

POSSIBILIDADES DA PSICANÁLISE NO HOSPITAL: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA

Cláudia Márcia Ferreira Geoffroy¹
Sílvio Memento Machado²

“No hospital não se trata de uma psicoterapia breve, mas de um breve encontro com o psicanalista”.
Marisa Decat

RESUMO

A prática da psicanálise no ambiente hospitalar convoca a uma reflexão sobre os limites e possibilidades deste trabalho num contexto que foge ao setting clássico, o consultório particular. A psicanálise tem sido convocada, a partir do sofrimento humano, a oferecer novas respostas, uma vez que novas práticas têm interrogado a teoria existente. Entretanto, é preciso manter o rigor ético da psicanálise, ao mesmo tempo em que se exige do psicanalista uma outra posição nesse lugar atípico. Freud ofereceu, através do seu ensino, uma abertura para se pensar a psicanálise em diversos lugares e convocava a uma adaptação da sua técnica para adequar-se às novas situações. Assim, partindo dos textos sobre a técnica, quando Freud ainda formulava suas primeiras recomendações aos que queriam exercer a psicanálise, este artigo pretende trazer uma reflexão sobre os limites e possibilidades do trabalho do psicanalista no hospital, a sua função diante das demandas ali existentes e o manejo do tratamento.

Palavras-chave: Psicanálise. Hospital. Possibilidades.

1 Introdução

A ideia de trabalhar este tema ocorreu a partir de uma possibilidade de trabalho surgida num hospital geral na cidade de Varginha (MG). O hospital foi inaugurado em setembro de 2009 e, nesse mesmo ano, foi enviado por um dos autores deste artigo à diretoria do hospital, um projeto para atuação do psicólogo junto aos pacientes internados e do pronto-atendimento. O projeto foi aceito e, a partir de então, a psicóloga, que trabalha a partir da referência psicanalítica, passou a fazer parte do corpo clínico do hospital, intervindo mediante solicitação médica ou da enfermagem.

¹Psicóloga Clínica. Membro do corpo clínico do Hospital Varginha. Especialista em Teoria Psicanalítica.

²Psicólogo Clínico. Psicanalista. Mestre em Educação. Professor da Universidade José do Rosário Vellano – UNIFENAS e da Faculdade de Direito de Varginha – FADIVA.

O trabalho, logo no início, suscitou uma série de questionamentos sobre a direção a ser dada aos atendimentos. A primeira questão que se colocou foi sobre a possibilidade de um atendimento que fugia completamente do contexto habitual da clínica, muitas vezes ocorrendo em lugares inusitados como um corredor, uma varanda, um leito; tratava-se de pacientes em profundo sofrimento psíquico, mas que não demandavam um trabalho de análise, não buscavam um psicanalista, embora ele estivesse lá em condição de escutá-los. Apesar destes e de outros questionamentos, era preciso não recuar diante do que se apresentava.

Havia outras particularidades que, muitas vezes, funcionavam como entrave ao trabalho. Os atendimentos psicológicos, por exemplo, só eram realizados a partir de solicitação médica ou da equipe de enfermagem, que eram os “responsáveis” por identificar essa necessidade. Só assim o serviço de psicologia era chamado a comparecer no hospital e realizar seu papel, o que poderia se estender ao longo de toda internação, se necessário. O atendimento psicológico também poderia ser realizado no serviço de urgência, caso fosse essa a demanda.

Vários impasses foram se apresentando e perguntas sendo feitas: como o vínculo terapêutico, a transferência, poderia se estabelecer uma vez que não foi o paciente que procurou o atendimento? Como responder a esse chamado que não era do paciente e nem de sua família? Como produzir efeitos de uma análise, numa situação fora do convencional? Como manejar a questão do pagamento, muitas vezes intermediada pelos convênios? Todos esses, sem exceção, são aspectos muito importantes para se viabilizar uma análise.

Certamente, não será possível neste artigo ampliar essas questões, mas abordar algumas delas na tentativa de avaliar as possibilidades de atuação do psicanalista quando ele é convocado para além do consultório particular.

