

Um estudo sobre a psicanálise aplicada em um Hospital Geral

A study about the applied psychoanalysis in a General Hospital

Alexandre Gomes Cruz Dutra; Ilka Franco Ferrari

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)

RESUMO

O presente artigo teve origem em uma dissertação de Mestrado que se destinou a verificar como a prática psicanalítica se insere em contextos institucionais orientados por outros discursos, sem se dissolver neles. Situar a função do psicanalista no Hospital Geral, mais particularmente no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), constitui o objetivo geral desse estudo, que foi realizado a partir de revisão bibliográfica sobre psicanálise aplicada e de entrevistas com treze profissionais do NIAB, onde praticantes da psicanálise fazem um trabalho já conhecido até mesmo fora do estado de Minas Gerais. Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados sob a forma de onze temas-eixo, que possibilitaram a análise de conteúdo e o levantamento de questões fundamentais, analisadas sob a perspectiva da psicanálise de orientação laciana.

Palavras-chave: Psicanálise aplicada; Sintoma; Construção do caso clínico; Prática entre vários.

ABSTRACT

This work came from a dissertation of mastership, with main objective was to verify how psychoanalysis practice inserts in institutional contexts guided by other discourses. To point out the function of the psychoanalyst in the General Hospital, specially in the Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB) of the Hospital das Clínicas of the Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), constitutes the main target of this study, which was carried out as far as bibliographical revision on applied psychoanalysis is concerned and also of interviews with thirteen professionals of the NIAB, where practice of psychoanalysis makes a known work in the state of Minas Gerais. The data obtained in the interviews with these thirteen professionals were organized under the form of eleven subject-axes, that made possible the analysis of content of them and the survey of basic questions, then considered under the perspective of the psychoanalysis of lacanian orientation.

Keywords: Applied psychoanalysis; Symptom; Construction of the clinical case; Practice between several.

INTRODUÇÃO

Em 1918 Freud escreveu Linhas de progresso na terapia analítica, em que dizia que “mais cedo ou mais tarde”, ou seja, um dia, com certeza, haveria “instituições ou clínicas de pacientes externos”, para os quais “seriam designados médicos analiticamente preparados” (FREUD, 1919-1987, p. 180). Freud não ignorava, entretanto, que uma das tarefas dos psicanalistas seria a de “[...] adaptar a técnica às novas condições”. Os “ingredientes” para esta adaptação deveriam ser tomados da “[...] psicanálise estrita e não tendenciosa” (Freud, 1919-1987, p. 181).

O que foi imaginado por Freud hoje é uma realidade. A psicanálise se encontra presente no espaço público, a exemplo das instituições de saúde, embora a presença do psicanalista nesses locais ainda suscite muitas questões. A proposta desta pesquisa surgiu a partir dessa constatação. Seu objetivo geral consistiu em abordar a psicanálise aplicada no Núcleo de Investigação em Anorexia e Bulimia (NIAB), no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tendo como referência a função desempenhada pelo praticante de psicanálise nessa instituição. Estabeleceram-se como objetivos específicos a verificação de como a psicanálise se insere na instituição sem se dissolver em outros discursos que nela circulam, a circunscrição da função do psicanalista na referida instituição e seu posicionamento diante das regras da mesma, considerando que a emergência do sujeito implica uma desorganização dessas regras, segundo afirma Eric Laurent (2003).

Partiu-se destes objetivos porque já não são questionadas as possibilidades da psicanálise em instituições variadas, mas, também não se desconhecem suas diferenças em relação a outras práticas terapêuticas que podem acontecer nestes espaços. Importa, assim, considerar a prática que permite que a psicanálise seja sustentada em seus princípios, sem o risco de dissolução em meio a outras terapêuticas.

Entre essas práticas terapêuticas se destaca a psicoterapia breve de inspiração analítica, que é apresentada por alguns autores como uma alternativa vantajosa, uma vez que permite “obter resultados terapêuticos bastante satisfatórios, duradouros, e com frequência, num lapso de tempo relativamente curto em comparação com a psicanálise” (Gillieron, 1986, p. 21).

A psicologia hospitalar também se constitui como um campo de atuação para o psicólogo em hospitais gerais. Alfredo Simonetti (2006), em seu “Manual de psicologia hospitalar”, afirma que a “psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”, seu objeto de trabalho não é só a dor do paciente, “mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos” (2006, p. 15, 19).

Esse autor propõe pensar a psicologia hospitalar a partir dos conceitos da psicanálise, tais como pulsão de morte, sexualidade, inconsciente, luto e retificação subjetiva, entre muitos outros. Para ele a psicologia hospitalar encontra suas origens na psicanálise e na psicossomática: “ao que parece, a psicologia hospitalar, que nasceu da psicossomática e da psicanálise, vem atualmente ampliando seu campo conceitual e sua prática clínica, com isso criando uma identidade própria e diferente” (2006, p. 17). Uma identidade diferente que a torna completamente distinta da prática psicanalítica e torna problemático o campo conceitual da psicologia hospitalar, considerado a partir do ponto de vista epistemológico.

Em seu Manual de psicologia hospitalar, Simonetti (2006) propõe uma síntese de conceitos oriundos de diferentes abordagens psicológicas, que nem sempre são compatíveis entre si. Ao usar conceitos psicanalíticos sintetizados e “mesclados” com conceitos de outras teorias psicológicas, o que ele apresenta é a própria dissolução da psicanálise no campo das psicoterapias.

