta de preparo técnico dos profissionais

de saúde e/ou da dificuldade com que os médicos se defrontam quando as subjetividades emergem em cena?

Observamos que as dificuldades sentidas pelos membros da equipe pareciam ter mais relação com aspectos de suas próprias histórias. Aqui destacamos a importância e a urgência de o profissional de psicologia que atua no contexto hospitalar se ocupar também da escuta dos profissionais que integram as equipes de saúde, visto que também são sujeitos com medos, embaraços, angústias, expectativas e frustrações. Afinal, como a criança com síndrome de Down poderá ser bem acolhida pela mãe se esta não é bem acolhida pelas equipes, em suas dificuldades, angústias e, até mesmo, rejeição quanto à maternidade ou quanto ao diagnóstico de síndrome de Down?

Objetivamos privilegiar a interface da psicanálise com as equipes e os efeitos da escuta psicanalítica diante desses profissionais que operam a partir do discurso da medicina, ratificando a importância do lugar do profissional de psicologia no contexto hospitalar. E observar que, a partir dos efeitos de nossas intervenções, mesmo nas pequenezas e dificuldades, foi possível sustentar a escuta psicanalítica em interlocução com a medicina.

### 3.3 QUESTÕES QUE SURGIRAM A PARTIR DO ATENDIMENTO DE PACIENTES CARDÍACOS EM UM HOSPITAL DO ESTADO.

As questões que serão levantadas a seguir se originam de um trabalho na rede pública, em um hospital de retaguarda voltado para pacientes com alterações cardíacas, muitos dos quais aguardam a realização de procedimentos cirúrgicos em outras unidades hospitalares do estado.

A clínica cardiológica possui algumas especificidades, relacionadas, notadamente, ao fato de estar voltada a um órgão que, para o imaginário popular, representa a vida. Portanto, não é apenas com a ideia de finitude que o sujeito se depara ao adoecer, mas também com aspectos afetivos de sua existência (Borges, Oliveira & Vasconcelos, 2020).

Apesar de a doença cardíaca afetar a dimensão física, podendo ser evidenciada através dos exames clínicos, laboratoriais e de imagem, verificávamos que os pacientes deste hospital demandavam atendimento psicológico em função de estarem angustiados, desejando falar sobre questões outras que os afligia. Curiosamente, minimizavam a gravidade de seu quadro cardíaco e, não suportando esperar pela realização do procedimento cirúrgico, não raras vezes pediam para ir embora do hospital. Essa posição incomodava o corpo médico, na medida em que os pacientes colocavam suas demandas enquanto sujeitos à frente dos cuidados necessários à doença. Vale lembrar que, como salientou Clavreul (1983), o discurso médico se dirige justamente à doença. Para o autor, o doente só é levado em conta pelo médico na medida em que viabiliza a informação de dados sobre o mal que o

aflige; mas, no que se refere à sua subjetividade, tanto melhor que seja silenciada para que a doença possa ser isolada.

Para Clavreul o doente é o resultado da equação “homem + doença”, sendo o diagnóstico o ato que o faz adentrar no discurso médico: “por aí, o médico mostra que aquilo de que o doente sofre tem seu lugar no sistema dos significantes que constitui o discurso médico” (Clavreul, 1983, p.52).

Apresentaremos aqui alguns exemplos de situações que marcaram a divisão trazida entre homem e doença em um hospital bastante afeito ao modelo biomédico. Não pretendemos generalizar as situações lá vivenciadas, mas apenas apresentá-las a fim de demonstrar que o modelo médico-centrado pode manter-se hegemônico, mesmo quando escamoteado por vernizes psicossociais – que podem incluir a presença de equipes multidisciplinares e de um *round* com diferentes profissionais. Demonstrationremos que, nessas situações, a abordagem psicanalítica pode ter efeitos importantes, não nos cabendo retroceder diante das possibilidades de intervenção.