2 Revisão de Literatura

2.1 - Psicanálise e Hospital: na trilha de Freud

Freud (1919/2006) ao falar sobre o progresso da terapia psicanalítica, já previa que a psicanálise poderia, em algum momento, ter que se abrir a novas possibilidades. Ele dizia que diante da enorme miséria neurótica do mundo, a psicanálise teria que deixar de ser uma atividade restrita a um pequeno número de psicanalistas e com

alcance também restrito a um pequeno grupo de pacientes. Naquela época, Freud vislumbrava a existência de instituições que ofereceriam tratamentos gratuitos, com médicos analiticamente preparados que pudessem conduzir o tratamento de homens, mulheres e crianças neuróticas.

As previsões de Freud não se assemelham à realidade atual, no sentido de que a psicanálise não se transformou numa profissão mas, sem dúvida, está presente em diversas instituições de variados fins como escolas, asilos, presídios, hospitais, etc. No entanto, algumas das expectativas de Freud foram certas, na medida em que apontaram para a tarefa de adaptar a técnica da psicanálise às novas condições, dizendo que independentemente da forma que a psicanálise assumisse, os ingredientes mais efetivos e mais importantes deveriam ser os de uma psicanálise estrita e não tendenciosa (FREUD, 1919/2006).

Estão inseridas no atendimento realizado no contexto hospitalar diversas particularidades que, a princípio, podem sugerir entraves a uma escuta analítica, como já se afirmou aqui. Constata-se que o paciente dificilmente solicita a visita de um profissional que possa ouvi-lo em suas angústias. No entanto, o paciente internado encontra-se, invariavelmente, num estado de desamparo, uma vez que o adoecimento muitas vezes acontece de forma imprevista, repentina. Mesmo que se trate de um paciente que chegue com data marcada para algum procedimento, a internação e o ambiente hospitalar o colocam frente a situações nas quais é difícil encontrar palavras que o amparem. Há, no processo de internação, certa descontinuidade da vida e a revelação real da precariedade humana. As rotinas são interrompidas, instauram-se novos questionamentos sobre a vida e a morte, ocorre um súbito afastamento dos familiares, ou seja, há sempre algo “no ar” que não encontra ancoramento em um sentido. Moura (2000) esclarece isto ao dizer que, nessas situações, os acontecimentos se tornam traumáticos e diante da falta de bordejamento significativo o sujeito se vê imerso na angústia.

Além disso, o atendimento no hospital em nada se assemelha ao clássico *setting* inaugurado por Freud. Muitas vezes o paciente é atendido em enfermarias onde no leito ao lado encontra-se outro paciente. O atendimento é, frequentemente, interrompido pela enfermagem para administrar medicações ou realizar procedimentos específicos. Outras vezes, quando a família está sendo escutada, o espaço também é pouco convencional, pois os atendimentos podem acontecer nos corredores, salas de espera, varandas, etc.

Assim, o desafio de uma escuta atravessada pela psicanálise deve ser exatamente o de ouvir para além dessas cenas.

Outra questão que se coloca está relacionada com o tempo. No hospital, nunca se sabe quanto tempo o paciente ficará internado, pois está sujeito à alta, à mudança de instituição, ou mesmo à morte. Muito embora o tempo seja uma incógnita, sabe-se que para a psicanálise o que está em jogo não é o tempo cronológico, mas sim um tempo que é lógico, singular. Qual será então o tempo necessário para que um sujeito hospitalizado possa transformar sua queixa em demanda endereçada ao psicanalista? Para esse tempo não se pode ter nenhuma certeza ou precisão; trata-se do tempo de cada um.

Freud (1913/2006) refere-se ao seu experimento preliminar ao tratamento em que recebia o paciente por uma ou duas semanas, para que pudesse estabelecer um diagnóstico diferencial, neurose ou psicose, e também para evitar a interrupção da análise após certo tempo. Para ele esse experimento preliminar marcava o início de uma análise e por isso deveria adequar-se às regras desta. Diz ainda que o primeiro objetivo da análise seria o de ligar o paciente à pessoa do analista e, para que isto acontecesse, nada precisaria ser feito, apenas conceder-lhe tempo.

