



O LUGAR DO PSICÓLOGO NOS PROCESSOS DE HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL GERAL

EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LOS PROCESOS DE HUMANIZACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE HUMANIZATION PROCESSES IN THE GENERAL HOSPITAL

Matheus Mc Gregor Magalhães Grant¹

Inês Maria Seabra de Abreu Rocha²

Alexandra de Oliveira Martins³

RESUMO: A Psicologia tem seu lugar estabelecido no contexto hospitalar na atualidade, e o psicólogo passou a ser requisitado pelo hospital geral na medida em que o serviço médico se mostrou impotente ao tentar tratar sintomas que não apresentam respostas aos recursos da medicina enquanto ciência. Os intitulados, processos de humanização, se tornaram presentes nos últimos anos dentro das instituições hospitalares, pois a Política Nacional de Humanização criada em 2003, propõe a valorização dos sujeitos na dinâmica hospitalar. Com a criação do HumanizaSUS, apresenta-se ao psicólogo hospitalar novas demandas de trabalho, que deverão ser baseadas na escuta do sujeito, que institucionalizado pela ordem médica, perde a propriedade de ser em detrimento do existir biomédico. Para a construção desse artigo utilizou-se como metodologia o referencial teórico da psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise; SUS; Instituição de Saúde.

RESUMEN: La Psicología tiene su lugar establecido en el contexto hospitalario en la actualidad, y el psicólogo ha pasado a ser solicitado por el hospital general en la medida en que el servicio médico se ha mostrado impotente al intentar tratar síntomas que no presentan respuestas a los recursos de la medicina como ciencia. Los denominados procesos de humanización se han vuelto presentes en los últimos años dentro de las instituciones hospitalarias, ya que la Política Nacional de Humanización creada en 2003 propone la valorización de los sujetos en la dinámica hospitalaria. Con la creación del HumanizaSUS, se presentan al psicólogo hospitalario nuevas demandas de trabajo, que deberán basarse en la escucha del sujeto, quien institucionalizado por el orden médico pierde la propiedad de ser, en detrimento del existir biomédico. Para la elaboración de este artículo, se utilizó como metodología el marco teórico del psicoanálisis.

PALABRAS CLAVE: Psicoanálisis; SUS (Sistema Único de Salud); Institución de Salud.

ABSTRACT: The psychology has its established place in the hospital context today, and the psychologist has become requested by the general hospital as the medical service proved powerless in trying to treat symptoms that do not respond to the resources of medicine as a science. The Processes of Humanization have been present in the past few years within hospital institutions, because the National Humanization Policy, created in 2003, proposes the valuation of the subjects in the hospital dynamics. With the creation of HumanizaSUS, new work demands are presented to the hospital psychologist, which should be based on listening to the subject that was institutionalized by the medical order and is being reduced to his biomedical existence, losing the right to be. This article was developed using the theoretical framework of psychoanalysis as its methodology.

¹ Psicanalista, psicólogo graduado pela PUC Minas, onde foi monitor bolsista de psicologia hospitalar. Pós-graduado em Psicanálise e Saúde pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein - SP. Aperfeiçoamento em Psicologia Médica pela Faculdade de Medicina da UFMG. Atuou nos hospitais Luxemburgo e Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes. Implantou e gerenciou o departamento de humanização da Fundação de Atendimento Especializado de Nova Lima (FAENOL). mcgregormatheus@gmail.com

² Psicanalista Membro da EBP e da AMP. Doutora e Mestre em Estudos Psicanalíticos/ UFMG. Coordenadora do Curso de Pós-graduação no IEC/PUC Minas – Psicanálise: clínica e sexualidade na contemporaneidade. ines.seabra.r@gmail.com

³ Psicóloga e psicanalista. Doutora em Psicologia pela PUC MINAS, Mestre em psicóloga pela UFMG, Especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar pelo CFP. Presidente do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos (EBEP-BH). Docente de pós-graduação em Psicologia da saúde na PUC MINAS. Docente de pós-graduação em fundamento da psicanálise no INSTITUTO ESPE (Ensino Superior em Psicologia e Educação). alexandramartinspsi@gmail.com

KEYWORDS: Psychoanalysis; Humanization; SUS; Healthcare institution.

1 INTRODUÇÃO

O Hospital Geral vem se tornando um campo cada vez mais atrativo aos profissionais da psicologia em função da expansão de suas práticas e da necessidade da existência de outro discurso nesse meio, que não seja regido pelo discurso da medicina. O psicólogo por sua vez anseia de diversas formas atuar profissionalmente dentro das instituições de saúde colocando-se a disposição das extensões da clínica tradicional. Assim de modo geral, acompanhamos um movimento das instituições de saúde que convocam o psicólogo hospitalar a assumir as práticas de humanização desenvolvidas na contemporaneidade. Desta forma surgem questões sobre os processos de humanização que se multiplicaram em diversos hospitais. Por tanto, em que se baseiam os processos de humanização? O que se espera dos seres humanos no contexto civilizatório e das relações nas instituições? Que tipo de instituição é o hospital?