A psicanálise aplicada, por sua vez, foi bem articulada por Jacques Lacan (1964-2003), em seu Ato de fundação da Escola Francesa de Psicanálise, em 21 de junho de 1964. Nesse texto, Lacan diferencia psicanálise pura e aplicada “na própria definição da experiência de uma escola de psicanálise, situando as duas modalidades no interior de sua proposta de formação do analista” (Santiago, 2005). Embora essas duas modalidades sejam mencionadas enquanto constituindo duas seções distintas, deve-se considerar que ambas estão a serviço da formação do analista e da causa analítica, guiadas pelo imperativo ético de exercer uma “crítica assídua” que “denuncie os desvios e concessões” (Lacan, 1964-2003, p. 235) que amortecem o progresso da psicanálise, ao degradarem o seu emprego.

A partir disso, pode-se traçar uma distinção entre psicanálise pura e psicanálise aplicada: a primeira constitui o campo no qual o analista realizará sua formação a partir da sua experiência como analisante, enquanto a segunda constitui o campo da prática analítica fora do campo estrito do dispositivo analítico.

No campo da psicanálise aplicada, pode-se afirmar que “há um analista, mas não há análise propriamente dita. Nela o analista trabalha fora do discurso analítico, no sentido estrito lacaniano” (FERRARI, 2005).

O exercício no campo da psicanálise aplicada implica necessariamente a passagem do analista pela psicanálise pura, que deve estar sustentada pelo tripé análise pessoal, supervisão e estudo teórico. Somente desta forma se torna possível preservar os princípios que norteiam uma autêntica prática psicanalítica, impedindo a sua dissolução em outros discursos.

Em várias ocasiões Lacan não perdeu a oportunidade de diferenciar a psicanálise das psicoterapias. Se em seu O seminário (1967-68), livro XV. O ato analítico. Seminário inédito ([196-]) ele já havia assinalado que as psicoterapias se baseiam na sugestão, no texto Televisão (1973-1993) ele foi ainda mais enfático, pois assinalou que as psicoterapias se pautam pela extravagância do excesso de sentido, “despejando sentido aos borbotões para o barco sexual” (1973-1993, p. 20, 21), e afirmando que a questão não é se a psicoterapia faz ou não algum bem, e sim que ela conduz ao pior. Segundo Luciano Elia (2006, p. 53), o pior é o que acontece quando o Outro, colocando-se como legítimo destinatário da demanda, “se põe a respondê-la de modo provedor.” Ao fazê-lo, impede, de forma definitiva, o acesso do sujeito ao seu desejo e sua implicação com o seu sintoma, ambos tributários da castração. “Se nos abstermos de fazer o melhor pelo sujeito, podemos, por isso mesmo, abster-nos de levá-lo ao pior, como fazem as psicoterapias”, pondera Elia (2006, p. 53).

Jacques-Alain Miller (2001), respeitado comentador do texto lacaniano, aborda a psicanálise aplicada no texto “Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia”, que hoje já se tornou uma referência no assunto. Mesmo considerando, segundo Miller, que o último ensino de Lacan tende a apagar esta distinção, a expressão psicanálise aplicada continua sendo utilizada. Se ainda não perdeu o uso é porque segue tendo uma utilidade fundamental. De acordo com Miller (2001, p. 2, tradução nossa), “o fato de que não se tenha estabelecido a diferença entre psicanálise pura e psicanálise aplicada à psicoterapia conduz a confusões, nos tem levado a confusões práticas, ao delineamento de falsos problemas e, sobretudo, a esboçar falsas soluções”. Ainda segundo esse autor, a confusão acontece quando “em nome da terapêutica, se confunde o que é psicanálise com o que não o é” (MILLER, 2001, p. 2, tradução nossa).

Para empreender a pesquisa, realizou-se um estudo a partir de revisão bibliográfica sobre o tema e treze entrevistas semi-estruturadas com profissionais do NIAB, local já conhecido na cidade onde há um trabalho feito por praticantes da psicanálise¹

Antes de iniciar as entrevistas, o pesquisador formulou um roteiro de oito perguntas, de modo que os entrevistados abordem os tópicos de interesse para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas respeitando as normas previstas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, destinada às pesquisas realizadas com seres humanos.

Os dados obtidos nas entrevistas foram organizados sob a forma de onze temas-eixo, que possibilitaram a análise de conteúdo dos mesmos, segundo indicações de Bardin (2002). Para Bardin (2002, p. 42), a análise de conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

TEMAS-EIXO DELIMITADOS

A origem do NIAB e o início do trabalho clínico: uma parceria que deu certo

O NIAB teve um início informal, a partir de 1997. Sua origem é situada no encontro de dois médicos que tinham em comum o interesse pela anorexia e bulimia e, também, pela psicanálise. A partir de um trabalho que apresentaram em um Congresso, constituiu-se um grupo de estudos que se reunia periodicamente para discutir casos clínicos. Outros profissionais foram agregados a esse grupo, acontecendo a institucionalização do NIAB em setembro de 2004. Algumas salas vazias do sexto andar do hospital começaram a ser ocupadas pelos integrantes do NIAB à medida que surgiam as demandas.