Como o tempo de permanência no hospital é delimitado por uma série de fatores, a internação também pode ser demasiadamente curta, o que coloca o psicanalista diante de outro impasse: a duração do tratamento. Freud (1913/2006), diante da pergunta de seus pacientes sobre o tempo de duração de suas análises, respondia utilizando-se da mesma resposta dada pelo filósofo ao caminhante na fábula de Esopo: “caminha...”. Com essa fala, Freud nos aponta para a atemporalidade dos processos psíquicos inconscientes.

Mohallem e Souza (2000), concordando com Moura (2000), afirmam que a internação de um paciente em um hospital é algo que desestabiliza o paciente e sua família, uma vez que há um encontro com o imprevisto, com a doença e com a possibilidade da morte. Trata-se de uma experiência traumática que quebra violentamente o transcorrer natural da vida, ocasionando uma ruptura, um encontro com o real, com o sem-sentido.

Como já afirmado, no processo de hospitalização não é possível prever o tempo de internação. Mas, sendo o inconsciente atemporal e diante da irrupção do real, esse tempo pode ser redimensionado, fazendo precipitar o sujeito do inconsciente, objeto de investigação e de interesse maior da psicanálise. Assim, mudanças rápidas tornam-se

possíveis, uma vez que diante do acidente na vida do paciente - do imprevisto, do real - pode ocorrer também um acidente no discurso desse sujeito, o que permite colocá-lo num trabalho de elaboração psíquica (MOHALLEM; SOUZA, 2000).

2.2 - Da medicina à Psicanálise

Sabe-se que no hospital o discurso que prevalece é o discurso médico e certamente é como deve ser. Entretanto, em alguns casos, as tentativas de aliviar o sofrimento do paciente por parte do médico ou da equipe de enfermagem tornam-se insuficientes. É nesse momento que pode surgir uma solicitação ao psicólogo. Muitas vezes, a intervenção desse profissional se dá através do médico, enfermagem ou familiares, já preocupados com o “estado emocional” do paciente. Não é tarefa simples aproximar-se do paciente que não convocou essa escuta. Ele, frequentemente, encontra-se fechado, blindado, sem conseguir fazer deslizar sua cadeia significante, ou seja, falar. Quando o paciente se coloca em posição de dizer, mesmo que a princípio ele não possa se desprender da sua doença, ou das razões que o levaram até ali, é possível que o psicanalista o interroque.

Num primeiro momento, a demanda do paciente e da família estão dirigidas ao saber médico, que é o único capaz de suplantar o vazio da dúvida, ou pelo menos de tentar arrefecê-lo. Mas, mesmo diante desse saber e da possibilidade de respostas, muitas vezes o vazio permanece. No discurso médico não está incluída a dimensão do sujeito, mas a da doença. A psicanálise, por sua vez, coloca-se no lugar de ouvir a urgência subjetiva, criando possibilidades para que surja no paciente uma demanda de ser escutado para além da sua enfermidade.

Assim, como afirma Moura (2000), a presença do psicanalista no hospital gera uma inevitável aproximação entre a medicina e a psicanálise. Esse encontro está marcado desde Freud quando, diante das histéricas, pôde dar atenção ao que a medicina negligenciava.

Dessa forma, o discurso médico, representante típico do discurso da ciência, oferece ao paciente a possibilidade de obter todo um arsenal terapêutico para enfrentar o inimigo mortífero em jogo, a doença, dando provas de sua mestria e domínio.

Assim, sob a máscara de um diálogo, é um monólogo que se instaura onde se evidencia a função silenciadora do discurso médico, que ao se valer apenas

dos elementos de seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever (PEDROSA, 2006, p.126).

O discurso psicanalítico, por sua vez, é o avesso do discurso da ciência, e não avesso a ele, e por isso pode oferecer condições para que o sujeito tenha acesso ao seu inconsciente, ou seja, a um saber sobre si que ele desconhece (PEDROSA, 2006).

No hospital tende-se a funcionar dentro do discurso médico, uma vez que o que se espera também do psicanalista é uma resposta rápida que possa trazer alívio ao paciente. Mas, hoje, após certo tempo de presença dos psicanalistas dentro dos hospitais, levanta-se a questão: trata-se apenas de aliviar os sintomas do paciente ou de também acolher a angústia da equipe diante daquilo que não se compreende ou que não se consegue tratar?