Nesta trajetória vemos surgir o lugar do discurso da psicologia nos processos de humanização, processos estes que deverão ser conduzidos de forma igualitária pelos outros profissionais que compõem este lugar e que atuam diretamente no tratamento do sujeito.

Tornam-se evidentes as contribuições do psicólogo na participação de tal projeto institucional, porém, como a nossa lógica e modo de trabalho poderiam auxiliar a humanizar o ambiente hospitalar? A partir da revisão da teoria psicanalítica e da escuta tanto dos pacientes quanto da própria equipe hospitalar, buscamos delimitar o que é da ordem da psicologia e o que é da ordem da instituição, além de analisar como o trabalho conjunto poderia promover um real avanço na posição do sujeito enfermo nas instituições de saúde.

A questão recairá sobre o funcionamento institucional e as possibilidades oferecidas por este modelo a dar lugar à escuta, a particularidade e singularidade do sujeito que não poderá ser excluído do hospital, pois os processos de humanização deverão resgatar o lugar, o sujeito e sua fala. As instituições hospitalares, construídas sobre o modelo médico, deixaram de fora o sujeito e sua fala. Foram criadas diretorias e setores de humanização, na tentativa de diminuir a distância entre a instituição, seu funcionamento, os usuários e os trabalhadores. Constatamos de antemão que para uma tarefa tão complexa, torna-se necessária uma maior capacitação dos agentes envolvidos.

Propomos investigar a possibilidade da escuta psicológica no processo de humanização no hospital geral, visando proporcionar o surgimento de singularidades, dando lugar à fala do sujeito, lugar para seu sofrimento e tratamento psicológico indispensável no caminho da

cura da enfermidade.

No Brasil existe um movimento nos hospitais voltado para criação de diretorias e setores de humanização, orientados pela Política Nacional de Humanização lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde. Dessa forma, o psicólogo inserido no âmbito hospitalar também responde a esta política e às práticas de humanização dentro das instituições de saúde. Porém, cabe a nós profissionais da área questionar qual é a nossa função dentro dessas políticas institucionais. Esse trabalho, portanto, é uma contribuição para uma melhor compreensão da práxis do psicólogo no hospital geral, destacando seu papel como agente nos processos de humanização com a escuta da subjetividade dentro desse espaço caracterizado como templo da medicina enquanto ciência moderna, o hospital geral. Para que possamos compreender como o psicólogo chegou até o discurso da humanização no hospital geral precisamos entender como surgiram às instituições hospitalares. Inicialmente, antes do século XVIII, a ideia do hospital era ligada a um espaço afastado dos centros urbanos, destinado a hospedagem de pessoas consideradas pobres e deficientes que não mereciam estar inseridas na sociedade. Esse conceito é muito distante da proposta de cuidado que se tem hoje. O hospital era visto como um espaço de exclusão social comandado por fiéis voluntários a serviço da classe social dominante. Ao seguir da história, os cuidados aos enfermos e a assistência prestada tornaram-se, gradativamente, uma tarefa direcionada aos médicos, às enfermeiras, mas ainda contavam com a presença dos líderes religiosos da época, como curandeiros, parteiras e dos familiares. Para as pessoas socialmente aceitas, tais tarefas assistenciais eram realizadas em domicílio numa tentativa de cura e alívio dos sofrimentos advindos pela enfermidade. Para Ornelas (1998), os primeiros espaços com características similares a um hospital, destinados inicialmente aos cuidados dos enfermos militares surgiram no século II em Roma. Posteriormente, no século IV, foram criados os hospitais cristãos com a finalidade de prestar assistência e abrigo aos civis. Segundo Ornelas (1998) espaços com características mais similares aos hospitais de hoje surgiram a partir da regulamentação de asilos feita por Justiniano no século VI, que eram divididos em: “nosocomia”, onde eram inseridos os que tinham a possibilidade de cura e “lobotrophia” onde ficavam os que já eram considerados sem chance de cura. Os denominados na época como leprosos e inválidos também eram destinados a “lobotrophia”, onde buscavam um tratamento de alívio do sofrimento, além de evitar a contaminação da população saudável. Na Europa os hospitais foram se multiplicando em função da expansão do cristianismo, seguindo em crescimento da antiguidade até a idade média. Os conventos desempenharam uma função primordial neste contexto, pois neles ocorreram os atendimentos aos enfermos até o século IX. Ornelas (1998) aponta que a construção de hospitais dentro dos conventos só se

tornou obrigatória a partir do ano de 816 pelo Concílio de Aix-la-Chapelle, porém estes espaços eram mais religiosos do que terapêuticos. Com o fim da idade média, os municípios assumem os serviços deixados pelas congregações cristãs, demarcando o início do hospital geral. Marca-se, então, na idade média, a existência de hospitais que funcionavam mais como abrigo e asilo, ofertando cuidados aos enfermos, sem uma definição clara das funções voltadas ao tratamento médico especializado.