### 3.4 UMA MÉDICA MAL-EDUCADA

O fragmento a seguir envolve o caso de um paciente, Manoel, que havia sofrido um infarto e, mesmo apresentando um quadro grave, com indicação para cirurgia cardíaca, demandava ir embora do hospital sem dar continuidade ao tratamento. Eis, aliás, o porquê de termos sido chamada para atendê-lo.

Iniciamos o atendimento evitando nos manter em uma posição de convencê-lo a ficar no hospital, priorizando convidá-lo a falar em associação livre. Disse que estava muito angustiado, e que tal situação estava sendo intensificada pela insistência dos demais profissionais em apresentar diversas razões para que ele ficasse. Manoel falou sobre como estava sendo difícil manter-se internado e que gostaria de estar em casa, com sua família. Perguntamos o que havia acontecido antes de ocorrer o infarto. Embora se trate de um acometimento físico, relacionado a uma série de alterações cardiovasculares, percebemos, em nossa prática, que não raro os episódios de infarto ocorrem subsequentemente a eventos traumáticos. Ao ser questionado, o paciente disse que seu filho havia sido assassinado de forma brutal devido ao envolvimento com drogas ilícitas, correlacionando o infarto a esse terrível acontecimento ao dizer: “o meu coração não aguentou”. Culpava-se pela morte do filho, e, ao pedir alta à revelia, colocava sua vida em risco como forma de se penitenciar por não ter conseguido evitar o envolvimento do filho com o crime.

O paciente chorava copiosamente ao falar desse filho quando foi interrompido pelo repentino aparecimento de uma médica. Acariciando o braço de Manoel, perguntou “por que você está chorando? Ah, não chora não”. O próprio paciente mostrou-se atônito com a interrupção.

Após a saída da médica, Manoel ficou indignado: “mas que mal-educada! Essa médica não respeita o seu trabalho não?”. O paciente falava sobre a brutalidade de um ato realizado contra seu filho, quando foi violentamente retirado da posição de sujeito. Felizmente, ele rejeitou o consolo da médica, que o colocava novamente em um lugar de objeto: antes era impedido de manifestar o desejo de ir embora; agora ela não queria que ele chorasse, sem nem mesmo saber o justificado motivo que o conduzia a esta manifestação de tristeza. De todo modo, mesmo sem que tocássemos na questão de seu pedido de alta, ele acabou decidindo aguardar o encaminhamento para a cirurgia.

### *3.5 SERÁ POSSÍVEL OUVIR, SEM DAR VOZ?*

Mário era um paciente negro, sem dentes na boca, morador de uma comunidade no Rio de Janeiro, com aproximadamente 70 anos de idade. Era um homem muito grande, que se deslocava com dificuldade e apresentava um quadro cardíaco grave, que demandava intervenção cirúrgica. A forma como Mário se expressava era a de um típico carioca, mesclando espontaneidade, certa irritação e ironia. Ele era atravessado pela cultura do samba e contava, em sua comunidade, com certo prestígio.

Algumas equipes no hospital, incluindo enfermeiros e fisioterapeutas, se queixavam muito desse paciente, dizendo que ele se dirigia a eles de maneira grosseira. Certa vez uma enfermeira identificou certa “maldade” em sua fala ao pedir que lhe desse banho. Em outra ocasião, Mário teria apresentado “diarreia”, e avisou à equipe de enfermagem que havia sujado um vaso sanitário. Tempos depois, encontraram fezes na tampa de um vaso. Perguntaram a ele se havia evacuado naquele dia, ao que respondeu afirmativamente. Por conta dessa resposta, entenderam que teria sido ele quem, propositadamente ou não, sujara o tampo do vaso sanitário, apesar de ele negar que o tivesse feito.