Freud (1912/2006), ao se referir ao papel da escuta em psicanálise, aponta para a regra fundamental, e ressalta a importância de uma atenção uniformemente suspensa frente ao que se ouve. É essa escuta que o analista pode oferecer ao paciente hospitalizado e, algumas vezes, à família e à própria equipe.

No discurso médico, o momento de ouvir o paciente pode ser identificado como o momento da anamnese. Ali, num jogo de perguntas e respostas, o paciente tem a possibilidade de falar sobre todos os aspectos de seu adoecimento. Trata-se de afirmar a onipotência do discurso da ciência médica, pautado em diagnósticos e prognósticos. No encontro com o psicanalista, onde se coloca em prática a regra fundamental da psicanálise, o que surge é uma possibilidade de falar e de se ouvir, para além do diagnóstico médico.

Freud (1912/2006) já dizia que o psicanalista, embora naquela época ele ainda utilizasse o nome de médico, devia simplesmente escutar e contentar-se com algo semelhante à seguinte frase dita por um cirurgião de tempos antigos: “Fiz-lhe os curativos. Deus o curou” (p. 154). Freud se referia ao fato de que o psicanalista não deveria ter ambição terapêutica em alcançar algo que produzisse um efeito convincente sobre as pessoas e de forma rápida.

Diante do exposto, Moura (2000) afirma que a questão que se coloca é: como o psicanalista pode sustentar sua prática em um contexto que busca o bem-estar, uma vez que sua intervenção não se orienta, *a priori*, por uma promessa de cura? Trata-se de um questionamento que concerne a todos os psicólogos que, referenciados na teoria psicanalítica, atuam nessa interface da psicanálise com a medicina.

2.3 - Possibilidades da Psicanálise no Hospital

Sabe-se que a internação em um hospital é algo que desestabiliza não só o sujeito internado, mas também seus familiares, pois se trata de algo da ordem do imprevisível. Nesse momento, os recursos psíquicos de que o sujeito dispõe podem não ser suficientes e é nesse contexto que se dá a entrada em cena do psicanalista que, através de sua escuta, possibilita o surgimento da demanda de um tratamento por parte do paciente (MOHALLEM; SOUZA, 2000).

Nesse ponto torna-se necessário compreender melhor o que vem a ser essa demanda no paciente hospitalizado. A demanda, que é sempre de amor, no paciente internado costuma aparecer através do pedido de atendimento de suas necessidades como água, comida, ser trocado, ser coberto, etc. (MOHALLEM; SOUZA, 2000). Ao entrar em cena, o psicanalista certamente também se tornará destinatário dessas demandas e, ao não atendê-las, aponta para o sujeito que não existe um Outro que possa preencher sua falta. Assim, com o desvanecimento da demanda surge o consentimento da castração, do limite.

O psicanalista, quando não atende à demanda, permite que se produza um discurso. Esse discurso está endereçado ao lugar de suposto saber ao qual esse profissional é alçado. O paciente então, ao colocar o psicanalista nesse lugar, permite que este opere com a transferência, podendo levá-lo a produzir, por sua própria palavra, o saber inconsciente. Freud (1913/2006) nos diz que o primeiro objetivo do tratamento analítico é ligar o paciente à pessoa do psicanalista e que a intensidade da transferência deve ser utilizada para a superação das resistências ao tratamento. Diz, ainda, que as primeiras comunicações do psicanalista só devem ser feitas após o estabelecimento desse vínculo afetivo que se denomina transferência.

Entrar em contato com alguém que se supõe ter as respostas, ou seja, que detêm um saber, pode produzir um alívio do sintoma. Assim, a escuta do psicanalista pode, por si só, ser terapêutica, proporcionando certa contenção. No entanto, não se trata apenas de escutar, mas de levar o paciente a se escutar, abrindo uma possibilidade para o surgimento do novo. Se o inconsciente é atemporal, podemos dizer também que diante do real que irrompe no adoecimento o tempo é redimensionado, o que pode precipitar o sujeito do inconsciente (MOHALLEM; SOUZA, 2000).