O século XVIII é marcado pela revolução dos hospitais que passaram a ser constituídos com tecnologias direcionadas ao tratamento e, posteriormente, à cura do enfermo. Após sua reestruturação, o hospital geral tornou-se exclusivamente o campo direcionado para a prática médica, sendo o médico o principal responsável pela organização hospitalar. Inicialmente o saber médico localizava-se mais em livros, como uma transmissão de receita. Porém, mais adiante, vimos um hospital não apenas direcionado à cura, mas também um local de registros e de formação de saberes, momento que instaura oficialmente o lugar do médico dentro do hospital geral. Segundo Foucault (1999), o hospital foi uma invenção nova e a consciência de que este espaço era um instrumento destinado à cura surge apenas em torno de 1780. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, o que proporcionava exclusão e separação social.

Goffman (1999), afirma que toda instituição tem a tendência ao que chama de “fechamento”, sendo que esse caráter total é simbolizado pela barreira com a relação social com o mundo externo e as proibições, denominando-as como “Instituições Totais”. De forma geral na sociedade moderna o sujeito tem sua liberdade e diversidade preservadas. Já nas instituições totais, a vida acontece no mesmo espaço e sob uma única autoridade. As atividades são em grupo e o tratamento é igualitário, seguindo horários rigorosos pré-estabelecidos e impostos pelos seus agentes. De tal modo, acontece com a vida do enfermo institucionalizado no hospital: a prescrição médica orienta o que ele deve ou não comer e beber, além das medicações a serem ministradas no horário pré-estabelecido, independentemente do que faça o indivíduo no momento. O banho é realizado em horário determinado pela equipe, assim como todas as refeições do dia, caso haja permissão para alimentação. As roupas são padronizadas, assim como as regras de conduta e convivência dentro do espaço comum, obrigando o paciente a seguir uma única regra, a ordem médica. Entende-se que há uma força que mantém os inseridos no contexto hospitalar unidos, sem direito a individualidade, à luz do conceito proposto por Freud compreendemos a ideia dos grupos artificiais que nos apresenta como essencial para a nossa discussão. De acordo com Freud (1921/1996), p.105):

Uma Igreja e um exército são grupos artificiais, isto é, uma certa força externa é empregada para impedi-los de desagregar-se e para evitar alterações em sua estrutura. Via de regra, a pessoa não é consultada ou não tem escolha sobre se deseja ou não ingressar em tal grupo; qualquer tentativa de abandoná-lo se defronta geralmente com a perseguição ou severas punições.

Este funcionamento é claramente perceptível dentro do contexto hospitalar, pois diversos pacientes queixam-se de que adentraram nas instituições de saúde por inúmeros motivos, como consultas de rotina, mal-estar súbito, que foram levados pela família e terminaram sendo retidos. De tal modo percebemos o movimento das instituições de saúde em excluir o sujeito de seu próprio processo de adoecimento, tirando-lhe a possibilidade de expressar-se e colocando-o na posição de objeto. Pelo histórico até aqui percorrido, torna-se importante salientar o modo de tratamento recebido pelos hospitalizados, que traz marcas importantes na atualidade. Parte desse modo de funcionamento se deve pelo caráter histórico do hospital, que apresentava uma clientela composta geralmente por pessoas pobres, carentes e leprosas, demarcando um caráter de hospedaria e abrigo que mais se correlaciona com cárceres e clausuras para enfermos, denotando a intenção de castigo e segregação social vivenciada, propiciando o mínimo de humanidade. Já com a inserção do médico enquanto responsável pelo hospital geral, a história segue o mesmo fluxo, porém em óticas diferentes, pois o discurso do médico exclui o sujeito de qualquer participação de seu próprio processo.

Segundo Clavreul (1983), “A fala do sujeito é ouvida apenas para ser descartada imediatamente, onde se depreende a função silenciadora do discurso médico.” Pois, Clavreul (1983) compreende que nesta cena o homem doente não interessa à medicina, por isso o médico não se dirige ao enfermo, mas sim ao futuro homem são.

Portanto, entende-se que o discurso médico é totalitário, exclui as diferenças e não dá espaço para aquilo que não possa ser respondido pela rede de significantes da medicina. Nesse movimento, a ordem médica e seus funcionários, os médicos, acabam por excluir toda a possibilidade de expressão do sujeito, que se torna reprimido em seu enclausuramento físico, social e psicológico.