Não é difícil imaginar que a demanda foi crescente, principalmente para os que conhecem que as instituições não surgem por acaso. Elas são formas de resposta às questões de sua atualidade. Existia

uma demanda da sociedade para dar conta do avanço da anorexia e bulimia que, segundo o entrevistado XIII,² "são patologias meio rejeitadas pela clínica, e até certo ponto, não são muito bem acolhidas pela psiquiatria". Esse entrevistado enfatiza, ainda, que diante da anorexia e da bulimia "a medicina se mostra num certo impasse", pois "o saber médico não tem dado uma boa resposta a esse tipo de paciente". Conforme assegura, fala isto a partir de sua própria experiência, ou seja, testemunhando como médico: "eu te digo isso como o próprio testemunho de um médico."

Em seu texto "Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise" (1953-1998, p. 322), Lacan já afirmava que deve renunciar à prática da psicanálise todo analista que "não conseguir alcançar, em seu horizonte, a subjetividade de sua época."

A partir dessa indicação lacaniana, Eric Laurent (1999, p. 13) propõe um psicanalista engajado diante da pólis e das questões políticas e institucionais da atualidade. "Os analistas têm que passar da posição de analista como especialista da desidentificação à de analista cidadão. Há que se passar do analista fechado em sua reserva, crítico, a um analista que participa; um analista sensível às formas de segregação."

Os profissionais entrevistados não ignoram que a "psicanálise ensina que aquilo que se costuma chamar de atualidade tem sempre a ver com as coordenadas do discurso de uma época" (FERRARI, 2004). Assim, entendem que a anorexia e a bulimia não são fatos novos, mas novas são suas formas de manifestação neste mundo regido pelo que Lacan chamou de discurso do capitalista.

A psicanálise traz, em sua teorização, uma crítica dos efeitos que os discursos totalitários e unificantes têm sobre o sujeito. Isso permite a ela avaliar os efeitos do discurso dominante na instituição e, de uma forma mais ampla, os efeitos do discurso capitalista na atualidade. Sabe-se que este discurso constitui hoje uma nova ordem mundial, governada pelos imperativos de consumo do mercado globalizado. Entre os efeitos que essa nova ordem tem sobre as subjetividades, pode-se mencionar o que hoje se convencionou nomear, dentro do Campo Freudiano, de "novas formas de sintoma", entre as quais se destacam a anorexia e a bulimia.

Da informalidade à institucionalização – a ocupação de um espaço

Apesar do pouco tempo de existência institucionalizada, o trabalho desses praticantes já é considerado e reconhecido, o que faz com que o NIAB seja referência no tratamento da anorexia e bulimia, em Minas Gerais. Os pacientes atendidos são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se, então, de um projeto especial, orientado pela psicanálise, dentro do Hospital das Clínicas. É especial justamente porque se constitui como "uma forma de oferta de um trabalho clínico que ultrapassa os limites das chamadas especialidades" (entrevistado II). Essa questão é discutida por Di Ciaccia (2003, p. 38) quando ele traça a diferença entre a prática entre vários³ e o trabalho interdisciplinar, situando o segundo no âmbito das especialidades que formam parte de um todo, diferentemente da primeira que, guiada pela ética da psicanálise, se situa no âmbito das especificidades, na ordem do singular, do não-todo. O trabalho interdisciplinar corresponde, como o próprio nome sugere, a uma prática que ocorre na fronteira entre duas disciplinas, ou seja, entre duas especialidades. O prefixo "inter" supõe trabalhar em uma zona de interface entre elas. Segundo Di Ciaccia (2003, p. 38), "em uma instituição, uma verdadeira prática feita por muitos deve levar isso em conta e orientar seu funcionamento não pelas exigências dos especialistas, mas segundo as exigências do sujeito."

Sobre o vínculo institucional e a formação acadêmica dos profissionais

A formação acadêmica dos profissionais que trabalham no NIAB é heterogênea: são quatro psicólogos, oito médicos e um sociólogo, todos entrevistados para este estudo. Entre os oito médicos, dois são psiquiatras. Entre os treze entrevistados, sete são funcionários contratados e efetivados na instituição, e alguns são profissionais do Hospital das Clínicas há muitos anos. Os outros seis foram convidados para integrar o NIAB e não possuem vínculo formal com a instituição, são situados como voluntários.

Sobre a forma de inserção do praticante da psicanálise na instituição

Os praticantes se inserem no Hospital das Clínicas a partir da sua formação universitária. No caso do NIAB, a maioria se insere a partir da formação médica: "eu não me coloco como psicanalista na unidade hospitalar. Eu tenho casos em que faço a escuta e a supervisão, mas na instituição eu sou médico. No plantão, por exemplo, eu sou totalmente médico" (entrevistado XII).

Sobre a estruturação do serviço do NIAB

Sexta-feira, à tarde, é o dia da semana determinado para todos os atendimentos e acolhimentos no NIAB no ambulatório do Hospital das Clínicas. Esta disponibilidade é flexível, permitindo aos entrevistados prestarem atendimentos em outro dia ou mesmo em outro horário durante a semana. Após os atendimentos, os profissionais se reúnem para discutir os casos atendidos naquele dia. Além dessas discussões às sextas-feiras, há também reuniões clínicas semanais às terças-feiras, nas quais são discutidos os casos mais graves.