Segundo Freud (1914/2006), uma pessoa atormentada por uma dor ou mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, uma vez que tais coisas

não se relacionam com seu sofrimento. Assim, o paciente retira o interesse libidinal de seus objetos amorosos; enquanto sofre, ele deixa de amar. Esse autor diz que “o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera” (p. 89).

Quando o psicanalista surge, nesse contexto e oferta a sua escuta, ao mesmo tempo em que acolhe a queixa do paciente e recusa-se a satisfazer as demandas, oferece ao paciente uma possibilidade de despertar seu desejo. Este pode ser considerado o ponto de partida para a prática do psicanalista no hospital. Além disso, de acordo com Moura (2000), também é preciso que o psicanalista abra mão de seu narcisismo e se ofereça diante de uma demanda inespecífica, uma vez que, no início, ainda não há demanda de tratamento, propriamente dita, dirigida àquele psicanalista.

Assim, é preciso que a queixa do paciente internado se transforme em demanda endereçada ao psicanalista e que o sintoma passe do estatuto de resposta para o de questão para o sujeito. Dessa maneira torna-se possível instigar o sujeito a decifrá-lo. Uma vez que o sintoma é uma resposta, o efeito terapêutico consiste em transformar respostas em perguntas. Sabe-se que não basta o sofrimento para se fazer análise, é preciso que haja esse questionamento (MOHALLEM; SOUZA, 2000).

Ao mesmo tempo, para Mohallem e Souza (2000), o objetivo do trabalho do psicanalista no hospital não é que o paciente faça análise, pois sabe-se que não se trata de converter o leito em um divã, mas sim iniciar e sustentar um discurso para que se possa produzir algum efeito de “cura”. Ressalta-se que não se trata de efeitos imediatos e impressionantes, mas da possibilidade de um despertar do desejo inconsciente para o sujeito, ainda que seja através de seu adoecimento.

3 Material e Método

Este artigo originou-se de uma pesquisa bibliográfica realizada no contexto de uma pós-graduação *lato sensu*, no período de junho a novembro de 2014, a partir de consulta a livros de psicanálise, destacadamente os de Sigmund Freud, e de alguns outros pesquisadores que abordam a temática da presença da psicanálise no hospital. Igualmente importante na sua construção foi a vivência de um dos autores deste artigo atuando como psicóloga, referendada na teoria psicanalítica, dentro de um hospital geral.

4 Discussão

Por tratar-se de um trabalho de revisão de literatura e relato de uma experiência profissional, optou-se por fazer a discussão a partir da exposição de uma vinheta clínica. Trata-se de um caso atendido no contexto do hospital aqui retratado.

A psicóloga foi chamada pelo serviço de cardiologia para atendimento ao Sr. J., internado em função de um quadro de arritmia cardíaca. Nos primeiros atendimentos, Sr. J. permanecia quieto, embora conseguisse se expressar. Entretanto, sua fala estava sempre ligada aos procedimentos, exames, prognóstico, etc. Sabia-se que o atendimento da psicóloga cumpria para ele apenas uma espécie de protocolo médico. O paciente era extremamente ligado à figura do médico que o assistia, ou seja, estava muito bem localizado para ele onde encontrava-se o saber, e era preciso que fosse assim.

Com o passar dos dias, o Sr. J. foi ficando mais receptivo ao atendimento psicológico, mas seu discurso privilegiava o adoecimento. Era também possível para ele dizer da dificuldade em estar fora de casa, onde encontrava tudo “no lugar certo” e “na hora certa”. Pode-se compreender que se tratava de um homem bastante centralizador e que era ele quem comandava a rotina de toda a família. Observou-se, também, que com o passar dos dias, as demandas do Sr. J. ampliavam-se; para além dos cuidados da enfermagem, ele pedia bebidas e comidas fora da dieta nutricional. Como sua dieta não era muito restrita, verificou-se que o serviço de nutrição do hospital estava passando por desafios e alguns problemas ao negar determinados alimentos solicitados por ele.

Percebeu-se que os profissionais que lidavam com o paciente estavam ficando confusos, sem saber discernir o que era uma demanda real e o que não era. Ao mesmo tempo, a não satisfação das demandas exageradas do paciente estavam gerando conflitos e desconfortos para toda a equipe.