A partir desse contexto histórico e considerando o sujeito inserido nesta estrutura mais complexa, que não trata apenas do sintoma e da doença, tornou-se necessária a (re)humanização desse espaço em função dos outros adoecimentos advindos da exclusão da subjetividade e que a ordem médica não trata. De tal modo, observa-se a demanda de psicólogos dentro dos hospitais gerais, com o intuito de tratar aquilo que a medicina como ciência não dá conta, os sofrimentos da alma. Afinal, humanizar está relacionado neste contexto com

o intuito de fortalecer e resgatar a ética, articulando o cuidado científico necessário, mas também acolhendo a singularidade do sujeito ali localizado. Ao devolver a palavra ao sujeito para que ele possa dizer do seu sofrimento, subvertemos a ordem imposta pelo discurso médico.

Levantamos neste trabalho as questões acerca da possibilidade de utilização da escuta psicanalítica nos processos de humanização no hospital geral e da importância do psicólogo neste contexto. Sabemos que o sujeito que chega não demandou conscientemente estar ali, foi levado por um adoecimento, uma enfermidade, e busca um saber médico, uma melhora e um saber sobre seu sofrimento. O motivo de estar em tal espaço pode ser diverso: problemas respiratórios, ortopédicos, oncológicos, nefrológicos, neurológicos, estéticos e dentre outras várias especialidades médicas que são ofertadas ao sujeito moderno. O que podemos afirmar é que os pacientes hospitalizados não recorrem a esse espaço para um atendimento psicológico, pelo menos não até uma primeira internação. De modo geral, o sujeito chega ao hospital em função de um mal-estar que inicialmente acredita ser biológico. À medida que compreendemos a necessidade do psicólogo no hospital geral, torna-se essencial refletir sobre seu ofício nesse contexto. Portanto, qual é o lugar do psicólogo dentro desta instituição de saúde? Como pode o profissional da psicologia intervir em um campo onde o discurso médico impera?

Sabemos que a causalidade psíquica das enfermidades não é bem aceita em outros campos do conhecimento, mas o fato é que o psíquico afeta o corpo e o adocece. Nos primórdios da psicanálise, Freud praticava sua técnica sobre as histéricas no hospital de Viena. Lacan, por sua vez, realizava seus atendimentos nos famosos corredores do Hospital de Sainte-Anne. Assim, o início da psicanálise se dá com o encontro de Freud com as histéricas em um hospital geral, a Salpêtrière, onde ele entrou em contato com diversas enfermidades e com a compreensão da histeria, que se desenvolveria a partir da escuta das histéricas.

A partir da interpretação da obra freudiana, vemos a importância da regra fundamental da psicanálise ser colocada em prática pelos pacientes que desejam ser analisados. Essa regra nomeada por Freud como “associação livre”, convida o paciente a falar tudo o que vier à cabeça. Freud também propõe que a escuta por parte do analista seja livre de qualquer ambição ou direcionamento tendencioso. Assim, essa segunda regra deixada por Freud aos analistas nos diz que, ao escutar o paciente, o analista deve adotar uma atenção diferenciada, algo que o próprio Freud nomeia como “atenção flutuante”.

O pressuposto do setting analítico advém dos analistas posteriores a Freud, que buscam por maiores direcionamentos no manejo da transferência da técnica, tentando tamponar a falta deixada por Freud ao buscar de forma incessante um manual que oriente a prática do

psicanalista. Para Moretto (2005) “Não podemos estar tratando do setting analítico como um espaço real porque ele é virtual, ele é psíquico, ele é, na verdade um artifício, uma construção do psicanalista para que a análise se dê”. Sabemos que a pulsão de vida e a pulsão de morte se apresentam também no ambiente hospitalar, afinal, este é um dos espaços onde se presentifica a luta da vida contra a morte. Para Freud (1920), a pulsão de vida está ligada à conservação da vida. Já a pulsão de morte, por sua vez, apresenta uma tendência inerente do organismo de retornar ao estado inorgânico levando em última instância à destruição.