O trabalho clínico começa com o acolhimento da demanda, que na maioria das vezes parte da família do paciente, que procura o serviço por intermédio do encaminhamento feito pela rede pública. Ao chegar ao ambulatório o paciente é acolhido e passa por uma primeira entrevista. Esse primeiro acolhimento é realizado, na maioria das vezes, por um dos entrevistados que, após escutar o paciente, faz seu encaminhamento para os outros membros da equipe. Após esse primeiro acolhimento, uma estratégia de atendimento é elaborada para o caso, na qual a função de cada profissional é determinada.

Sobre o trabalho do praticante da psicanálise no NIAB – a construção do caso clínico

Os entrevistados enfatizaram que o trabalho clínico realizado no NIAB se constitui como uma psicanálise aplicada ao sintoma, à terapêutica. Esse trabalho pode ser situado enquanto um exemplo da prática entre vários, ainda que os entrevistados não tenham usado essa expressão, preferindo o uso dos termos “construção do caso clínico”, “trabalho coletivo” ou “interdisciplinar”. Foi possível perceber, a partir das entrevistas, que o trabalho realizado se insere nesta modalidade de prática: o grupo se institui a partir da psicanálise, todos os profissionais buscam a formação analítica, prezam a construção do caso clínico, o respeito pelo sujeito e seu sintoma.

Essa prática se distingue de outras modalidades terapêuticas e se insere na instituição sustentada pela construção do caso clínico. “É justamente a partir da construção do caso, dos elementos que você vai trazer do seu atendimento para poder pensar o tratamento, para poder pensar a orientação da condução do caso, é que este discurso pode se sustentar.” (entrevistado VI).

A estratégia de atendimento do NIAB segue os princípios da psicanálise e por meio da construção do caso clínico determina-se a função de cada profissional no caso. Inicialmente, a transferência é estabelecida com a instituição, mas, à medida que o atendimento prossegue, o sujeito pode se endereçar a algum profissional de forma mais específica. “Mesmo que seja um atendimento feito pela psiquiatria ou pela clínica médica, este sujeito sempre é atendido por alguém que faça uma escuta analítica. Por isso é que os casos têm que ser sempre conversados, porque não tem como eles serem conduzidos por uma única especialidade.” (entrevistado V).

As dificuldades encontradas pelos praticantes da psicanálise no trabalho institucional

As dificuldades relatadas pelos entrevistados se referem, principalmente, ao trabalho clínico propriamente dito, ou seja, às questões relativas à demanda, à transferência, ao tempo de tratamento, ao lugar do analista e à construção do caso clínico.

Os entrevistados mencionam que a procura pelo serviço é muito grande e o tratamento psicanalítico demanda certo tempo, o tempo necessário que o paciente precisaria para ser acompanhado. Outra questão que foi mencionada por alguns entrevistados se refere aos efeitos terapêuticos rápidos obtidos pela psicanálise aplicada, ou seja, pacientes que apresentam uma súbita melhora dos sintomas anoréxicos e bulímicos, mas que mesmo assim continuam buscando o serviço: “eles vão continuar em tratamento no NIAB?” (entrevistado XII). Atualmente algumas soluções vêm sendo pensadas e colocadas em prática para estes casos. A primeira é o encaminhamento destes pacientes para outras instituições. A segunda, que vem sendo adotada sistematicamente, é a duração prefixada e limitada do tratamento em torno de quatro meses, seguindo a lógica instituída pelas clínicas de atendimento que estão sendo estruturadas dentro do Campo Freudiano.⁴ Essa discussão sobre as clínicas de psicanálise aplicada acontece em um contexto no qual a psicanálise se encontra posta à prova diante das novas demandas que emergem no atual mundo globalizado. “Talvez [essa] seja uma saída para a psicanálise nos novos tempos, diante dos novos sintomas em que existe uma urgência. Então eu acho que nós todos que estamos aqui somos levados a pensar nisso” (entrevistado X).

Os entrevistados também apontam certa dificuldade em criar uma demanda legítima por parte do sujeito, ou seja, fazer com que ele se interrogue sobre o seu sintoma, característica inerente à própria clínica dos novos sintomas, tais como têm sido consideradas as anorexias e bulimias na atualidade.

A ausência de interlocução do NIAB com a psiquiatria do Hospital das Clínicas também foi mencionada como uma dificuldade, uma vez que essa tem um caráter biológico, o que inviabiliza essa interface.

Outra dificuldade que surge para o praticante se refere ao manejo do lugar que ele ocupa diante da demanda do sujeito, ou seja, exercer outras funções, como, por exemplo, a função médica, sem esquecer a orientação psicanalítica que embasa o trabalho clínico. Essa questão se evidencia no trabalho dos praticantes que são médicos, e que constituem a maioria do corpo clínico do NIAB. O ponto mais enfatizado por estes profissionais se refere à impossibilidade do profissional ocupar duas funções ao mesmo tempo com o mesmo paciente: "O paciente que eu atendo como médico, eu não atendo como psicanalista. Não faço a escuta dele. Lógico que a gente vai conversando, mas é outro profissional que vai estar atendendo para fazer a escuta" (entrevistado IX).

O praticante da psicanálise entre a urgência médica e a urgência subjetiva

A função médica no NIAB é de suma importância, considerando que os pacientes mais graves correm risco iminente de morte: "a grande função do clínico é não deixar a paciente morrer, e a do psiquiatra é tratar dos chamados problemas psiquiátricos, que algumas destas pacientes apresentam: depressão, às vezes uma compulsão muito intensa, às vezes um quadro de oscilação de humor. Muitas vezes elas precisam de uma medicação psiquiátrica." (entrevistado XIII).