Tratava-se de uma situação de difícil manejo, pois o paciente não havia solicitado o atendimento psicológico, mas suas demandas dirigidas à equipe aumentavam a cada dia e o conflito já estava instaurado. Além disso, mantinha-se inteiramente ligado ao saber médico, pouco interessado, portanto, nas visitas da psicóloga.

Certo dia, ao chegar para atendê-lo, a psicóloga soube que ele havia procurado a responsável pelo SND (Serviço de Nutrição e Dietética) do hospital para solicitar a realização de um almoço para sua família, no restaurante do hospital, para o domingo seguinte, a fim de comemorar seu aniversário. A nutricionista, que havia sido pega de

surpresa, disse ao paciente que verificaria a possibilidade junto à administração do hospital.

Quando a psicóloga entrou no quarto para atendê-lo, o Sr. J. estava enfurecido, dizendo que era um absurdo o hospital não se prontificar a atender seu pedido. Deixou-se que ele falasse e ao final foi perguntado: “É assim que o Sr. se sente quando não é prontamente atendido?”. Sr. J., então, começou a chorar intensamente, o que durou algum tempo. Não havia nada a ser dito naquele instante, o silêncio fora preenchido por um choro quase convulsivo.

Tamanha privação estava sendo insuportável para aquele sujeito, que se debatia de todas as maneiras frente à sua doença. Ele tentava manter a ordem de sua vida a todo custo. Queria que a enfermagem o obedecesse assim como os funcionários da sua empresa. Queria que a cozinha do hospital funcionasse à maneira de sua própria casa. E assim, erguendo-se num cenário de pura “fantasia”, ele tentava escamotear o vazio e a dor causados pela doença.

Após o choro, foi possível para o Sr. J. falar do sofrimento e da dor que havia sido ficar doente. Contou que era ele quem tocava a sua empresa e todos os seus outros negócios. Era ele quem decidia, quem ditava as regras, quem “dava as ordens”. Disse que sempre foi saudável, nem uma gripe o pegava. Nos finais de semana reunia sua família - filhos e netos - e que esta era sua grande alegria.

Para aquele homem a doença significava uma grande ruptura e a internação representava renúncia, privação e dor. Sabe-se que a maneira como o paciente lida com essas renúncias, está estritamente relacionada com sua história de vida. Aquele sujeito cheio de respostas, passou então a se questionar. Ele dizia: “Por que comigo?”. A psicóloga sabia que não poderia responder à pergunta, mas deveria sustentá-la, para que tivesse valor de enigma para aquele sujeito.

A partir desse momento, os atendimentos foram completamente diferentes. O Sr. J. aguardava ansioso o momento da chegada da psicóloga. Contava histórias, chorava, dizia de sua dor e de seus medos. Sua relação com a equipe também se transformou. Não mais exigia. Ele parou de queixar-se dos outros e, muitas vezes, queixava-se de si mesmo. Falava de sua dureza, dos conflitos familiares que resultavam de sua maneira rígida de agir e pensar. Falou do medo de morrer e pôde, em algum momento, falar da “dureza de seu coração”, agora afetado por uma doença cardíaca.

O período de internação desse paciente foi relativamente longo, o que possibilitou que ele formulasse não só a própria demanda de tratamento, mas também retificasse algumas posições suas, não apenas diante da internação, mas perante a sua própria vida. Nesse caso, o tempo cronológico estava a favor do inconsciente. No entanto, sabe-se que nem sempre isso é possível. As intervenções realizadas pela psicóloga junto ao paciente não tinham como objetivo provocar um efeito imediato e impressionante, mas eram uma aposta na possibilidade de que ele fizesse alguma retificação, o que realmente aconteceu. Como afirmam Mohallem e Souza (2000), não se trata somente de escutar o paciente, mas de levá-lo a se escutar. À medida que o paciente fala, ele pode também se ouvir, residindo aí a possibilidade de surgir o novo e acarretar modificações.