Sabemos que o sujeito hospitalizado é retirado de tudo o que corresponde ao seu mais íntimo, sendo praticamente obrigado, em nome da medicina, a abdicar-se de si mesmo, em prol de sua própria vida. Mesmo com tal extração radical de sua subjetividade e desejos, a instituição hospitalar e seus agentes impõem que o sujeito se apresente de forma minimamente civilizada, não aceitando qualquer forma de expressão que fuja do padrão aceitável, da boa conduta e da obediência. Mas o que se espera do sujeito que foi abstinido de si mesmo? Que seja complacente, amável e benevolente? Ou que apenas não fuja da normatização imposta e acate as ordens médicas? Freud (1930/1996) nos diz que “a inclinação para a agressão constitui, no homem, uma disposição instintiva original e autossustentada”, afirmando que ela é o maior impedimento à civilização. Deste modo, a civilização está a serviço do que Freud chamou de pulsão de vida, algo que está atrelado a aquilo que é da ordem do amor, do bom, e da união. Porém existe uma agressividade intrínseca ao sujeito, de origem inconsciente, que Freud denomina como a pulsão por excelência: a pulsão de morte. A sociedade por sua vez, realiza o movimento de limitar ao máximo essa agressividade advinda da pulsão de morte. Segundo a Bíblia (2019), um claro exemplo é a passagem de Mateus, 22:39: “Amarás a teu próximo como a ti mesmo”, uma medida controladora para não espalhar a agressividade, protegendo-se dela. Porém, Freud coloca que tal mandamento é contra a natureza original do homem, justamente em função dessa agressividade ser inerente ao sujeito, pois a agressividade e destruição decorrem da pulsão de morte. A pulsão de morte – Thanatos – é o que está para além do princípio do prazer, e não pode ser localizada de forma isolada e está em constante confronto com a pulsão de vida – Eros.

Desta forma, é algo do próprio sujeito o movimento de agressividade que é visto diariamente nos leitos hospitalares. Porém Freud (1930/1996) afirma que a própria civilização tem sua responsabilidade frente à sua desgraça, pois entende-se que o movimento de defesa contra a agressividade pode causar tanta infelicidade quanto ela própria. Afinal, muitas vezes o sujeito exprime sua agressividade em função de seu sofrimento, como uma tentativa desesperadora de alívio do sofrimento, e é retalhado pela equipe que na maioria das vezes, mostra-se despre-

parada para lidar com o sofrimento, criando de tal modo protocolos institucionais, que servem de escudos para a própria sobrevivência dentro da instituição hospitalar.

Sabemos que neste contexto, a cultura da pulsão de morte está atrelada a morbilidade do sujeito, ou seja, ao seu adoecimento. Já a cultura da pulsão de vida está correlata ao tratamento, ao movimento do sujeito em preservar-se vivo. Observamos diariamente nos leitos hospitalares pacientes desenganados pelos seus médicos, com diagnósticos que mais se assemelham a um atestado de óbito. Porém, muitos destes pacientes apresentam saídas psíquicas na mesma intensidade de seus diagnósticos, e lutam pela sobrevivência sob a mesma frequência. Podemos considerar que esse movimento do sujeito se representa ao nível da dualidade pulsional proposta por Freud, sendo que este dualismo marca uma relação muito mais complexa ao modo em que se apresenta. Afinal a pulsão de vida, que também pode ser denominada de pulsão sexual, realiza uma tentativa, através da libido, de neutralizar a pulsão de morte, que é caracterizada por Freud como a mais originária e elementar das pulsões. Enquanto a pulsão de vida é ruidosa na busca pela satisfação, a pulsão de morte, por sua vez trabalha silenciosamente assim como o adoecer. Bataille (2008) afirma que “Não há melhor maneira de nos familiarizarmos com a morte do que a de associarmos a uma ideia libertina”. E acrescentamos que a pulsão é o que há de mais livre em nosso psiquismo.

Outro ponto relevante que se refere à prática do psicanalista no hospital geral é o conceito de transferência. A questão do manejo da transferência constitui o trabalho do psicanalista. Portanto, a questão central é como a transferência ocorre no contexto da instituição hospitalar, já que envolve o manejo das variáveis do trabalho institucional e da clínica possível nesse espaço. Desse modo à transferência ocorre também no hospital, sendo endereçada ao médico e aos diversos profissionais que ali atuam e ocupam um lugar de saber para o sujeito. Moretto (2005) nos lembra que muitos dos pacientes hospitalizados apresentam certo desapontamento ao receberem o convite à fala vindo do analista que ali se encontra. Mas mesmo com tal desapontamento, os enfermos começam a falar, como se tivessem encontrado algo até então não procurado: o próprio sujeito. Através de Baeta (1996) entendemos que:

[...] a transferência é um fenômeno universal que se sustenta em algo que está além de suas manifestações circunstanciais. Algo que já está aí e é da ordem de uma estrutura que tem a ver com a própria condição do homem enquanto falante. Estrutura de linguagem que o predispõe aos fenômenos transferenciais. E mais, não se pode exercer a psicanálise fora da transferência”.

Independentemente da instituição onde o sujeito está hospitalizado, ou até mesmo de fatores orgânicos, o sujeito que se implica e deseja saber mais sobre si mesmo irá se movi-

mentar, sem se deixar deter pelas resistências oferecidas pela instituição. O sujeito então colocará em marcha a causa do seu desejo, aquilo que lhe é mais íntimo.