Durante a reunião no *round*, a equipe médica foi comunicada a respeito “do mau comportamento de Mário” e da suspeita supracitada, inquestionada. Para nossa surpresa, a equipe passou a discutir possíveis formas de “expulsar” Mário do hospital: “nós podemos, sim, mandá-lo embora por má conduta” – mesmo não havendo indicação médica para que ele recebesse alta naquele momento. Um dos médicos disse, então, que iria ter uma “conversa séria” com ele. Considerava-se “médico-psicólogo” pois acreditava no poder certeiro de suas intervenções junto a pacientes dos quais algum membro da equipe se queixava. Nesse mesmo dia, o “médico-psicólogo” chamou a filha do paciente e disse, de forma dura, que se ele não mudasse o comportamento seria “colocado para fora” do hospital.

O teor dessa conversa nos foi relatado por uma enfermeira, acrescentando que, depois da visita do médico, Mário ficou muito triste. Dormiu a tarde toda e parecia deprimido. Esperamos que ele

acordasse para saber como estava: “estou triste, muito triste. O médico chamou minha filha para me dar um ‘pito’ daqueles. Disse que eu trato mal as enfermeiras e que teria ‘cagado’ na tampa do vaso”.

Ao ouvi-lo falar sobre essa acusação, nossa intervenção foi uma gargalhada. Como pode, em um ambiente mortífero como um hospital, os médicos se preocuparem em perseguir um suposto “cagador de tampa” de vaso? Ao ver que ríamos da situação, Mário também riu, e passou a narrar a situação de forma cada vez mais cômica: “eu vi o cocô e fui pra outro banheiro. Vocês acham que se eu fizesse um ‘cagalhão’ daqueles, não ficaria com a bunda suja? Não teria que tomar banho depois? O verdadeiro ‘cagão’ está à solta por aí”. E repetia: “você acredita que o médico chamou a minha filha para falar: seu pai deixou fezes na tampa do vaso?!”. Ao citar com diferentes entonações a fala do médico, de forma cada vez mais engraçada, se distanciava mais daquela acusação que lhe fora feita, parando de se justificar a fim de nos convencer de que não fora ele o “autor da obra”.

Dissemos a ele que não estávamos ali para fazer investigações e que nos preocupávamos, sim, com seu estado de saúde. Ao final do atendimento, depois de tantas risadas, ele não estava mais triste.

Durante o *round* do dia seguinte, do qual participamos, os demais médicos falaram sobre a melhora no comportamento de Mário. Se dirigiram ao “médico-psicólogo” que o admoestara dizendo “Doutor, sua terapia foi um sucesso!” – “terapia” porque ele costumava dizer que fazia “terapia” com os pacientes que se comportavam “mal”. Essa “terapia” consistia em falar de forma dura com os pacientes, ameaçando-os de expulsá-los caso não se comportassem. Mal sabiam eles que o sucesso desse procedimento se devia ao fato de os pacientes, depois de serem ameaçados, buscarem atendimento psicológico. Foi assim com pelo menos três pacientes que atendemos. Um deles nos dissera: “depois que o doutor veio aqui, me sinto como um menino. Ele falou que se eu não me acalmasse faria um papel para me mandar embora. Ele tem esse poder?!”. O paciente se acalmou apenas quando conseguimos relativizar a fala desse médico, dizendo que ele estava apenas blefando.

Durante o *round*, as intervenções do “médico-psicólogo” eram gradativamente exaltadas, enquanto nossas intervenções, que de fato apaziguavam os pacientes, tinham suas visibilidades cada vez mais recaladas. Assim como a expressão subjetiva dos pacientes (identificados como grosseiros ao se manifestarem com as particularidades de uma população colocada à margem do que é tido como educado polido), nós, da psicologia, também fomos sendo excluídos ao trazermos à baila a posição daquelas pessoas, furando assim com o discurso hospitalocêntrico.

Nossa denúncia em diferentes espaços a respeito da conduta dos técnicos, conduziu a tornar insustentável nossa permanência no serviço. Podemos assim dizer que o resultado de nossa atuação levou a dois convites: um, para nos retirarmos do hospital (acabamos sendo desligadas), e outro, feito pelo próprio paciente (Mário), para que o visitássemos em sua comunidade depois da cirurgia.