No hospital, como afirma Moura (2000), é preciso sempre acreditar na possibilidade de que algo possa surgir ou se modificar, não como efeitos de uma terapia breve, mas como efeitos possíveis num breve encontro com o psicanalista.

5 Conclusão

Pensar a psicanálise numa instituição hospitalar exige muito mais do que um avanço teórico, implica pensar numa possibilidade de atuação a partir da ética que orienta a intervenção do psicanalista. Moura (2000) nos fala sobre a difusão da psicanálise para outros campos sociais e que isso tem trazido perspectivas diferentes na própria essência da psicanálise. As instituições hospitalares têm feito um apelo a psicanalistas e psicólogos que contribuam com seus saberes. A resposta dos psicanalistas a este chamado se torna uma possibilidade de discutir e colocar em prática o que a psicanálise tem para oferecer nesse espaço de vida humana. O caso aqui relatado é ilustrativo do quanto pode ser profícua essa parceria.

O psicanalista que atua em um hospital não pode pretender que os pacientes façam análise, embora isso, eventualmente, ocorra. Além disso, o hospital possui demandas e características bastante distintas do atendimento em consultório particular. Trata-se, portanto, de discutir e reinventar a psicanálise considerando, como já se disse, a sua dimensão ética.

A clínica está exigindo mudanças; as pessoas estão se apresentando e apresentando seus sofrimentos de outra maneira, o que exige do analista reafirmação da posição de analista, seu lugar atípico e seu necessário rigor ético. A ética da psicanálise é relativa ao discurso do analista, que não é o de

uma pessoa. O impossível dessa posição exige um sempre recriar a psicanálise no que lhe é fundamental (MOHALLEM; SOUZA, 2000, p.128).

Freud, como um homem sempre à frente de seu tempo, já previa que a psicanálise iria avançar para além dos consultórios particulares e que sua prática seria inevitavelmente difundida. Entretanto, muito há, ainda, para se avançar nesse sentido.

Este artigo não teve o propósito discutir e pontuar todos os impasses relativos à prática do psicanalista no hospital, mas de lançar luz sobre as suas possibilidades, a partir da teoria freudiana. Há muito ainda a ser discutido, especialmente a partir da referência lacaniana, que não foi abordada aqui, de onde é possível extrair grandes contribuições para a discussão da interface da psicanálise com o hospital. Mas isto fica para um outro momento...

POSSIBILITIES OF PSYCHOANALYSIS IN THE HOSPITAL: REPORT OF AN EXPERIENCE

ABSTRACT

The practice of psychoanalysis in the hospital, summons us to reflect on the limits and possibilities of this work in a context that escapes the traditional space, the private office. The psychoanalysis has been convened, from human suffering, to offer new answers since new practices have questioned the existing theory. However, it is necessary to maintain the ethical rigor of psychoanalysis at the same time that requires the analyst a new position, in this place atypical. Freud offered, through your teaching, an opening to think about psychoanalysis in several places and called an adaptation of his technique to adapt to new situation. Thus, based on the texts on the technique, when Freud formulated his first recommendations for those who wanted to pursue psychoanalysis, this article aims to reflect on the limits and possibilities of the analyst's work in the hospital, its function in the face of new demands and of the management of treatment.

Key Words: Psychoanalysis. Hospital. Possibilities.

REFERÊNCIAS

- FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. XVII, p.171-181. (Trabalho original publicado em 1919).
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. XII, p.123-133. (Trabalho original publicado em 1912).
- FREUD, S. Sobre o início do tratamento (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. XII, p.137-158. (Trabalho original publicado em 1913).
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 2006, vol. XIV, p.77-108. (Trabalho original publicado em 1914).
- MOHALLEM, L. N.; SOUZA, E. M. C. D. Nas vias do desejo. In MOURA, M. D. (Org.). **Psicanálise e Hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.17-30.
- MOURA, M. D. Psicanálise e urgência subjetiva. In: **Psicanálise e Hospital**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p.3-15.
- PEDROSA, C. R. Encontro com um analista: uma possibilidade para o sujeito. **Revista Epistemo-somática**. Publicação da Clínica de Psicologia e Psicanálise do Hospital Mater Dei, Belo Horizonte/MG, ano 3, n.3, p. 124-128, ago. 2006.