Contextualizando melhor o campo de trabalho aqui citado, devemos levar em conta que a singularidade da transferência no contexto hospitalar se caracteriza justamente pelo fato de, muitas vezes, não estar endereçada diretamente ao analista, mas sim à instituição e à equipe, em um primeiro tempo. Somente em um segundo momento, a transferência poderá ser endereçada ao analista. A forma como os serviços hospitalares são prestados acarretarão possivelmente na relação transferencial com o analista em cena, que ao ser convocado pela equipe será nomeado como: “O psicólogo do hospital”, marcando o atravessamento institucional nesta relação transferencial entre paciente e analista. Sabemos que o tempo a ser trabalhado será breve, mas será necessário para que o sujeito formule sua demanda e possa posteriormente prosseguir em um trabalho analítico. Ao abordarmos a questão do tempo, estamos nos referindo ao tempo cronológico, aquele que responde à ordem do relógio, e não ao tempo do sujeito do inconsciente, que segue sua própria lógica de funcionamento e não responde ao tempo cronometrável. Na tentativa de dividir a direção da cura analítica em três tempos, coloca-se que no primeiro tempo apresentam-se as entrevistas preliminares, em sequência a análise propriamente dita e no terceiro tempo, o fim da análise. Neste pensamento, Moretto (2005, p. 102) afirma sobre sua prática no hospital geral que:

Em minha experiência, o que é mais frequente no hospital, basicamente no que se refere ao trabalho na enfermaria, é que o trabalho analítico não avança além do primeiro tempo, pois o período de internação não coincide com o tempo de o paciente entrar em análise em direção a travessia do fantasma (o que caracteriza o final).

Dessa forma, somos capazes de concluir que o tempo não pode ser caracterizado como um fator impedor de uma escuta psicanalítica dentro do hospital, afinal, através da retificação subjetiva no período em que denominamos como primeiro tempo, possibilitamos a implicação do sujeito em relação ao seu sofrimento. Estamos cientes que não iremos realizar um processo de análise completo com o sujeito enfermo nesse contexto. No entanto, esse encontro com o analista poderá possibilitar sua implicação, ao modo que ele procure uma análise fora do âmbito hospitalar ou que até mesmo volte através de consulta ambulatorial, como vemos acontecer com pacientes oncológicos.

Outro ponto essencial a ser abordado neste trabalho é a posição da psicanálise em relação à medicina e ao discurso institucional. Moretto (2005) coloca que psicanálise e medicina são “[...] duas linhas que caminham paralelas, que tendem ao infinito, mas nunca se cruzam.”

Mas o que muda nessa relação, já que elas compartilham de um único ambiente de trabalho? O que se diferencia é a constituição de uma ética, uma vez que o analista atua com a escuta daquele que é o sujeito do inconsciente. Já o médico, embasado no discurso de sua ciência, trabalha com o corpo, com aquilo que pode ser previsto como biológico, excluindo qualquer possibilidade de escuta da subjetividade do enfermo, a fim de evitar que ela interfira em sua prática.

O discurso do médico se assemelha ao discurso do mestre, ao do bem querer, sendo ele um discurso instituído pela medicina enquanto ciência, afinal, o hospital geral é caracterizado como o templo da ciência moderna. Porém sabemos que esse discurso falha, impossibilitando a medicina de governar sozinha abrindo assim espaço para o discurso da psicanálise. Uma boa ilustração dessa falha é quando o médico solicita a presença do analista a fim de solucionar o problema que foi incapaz de ser resolvido através da medicina, pois algo do sujeito do inconsciente do enfermo predomina em tal sintoma e demarca ferozmente a fenda deixada pela medicina, onde os seus agentes, os médicos, se veem impossibilitados de solucionar aquilo que lhes foi proposto como demanda médica. De tal modo, cabe pontuar que a posição da psicanálise dentro do campo da medicina não se trata de enfrentamento, mas também não se coloca em um papel de submissão. Dunker (2005 *apud* Moretto 2005) coloca: “Com elegância e ponderação vemos surgir uma posição para a psicanálise que não é a nem de concorrência à medicina nem propriamente de submissão”.

Ainda sobre a distinção entre os discursos médico e psicanalítico, cabe ressaltar a obrigatoriedade do analista se colocar como agente da escuta da subjetividade do enfermo e de seu desejo, a fim de seguir a ética da psicanálise que nada mais é do que a ética do próprio sujeito. Encontramos profissionais que se dizem a serviço da psicanálise no hospital e que se tornam “contaminados” com o que chamamos de atravessamentos da instituição. Tal profissional opta, inclusive inconscientemente, por institucionalizar seu discurso talvez em uma tentativa de responder às demandas da própria instituição ou até mesmo diante de uma angústia a fim de se enquadrar no ambiente predominantemente constituído pelo médico. O que se percebe é que ao adotar essa conduta o profissional se transforma em qualquer outro tipo de profissional, menos em um agente da psicanálise, pelo simples fato de ferir a ética que circunda a condução do seu trabalho, a ética do desejo. Lacan (1962/1988) em seu seminário “A Ética da psicanálise” pontua que o analista não sabe o que é bom para outro, sendo incapaz de ordenar o seu bem, pois a ética da psicanálise é a do bem dizer. A tal modo Moretto (2005) conclui: “Se o lugar da psicanálise não é o de ajudante do serviço da ordem médica é porque suas referências são outras, é porque ele não trata do homem, e sim do sujeito do inconsciente.” A par-