Essa duplicitade de convites, um para fora, e outro, para dentro, traz à tona questões importantes sobre a ética de um analista, e demonstra bem o quanto a psicanálise não é asséptica, como colocam alguns de seus críticos. Dar voz ao sujeito objetalizado pelo discurso médico não é tarefa fácil. E sustentar essa voz pode ser tão difícil quanto nossa permanência em alguns espaços.

#### **4 CONCLUSÃO**

Apresentamos aqui alguns fragmentos de atendimentos realizados em instituições de saúde. A despeito das particularidades de cada dispositivo, demonstramos o quanto as intervenções realizadas, a partir de uma abordagem em psicanálise, surtiram efeitos importantes para os pacientes, muitas vezes colocados como objetos do discurso médico.

Recuperamos um texto que distingue as equipes conforme sua maior ou menor aceitação de uma intervenção psicanalítica. Trata-se de um texto que retoma uma metáfora de Lacan (1975, p.18), segundo a qual a psicanálise seria a última flor da medicina. Fato é que, nas duas primeiras equipes aqui rapidamente abordadas, ambas inseridas no contexto universitário, foi possível encontrar quem se interessasse pelas nossas intervenções. Já no hospital que não possuía ligação com a universidade, essas intervenções acabaram sendo rechaçadas – assim como nós mesmas. Essas diferenças nas possibilidades de atuação do analista confirmam a hipótese de que “o Discurso Universitário, tendo de alguma forma subvertido o Discurso do Mestre no hospital universitário, introduziu uma dialetização na ordem médica, abrindo vias para a ação do analista” (Alberti, 2000, p. 50). Mesmo se isso também abriu as portas, como continua a autora, à injunção do Discurso do Capitalista – cujos efeitos foram desenvolvidos e exemplificados por Moreira & Araujo (2023) –, “pelo simples fato de se encontrar articulada ao Discurso Universitário” tal subversão acolheu o exercício da assistência clínica vinculado à pesquisa acadêmica independente do conteúdo desse exercício, pois no Discurso Universitário um saber equivale ao outro. Há diferenças, portanto, entre o trabalho realizado em um local “em que o professor adjunto do Instituto de Psicologia recebe o mesmo salário que um professor adjunto da Faculdade de Medicina e num hospital em que o médico tem um salário mais alto do que o psicólogo, pelo simples fato de ser médico” (Alberti, 2000, p. 50).

Com a experiência de muitos anos na articulação entre psicanálise e prática hospitalar, fica cada vez mais evidente ali o casamento do discurso da ciência com o do capitalista, do modo como a autora o desenvolve nesse texto. O que se observa, quanto ao discurso do psicanalista no cotidiano da prática é que ele exige a permanência do psicanalista nela, pois, por mais que haja acolhimentos de seus efeitos no cotidiano, e por mais que Lacan (1993) tenha observado que o único discurso que pode fazer frente ao do capitalista é o do psicanalista, não há psicanálise que se sustente sem a presença do analista.

Nossas intervenções, tanto durante o atendimento ao paciente, como durante os *rounds* ou com outros profissionais, se afinam ao que Lacan chamou de “psicanálise em extensão”. Dirigem-se ao campo institucional de uma unidade hospitalar, a partir do que se desenvolve didaticamente, através da “psicanálise em intensão” (Lacan, 2003, p. 251). Nela, mesmo que os desdobramentos não possam ser verificados imediatamente, aposte-se que a “experiência original” da psicanálise conduza a um efeito de tempo *a posteriori*, condição essa que Lacan considera radical à psicanálise (*Ibidem*).

Diferentemente quando se trata da inserção do psicanalista no hospital pois, se é possível verificar vez por outra esse efeito no caso a caso de uma intervenção – seja com um paciente, um familiar, ou mesmo algum membro da equipe hospitalar –, a experiência demonstra que o cotidiano do trabalho do psicanalista exige sua presença de forma perseverante, caso contrário os outros discursos que ali circulam se aproveitam de sua ausência para forocluir, de um lado novamente os sujeitos, de outro, a falta, a falha, o que claudica.