Diante da urgência do corpo, a medicação psiquiátrica é um dos recursos utilizados pelos profissionais do NIAB, de modo a conter o gozo que, nessas circunstâncias, ultrapassa o limite do tolerável. Desfazendo-se a urgência médica, cria-se uma abertura para que a escuta possa ter início e, se esse não for o caso, encaminha-se o paciente para outras instituições, de acordo com as especificidades do caso.

A urgência médica demanda um pronto atendimento e, em alguns casos, até mesmo internação. Sendo assim, não há como sustentar essa clínica sem um trabalho coletivo, que abarque diferentes campos do saber. Por outro lado, é fundamental que a urgência médica ceda espaço à urgência subjetiva, conforme afirma o entrevistado V, uma vez que é esta última que possibilita a emergência do sujeito. Segundo este entrevistado, é importante que o paciente saia deste lugar de ser cuidado e busque se haver com aquilo que aconteceu com ele.

A subversão operada pela psicanálise: entre o texto de regras e o texto do sujeito

Segundo Marie-Hélène Brousse (2003, p. 38), "a psicanálise aplicada é o nome dado à tentativa de inserção do nó político, epistemológico e ético da psicanálise como discurso", ou seja, como tratamento inédito e singular do gozo no campo dos discursos. No sentido proposto por Lacan, dizer da psicanálise como discurso é mencionar seus efeitos de laço social, ou seja, o modo de ordenar elementos sociais, políticos, individuais e culturais, permitindo ao sujeito construir socialmente a realidade e inserir-se nela.

Para Brousse (2003), a inserção da psicanálise aplicada no campo dos outros discursos deve levar em conta três referenciais fundamentais: o A barrado (o Outro não existe, inconsistente), que aponta para o analista uma posição socrática, na qual ele está sem o saber, o que o coloca em condições de interrogar o saber dos mestres na instituição; o SsS (o sujeito suposto saber) que implica o sujeito, ao convidá-lo a endereçar o seu sintoma ao analista, na transferência; o \$ barrado, sujeito do inconsciente enquanto saber textual e não referencial. O saber textual, advindo do sujeito, é tecido pelo fio dos significantes da sua história e interroga o saber referencial dos especialistas. Não se exclui considerar que esse saber advindo do sujeito interroga e subverte, inclusive, a própria psicanálise, como teoria ou dispositivo operacional.

O fundamento das dificuldades relatadas pelos praticantes do NIAB pode ser situado no tensionamento introduzido pela psicanálise quando esta se insere na instituição: "há aí, em jogo, um certo tensionamento por causa da nossa posição. Você fez uma pergunta sobre a questão do sujeito, o sujeito é sempre subversivo" (entrevistado II). Se o discurso médico, enquanto o discurso de certa ordem, estabelece parâmetros para tentar organizar este sujeito, a psicanálise vai operar a partir de um ponto de vista ético diferente.

O entrevistado II fala também dos atravessamentos institucionais que se fazem presentes no trabalho do psicanalista, quando ele está inserido no Hospital Geral. O psicanalista terá que se haver com a burocracia institucional, presente nos formulários, avaliações, relatórios e estatísticas de atendimento. Segundo o entrevistado, não há como o psicanalista se esquivar dessa questão: "a gente pode trabalhar isto, sem abrir mão da nossa ética, mas vamos tentar responder também àquilo que a instituição precisa" (entrevistado II). Esse entrevistado acrescenta ainda que trabalhar com a psicanálise em uma

instituição médica é um desafio, uma vez que a psicanálise se pauta por uma ética do bem-dizer, em disjunção com a ética universalizante do bem-estar, que está presente no Hospital Geral.

A função do praticante da psicanálise no NIAB emerge, portanto, a partir de certa ruptura com a ordem institucional, mas tendo como condição reconhecer a legitimidade desta ordem. Ao lado da implicação do sujeito com o seu sintoma, o psicanalista visa o efeito sujeito na instituição, ou seja, aquele que desorganiza o texto de regras dessa instituição, o que pode ser entendido como uma ruptura do automaton institucional. Este efeito-surpresa, articulado ao sintoma, vem provocar uma ruptura com aquilo que é da ordem do planejado e do esperado pela instituição, promovendo assim uma abertura para o advento do sujeito. Esta é uma visada ética da psicanálise.

Percebe-se, nesse ponto, que o sintoma pode ser situado como quarto termo, em relação aos três referenciais propostos por Brousse. A referência ao sintoma implica, segundo Naveau (2007, p. 12), uma escolha política, ou seja, "uma escolha que se orienta a partir da política lacaniana. A escolha proposta ao praticante é: ou bem ir em direção ao sentido e ao imaginário, ou bem ir em direção ao gozo e ao real. [...] A partir daí, o sintoma se torna o nó da questão".

Essa referência ao sintoma pode ser matemizada, tal como o faz Laurent (2003, p. 49) quando propõe um matema para o trabalho do psicanalista em instituições: o S1 em estrita equivalência com o sintoma S ($S1 \equiv S$). Em vez de se pensar esse S1 do lado das regras e regulamentos institucionais, Laurent o situa em termos de sintoma, referenciado ao segundo ensino de Lacan. O sintoma enquanto S1 se constitui como uma invenção do sujeito, como um ponto de basta no qual o excesso de gozo vem fixar-se, dando ao sujeito uma nova sustentação no laço social. A partir desse matema, pode-se pensar a instituição enquanto um texto das regras, que o sujeito desorganiza pela via do sintoma.