tir disso, evidencia-se a importância e a necessidade do analista dentro do hospital geral, a fim de colocar-se a serviço da escuta da subjetividade e do desejo do sujeito do inconsciente.

Como já apontado, sabemos que o hospital geral é um campo de trabalho para o analista, no entanto, outra questão se torna recorrente na contemporaneidade da prática do analista na instituição de saúde. Na verdade, talvez não seja algo tão contemporâneo assim aos nossos olhos enquanto estudiosos da psicanálise, mas é uma questão necessária para a elucidação do papel do psicólogo nas diretorias e setores de humanização instaurados nos hospitais nos últimos anos.

Diante dessa temática, é necessário compreender melhor as diretrizes que regulamentam tais atividades. Segundo BRASIL (2003), entre 2000 e 2002, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) iniciou ações nas unidades hospitalares do país, propondo a criação de comitês de humanização voltados para a melhoria destes serviços. A Humanização torna-se um fator essencial na saúde, especialmente no que diz respeito à valorização de todos os agentes envolvidos na produção da saúde pública brasileira. Neste sentido BRASIL (2003) afirma que:

Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde.

A política do Nacional de Humanização apresenta seis diretrizes que norteiam a ideia de humanização em saúde, conforme estabelecido pelo Governo Federal. Dentre elas, três diretrizes atravessam a atuação do psicólogo nos processos de humanização. A primeira delas é o acolhimento pautado por uma escuta qualificada. Outra diretriz é a ambiência, que se refere ao processo de construção de espaços saudáveis e acolhedores. Por fim, a diretriz da clínica ampliada e compartilhada é descrita por BRASIL (2003) como:

Parte do princípio de núcleo e campo de competência, onde um profissional pode realizar atividades e ações que não pertencem somente à sua especialidade, mas sim diz respeito às suas atribuições como profissional de saúde. Desta forma, o olhar sobre um usuário ou uma situação de saúde não deve se resumir a apenas ao olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, um olhar interdisciplinar, que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, econômica, cultural, psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. A clínica ampliada se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde”.

O modo de se fazer a clínica ampliada consiste em trazer à cena outros fatores que

atravessam o sujeito hospitalizado, não se limitando ao que é da ordem do biológico, marcando a necessidade de uma escuta do usuário. A partir desses pontos, entendemos que a humanização é de ordem interdisciplinar, e deve estar presente em todos os profissionais que prestam serviços de saúde aos usuários do sistema. Dessa forma, retornamos à questão inicial que orienta nossa reflexão: qual é o lugar do psicólogo nos processos de humanização no hospital geral?

Muitas vezes, as instituições de saúde podem não se interessar por esses processos de humanização, deixando a responsabilidade de humanizar o hospital a cargo da assistência social e da psicologia, desconsiderando as diretrizes propostas pelo governo. A humanização é uma questão que envolve todos os profissionais inseridos no sistema. Benevides e Passos (2005, p.390) abordam esse ponto da divisão da humanização, nomeando-o como “questão-sintoma”:

Este movimento chega aos anos 2000 encontrando ou se chocando com o que, paradoxalmente, dele resulta: formas instituídas, marcas ou imagens vazias, slogans já sem a força do movimento instituinte. É assim que a humanização se apresenta como um conceito-sintoma presente em práticas de atenção: a) segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); b) identificadas ao exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); c) orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos serviços”.

Benevides e Passos (2005) observam que a humanização ainda está muito atrelada ao voluntariado, ocorrendo de maneira isolada dentro dos hospitais e se expressando de forma frágil e imprecisa em ações fragmentadas.

Onocko (2004) afirma que a desumanização que existente nos serviços de saúde é um produto humano aliado a outros problemas estruturais. Dessa forma, podemos reafirmar que a desumanização está correlacionada ao serviço humano, sendo a humanização uma tarefa de todos. À medida que prosseguimos com o presente trabalho, ao buscar o papel do psicólogo na humanização dentro do hospital geral, é fundamental relacionar a questão da subjetivação e o lugar da escuta no atravessamento da instituição, especialmente quando se solicita a humanização como um protocolo estabelecido por uma política nacional.