Apesar de a entrada da psicanálise nas instituições de saúde ter sido uma conquista importante, não é nada fácil sustentar seu discurso, sobretudo em instituições mais afinadas a um discurso médico totalizante, que busca silenciar tanto as manifestações subjetivas, como aqueles que buscam acolhê-la.

Por outro lado, vale destacar que, apesar de haver linhas de abordagem psicológica bastante acordes ao discurso médico, os psicanalistas continuam se mantendo inseridos nos diferentes dispositivos da rede SUS. Esse trabalho se prestou a trazer exemplos que ilustram o quanto a psicanálise persiste e resiste ao discurso totalizante, assim como o fazem os pacientes, que não se mantêm dóceis à “má educação” daqueles que insistem silenciá-los.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 1999.
- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (org.). Clínica e pesquisa em psicanálise. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-56.
- ALBERTI, S.; SILVA, H. F.; DINIZ, A. P.; MORAES, L. F.; SOARES, L. C.; DANTAS, P. M. M. A objetalização no hospital e os tempos de Covid: uma elaboração psicanalítica de experiências. *Psicologia e Saúde*, [S.l.], v. 14, n. 2, p. 205-216, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i2.1546>. Acesso em: 19 maio 2025.
- BEER, P. Psicanálise e ciência: um debate necessário. São Paulo: Edgard Blücher, 2017.
- BORGES JUNIOR, D. P.; OLIVEIRA, G. K. C.; VASCONCELOS, A. C. P. Contribuições da psicanálise à atuação na clínica cardiológica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 27-31, 2020.
- BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015.
- CLAVREUL, J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.l.], v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.
- DUNKER, C.; IANNINI, G. Ciência pouca é bobagem: por que psicanálise não é pseudociência. São Paulo: Ubu Editora, 2023.
- ELIA, L. A ciência da psicanálise: metodologia e princípios. São Paulo: Edições 70, 2023.
- FREUD, S. 16ª conferência: psicanálise e psiquiatria. In: \_\_\_\_\_. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 2006. v. 16, p. 223-234. (Obra original publicada em 1916/1917).
- KOBORI, E. T. Algumas considerações sobre o termo psicanálise aplicada e o método psicanalítico na análise da cultura. *Revista de Psicologia da UNESP*, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 73-81, 2013.
- LACAN, J. Proposição de 9 de outubro de 1967. In: \_\_\_\_\_. Outros escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 248-264. (Trabalho original publicado em 1967).
- LACAN, J. Televisão. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. (Trabalho original publicado em 1974).
- LACAN, J. Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines. Scilicet, [S.l.], n. 6/7, p. 7-31, 1975.
- MIRANDA, B. A.; FERREIRA, C. B. Vivências e práticas de psicólogos hospitalares durante a pandemia de Covid-19. *Interação em Psicologia*, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 25-34, 2024. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5380/riep.v28i1.86079>. Acesso em: 19 maio 2025.

MOREIRA, L.; EL-HANI, C.; GUSMÃO, F. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 9-96, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000200011>. Acesso em: 19 maio 2025.

MOREIRA, J. O.; ARAUJO, R. S. Um sujeito, uma política e a escuta psicanalítica: uma reflexão sobre a ação do psicanalista na ouvidoria hospitalar. *Tempo Psicanalítico*, [S.l.], v. 55, p. 610-634, 2023.

POZZATO, V. G.; VORCARO, A. M. R. Aproximações e distinções entre os autismos e as psicoses em crianças: condições da alienação à linguagem. *Analytica*, [S.l.], v. 3, n. 5, p. 137-156, 2014.

SILVA, C. M. D.; MACEDO, M. M. K. O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, [S.l.], v. 36, p. 520-533, 2016.