A partir disso, Laurent (2003, p. 48-49) ensina que, diante das demandas institucionais, a psicanálise deve fazer com estas o mesmo que faz com o supereu da civilização: descompletá-las, torná-las inconsistentes. Para isto, o praticante deve ocupar tanto as figuras do "mais um" como do "menos um", do êxtimo.⁵ O autor também menciona que nas instituições é possível encontrar psicanalistas diretores, chefes de serviço, e pontua que tudo é possível, com a condição de que se saiba o que se faz, ou seja, que todas as oportunidades para descompletar as figuras do supereu institucional e da demanda sejam aproveitadas.

A partir das falas dos entrevistados, pôde-se situar o tensionamento entre o universal da instituição e a singularidade do sujeito, permitindo assim vislumbrar a antinomia entre o ideal coletivo que estabelece as identificações que sustentam toda instituição e a singularidade do modo de gozo de cada sujeito. Segundo Lacan (1967-2003, p. 362), "toda formação humana tem por essência, e não por acidente, refrear o gozo". Apesar dessa função necessária, normativa e estruturante, pelas vias da identificação e dos ideais, a instituição fracassa em regular completamente o gozo do sujeito.

Sobre a função do psicanalista no NIAB

A psicanálise aplicada nas instituições de saúde não é uma prática simulacro da prática de consultório, que estaria sendo reproduzida nas instituições, nem uma prática corrompida em sua pureza vitalícia. Conforme afirma Graciela Brodsky (2003, p. 25), no entanto, "[...] um psicanalista não cumpre em um hospital a mesma função que em seu consultório, ainda que, no transcurso de meia hora, faça exatamente o mesmo: escutar, interpretar. Desde a perspectiva da função, no entanto, a função não é a mesma."

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, pode-se afirmar que a função do psicanalista no NIAB consiste, basicamente, em resgatar o sujeito, escamoteado por trás das manifestações sintomáticas (anorexia e bulimia), fazendo-o se interrogar sobre elas: "que questão é essa, que vem aí atrás de um sintoma? De um sintoma que, na verdade, exclui toda a subjetividade." (entrevistado IV).

A função do psicanalista na instituição foi associada, por muitos entrevistados (IV, V, VIII, IX, X, XIII), com a questão da demanda articulada à transferência, ao suposto saber da instituição, ao endereçamento que o sujeito faz ao nome da instituição, e não ao analista. "A gente vai ter que trabalhar a demanda com o sujeito, com o paciente. Porque no consultório ele já chega com demanda, com sofrimento. Aqui ele é encaminhado para a gente conversar com ele. Ou então, é aquele paciente complicado que vem para fazer uma cirurgia. E aí tem a sua avaliação, então você vai ter que ver o que é possível fazer ali." (entrevistado VIII).

O entrevistado X enfatiza que a transferência é estabelecida com a instituição, sendo fundamental o manejo dessa transferência por parte do psicanalista, considerando que a instituição é a verdadeira destinatária da demanda do sujeito.

«Então, dentro do hospital, pode haver uma demanda, e há uma demanda. Se você souber manejar, escutar esta demanda, eu acho que é a função do psicanalista, considerando todas estas diferenças de nuances da transferência, que é uma transferência mais esfacelada, que não é uma transferência apenas com o analista, mas com a instituição (entrevistado X).»

Quando se dirige ao Hospital das Clínicas, "o sujeito está dirigido muito mais ao saber médico do que ao saber psicanalítico" (entrevistado IX). Diante da demanda inespecífica e da transferência fragmentada, cabe ao analista sustentar uma oferta decidida de escuta. Se por um lado a fragmentação da transferência no contexto institucional pode dificultar a constituição e o estabelecimento de um lugar de endereçamento para o sujeito, por outro ela pode favorecer a prática entre vários, contribuindo para tornar inconsistente o Outro institucional.

O ato analítico no contexto do Hospital Geral

Mesmo considerando a mudança de finalidade na psicanálise aplicada, o ato analítico permanece enquanto um recurso fundamental na clínica, à disposição do analista; ou, melhor dizendo, o analista estará à disposição do ato analítico. A condição da disposição ao ato se articula ao autorizar-se a si mesmo, condição esta fundamental para a prática analítica. Desde que haja essa condição, "é possível que o analista intervenha, com a interpretação ou com o ato, produzindo um efeito terapêutico" (entrevistado VI). O efeito terapêutico esperado pelo analista é uma mudança na posição do sujeito, o que implica um trabalho de elaboração sobre o sintoma.

Segundo Guéguen (2007, p. 17), "mantemos de Lacan que o que define o analista é seu ato, não seu título, nem o fato de receber pacientes. Não nos tornamos psicanalistas; verificamos se o fomos." Esta afirmação indica a subversão da temporalidade linear de causa e efeito, colocada em jogo pelo ato analítico, uma vez que o efeito deverá, retroativamente, determinar a causa que estava na origem desse ato: "só a posteriori a gente percebe a dimensão deste ato. Por exemplo, dizer para um sujeito: 'Você pode morrer', às vezes é um ato que tem que ser feito e temos que apostar nele. E nós já tivemos casos em que houve uma melhora a partir dessa intervenção" (entrevistado X).

Este entrevistado sublinha que o psicanalista deve considerar algumas condições em que esse ato poderá ocorrer, pois ele deve ser pensado sempre no contexto da construção do caso clínico e do manejo da transferência. "O praticante deverá sustentar a lógica do caso junto a seus colegas para assegurar as condições de eficácia de seu ato. Será preciso valorizar o caso, um por um, fazer-se responsável por ele, opondo-se, com frequência, aos preconceitos do lugar em que trabalha" (Guéguen, 2007, p. 19).

Segundo afirma o entrevistado II, "o ato não se volta apenas para a instituição, ele se volta para o sujeito ao qual eu me dirijo". Essa dupla incidência do ato indica que o psicanalista deve considerar os seus efeitos tanto a partir do alienante automatizado institucional, como também a partir do manejo da transferência na clínica. Além dos efeitos clínicos do seu ato, o analista deverá considerar seu potencial subversivo no contexto das regras da instituição.

Para o entrevistado XII, a interpretação não é um recurso suficiente para abordar a clínica psicanalítica no Hospital Geral, e ele acrescenta que isto também é válido, dentro de uma perspectiva mais ampla, para a abordagem clínica dos sintomas contemporâneos. Segundo este entrevistado, o ato é de fundamental importância para pensar não só a clínica psicanalítica inserida no contexto institucional como também para pensá-la na clínica dos novos sintomas, na qual se constata a ineficácia da interpretação diante do sintoma.

A partir da fala de alguns entrevistados, pode-se inferir que a clínica do ato analítico constitui uma resposta do psicanalista à passagem ao ato na anorexia e na bulimia. Esta clínica aponta para a nomeação de algo da ordem do real, distinta de uma clínica do sentido, na qual se buscaria uma decifração para o sintoma: "a ação do analista, sua intervenção, tem assim alguma chance de ser elevada à altura de um ato, do qual se pode julgar a eficácia graças a seus efeitos sobre o real" (MATET; MILLER, 2007, p. 7). Os "efeitos sobre o real" tomam todo o seu valor em uma clínica orientada, primordialmente, pela referência ao sintoma e ao modo singular de gozo de cada sujeito.

CONCLUSÕES

Concluiu-se, a partir da análise de dados e da revisão bibliográfica feita, que há possibilidade de a psicanálise encontrar inserção nas instituições, sem se dissolver nos outros discursos e práticas terapêuticas que circulam nas mesmas, confirmando as formulações de Brousse (2003, p. 38).

Os três referenciais mencionados por esta autora puderam ser detectados na prática clínica do NIAB, apesar das dificuldades relatadas pelos profissionais. A partir destes referenciais, pode-se pensar que, se o sujeito se endereça, inicialmente, a uma instituição médica (o Hospital das Clínicas), a prática entre vários pode contribuir para descompletar, barrar, essa figura do grande Outro do saber, ocupada pela instituição. Procedendo dessa forma, torna-se possível a desmedicalização⁶ da demanda, de modo que ela se torne tratável pela psicanálise.

A condição para a inserção da prática analítica, de acordo com as entrevistas, é que o praticante se submeta ao processo de formação, que é efetivado no campo da psicanálise pura e sustentado no tripé "análise pessoal, supervisão e estudo teórico". No caso do NIAB, esse rigor na formação dos profissionais é considerado e valorizado. Além da análise pessoal, os profissionais que ali trabalham fazem também a supervisão dos casos e se reúnem, semanalmente, para as reuniões clínicas, nas quais as questões trazidas pela clínica são sempre discutidas.

Constatou-se que, na psicanálise aplicada, cabe ao praticante cumprir uma função terapêutica, respondendo às necessidades da instituição, mas sem desconsiderar o sujeito, que desorganiza o texto de regras instituído. Este campo de tensionamento constitui o próprio espaço de trabalho do praticante da psicanálise, que se vê confrontado com a perspectiva de subverter as regras da instituição, sem desconhecer a legitimidade delas. A partir do que foi discutido, pode-se pensar que o tensionamento existente entre a psicanálise e a instituição é um sinal de que o sujeito está sendo considerado, e de que a ética da psicanálise e o desejo do analista estão presentes.

Os resultados indicam, ainda, que a função do psicanalista se baseia na construção do caso clínico, no qual a estratégia da sua ação estará subordinada ao saber elaborado pelo sujeito. Essa prática é perpassada por uma série de variáveis, como a transferência que o sujeito estabelece com a instituição, o que exige um cuidadoso manejo por parte do analista, considerando que o motivo da demanda implica, muitas vezes, uma urgência médica. O tempo se torna também uma variável fundamental do tratamento, que tem a sua duração prefixada, de modo a mobilizar no sujeito, bem como no analista, a função da pressa, que se constitui como uma das versões do ponto de basta na abordagem clínica dos novos sintomas, a exemplo da anorexia e bulimia.

Em uma autêntica prática entre vários, o ato analítico mantém todo o seu valor, cabendo ao psicanalista "julgar a pertinência de seu próprio ato e prestar contas dele" (DI CIACCIA, 2005, p. 44). Pôde-se perceber que no NIAB nenhum de seus profissionais desconhece essa pertinência, bem como estão todos implicados na exigência de prestar contas desse ato, seja na construção do caso clínico, seja nas reuniões clínicas, seja nas supervisões, seja em suas próprias análises.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2002.

BRODSKY, G. A solução do sintoma. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003, p. 19-32.

BROUSSE, M-H. 4 menos 1. **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del Instituto del Campo Freudiano en España**, Bilbao, n. 27, p. 37-40, jan. 2003.

DI CIACCIA, A. Inventar a psicanálise na instituição. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 1, 2003. **Os usos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Associação Mundial de Psicanálise, Editora Contracapa, 2003, p. 33-38.

_____. A prática entre vários. In: ALTOÉ, S.; DE LIMA, M. M. (Org.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005, p. 34-55.

ELIA, L. O começo da análise não pode fazer com que a neurose comece a cessar. In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A. C. (Org.). **Psicanálise e saúde mental; uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 47-54.

FERRARI, I. F. Anorexia: forma de dizer que o desejo é o motor da vida. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, ano XVII, n. 177, p. 102-110, mar. 2004. Disponível em: <www.pulsional.com.br/rev/177/9.pdf>. Acesso em: abr. 2007.

_____. O encontro entre psicanálise e instituição. **Revista do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Galba Velloso - FHEMIG - Fala Galba**, ano 2, n. 2, p. 66-69, 2005.

FREUD, S. Linhas de progresso na terapia analítica 1919/1987. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 17, p. 171-181.

GUÉGUEN, P-G. Quatro pontuações sobre a psicanálise. In: _____ et al. **Pertinências da psicanálise aplicada - Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 17-26.

GILLIÈRON, E. **Psicoterapia breve**. São Paulo: Jorge Zahar Editores, 1986.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1953-1998. p. 238-324.

_____. Ato de fundação. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1964-2003. p. 235-264.

_____. Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967-2003. p. 359-368.

_____. **Televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1973-1993, p. 235-264.

_____. O seminário (1967-68), livro XV. O ato analítico. Seminário inédito. [S.l.: s.n.], [196-].

LAURENT, E. O analista cidadão. **Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise**, n. 13, p. 12-19, 1999.

_____. Acto e institución. **Cuadernos de Psicoanálisis: Revista del instituto del Campo Freudiano en España**, Bilbao, n. 27, p. 46-50, jan. 2003.

MATET, J-D; MILLER, J. Apresentação. In: _____ et al. **Pertinências da psicanálise aplicada - trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 1-8.

MILLER, Jacques-Alain. **Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia**. 2001. Disponível em: <http://www.ilimit.com/cdcelp/freudiana/J.A_Miller_1.PDF>. Acesso em: jun. 2005.

_____. **La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica**. Buenos Aires: Paidós, 2004.

NAVEAU, P. A psicanálise aplicada ao sintoma: o que está em jogo e problemas. In: _____ et al. **Pertinências da psicanálise aplicada - trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 9-16.

SANTIAGO, A. L. O que a psicanálise aplicada ao tratamento da angústia nas crianças ensina à psicanálise pura. **Virtualia. Revista Digital de la Escuela de Orientación Lacaniana (EOL)**, ano IV, n. 13, jun.-jul. 2005. Disponível em: <www.eol.org.ar/virtualia/013/pdf/santiago-pt.pdf>. Acesso em: ago. 2005.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar; o mapa da doença**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2006.

Endereço para correspondência

Alexandre Gomes Cruz Dutra
E-mail: alexgomescruz@terra.com.br

Ilka Ferrari Franco
E-mail: francoferrari@terra.com.br

Recebido em: 24/09/2007

Aprovado em: 27/10/2007

Revisado em: 21/11/2007

¹ Nessa pesquisa, optou-se pelo uso da expressão "praticante da psicanálise" para referir-se a todos os entrevistados, uma vez que nem todos concluíram suas análises. Segundo Miller (2004), há uma dupla definição do analista no ensino de Lacan; a primeira se estabelece a partir da análise do analista, e a segunda, a partir da sua prática. "Há o analista tal como se delinea no 'só depois' da sua análise e há o analista que se delinea no 'só depois' da sua prática." (Miller, 2004, p. 17). O primeiro é aquele que presta conta, por intermédio do procedimento do passe, de suas aptidões como analisante analisado a partir da conclusão do seu processo de análise, enquanto que o segundo presta conta de suas aptidões como praticante da psicanálise, sem necessariamente ter concluído sua análise.

² Algumas citações contendo a fala dos entrevistados passaram por pequenas modificações, de modo a conciliar as exigências da palavra coloquial falada com a palavra formal escrita. Nestas modificações o sentido original das falas foi sempre preservado.

³ Termo cunhado por Jacques-Alain Miller para dizer, na ocasião, de uma modalidade inédita de trabalho clínico com crianças autistas e psicóticas, realizado de forma coletiva, por praticantes da psicanálise.

⁴ Em Belo Horizonte já existe uma clínica que funciona nesses moldes, denominada a-Tempo, na Escola Brasileira de Psicanálise - Seção Minas Gerais.

⁵ Neologismo cunhado por Lacan para denominar o que é mais íntimo, e, no entanto, vem de fora.

⁶Termo não encontrado em dicionário, mas de uso corrente entre alguns profissionais da saúde, como psicólogos e enfermeiros.