De tal modo, torna-se necessário articular a posição da escuta do sujeito dentro dos processos de humanização no hospital geral com o conceito de urgência subjetiva, uma vez que nesse espaço as questões mais individuais transparecem das mais diversas formas. Nesse contexto, a escuta se coloca para o psicólogo como o fio condutor e facilitador do processo que visa perpassar os protocolos institucionais, alcançando e localizando as questões que se revelam de forma singular como desafios à prática hospitalar. Seldes (2003, *apud*. Berta,

2015) define urgência subjetiva como: "[...] aquilo que, no discurso do mestre, não anda, isso que o discurso não consegue cernir, isso que têm algo muito singular para cada um [...]"

O sujeito, seja ele familiar ou o próprio paciente, ao se deparar com a lembrança da finitude trazida pelo adoecimento, entra em um estado de crise. Seldes (2003, *apud*. Berta, 2015) observa que o sujeito, tão afetado pela situação, não é capaz de dar conta de seu sofrimento e, sem recursos, depara-se com a mais cruel angústia.

Concluimos que o psicólogo pode valer-se de sua escuta analítica para intervir no sofrimento do sujeito. Não obstante, a prática da psicanálise dentro da instituição encontra limitações, uma vez que a atuação do analista se restringe ao tempo de permanência do sujeito no hospital, o qual pode não corresponder ao momento de concluir do sujeito. Aprendemos então, que durante o tempo em que o sujeito permanece no hospital, poderá ocorrer um encontro com o analista, que poderá ser suficiente para constituição da demanda de tratamento. Desta forma, o sujeito poderá separar seu quadro mórbido da sua demanda de análise. Vale atentarmos à ideia de que o sujeito retira do seu sintoma uma satisfação, e este, o sintoma, poderá encontrar abrigo na instituição hospitalar. Tanto o psicólogo, quanto o psicanalista poderão se servir da instituição e dos dispositivos instituídos no processo de cura, mas deverão estar atentos às resistências que tanto a instituição quanto a equipe interdisciplinar possam apresentar frente ao tratamento neste contexto. A ênfase na abordagem psicanalítica será no manejo da transferência na instituição, bem como a oferta da palavra ao sujeito. Caberá ao analista ouvir o sujeito e separá-lo da satisfação obtida pelo sintoma, da satisfação silenciosa da pulsão de morte. Caberá ao psicólogo nos processos de humanização ouvir o sujeito e dar lugar ao seu sofrimento, dando suporte ao tratamento. Afinal, a própria política de humanização propõe em suas diretrizes que a singularidade seja considerada e que o sujeito seja valorizado por meio da oportunidade de uma maior autonomia entre os envolvidos no sistema.

O impasse que recai sobre as diretorias e setores de humanização instaurados nos hospitais gerais está atrelado ao viés institucional que permeia suas ações. Muitas vezes, a prática dessas ações se reduz a uma ferramenta protocolar, que, embora busque atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização, nem sempre o faz de forma satisfatória. Em muitos casos, essas respostas são consideradas uma tentativa de aliviar a angústia dos próprios trabalhadores, que, por vezes, desumanizam o ambiente hospitalar.

Ressaltamos que tais ações ainda estão vinculadas à ideia de caridade, na qual os agentes, ao promoverem um ambiente humanizado, muitas vezes o fazem com um intuito altruísta, na intenção de humanizar. No entanto, esse enfoque pode anular o sujeito enfermo, pois a atenção deixa de ser voltada para o paciente e passa a ser direcionada àquele que pratica a

ação. Compreendemos que humanizar o contexto hospitalar está diretamente relacionado à ação de dar voz ao sujeito hospitalizado, proporcionando-lhe um espaço de cuidado e oportunizando sua movimentação frente ao seu adoecimento, seja ele físico ou mental, criando assim um espaço no qual o sujeito se implique na relação com seu sofrimento. Após todo o estudo sobre a instituição hospitalar, a contribuição da psicanálise e a efetividade dos processos de humanização, percebe-se que tais processos estão diretamente vinculados ao trabalho do psicólogo hospitalar. No entanto, não apenas como um agente individual, mas sim como um líder, gestor capaz de propiciar ações e de disseminar a cultura organizacional de uma instituição hospitalar de cunho humanizado. Assim, a partir de um olhar externo ao enquadramento institucional, registramos a tentativa de, por meio das contribuições da psicanálise, proporcionar os meios pelos quais o enfermo poderá se apresentar como sujeito, através das ações humanizadoras que poderão nortear o agir dos profissionais, em prol do bem dizer do sujeito hospitalizado.

REFERÊNCIAS

- BAETA, Maria de Lourdes M. A transferência no hospital geral: uma questão polêmica. Belo Horizonte: [s. n.], 1996.
- BATAILLE, George. O Erotismo. Lisboa: Antígona, 2008.
- BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada. Tradução de João Ferreira de Almeida. Edição revista e corrigida. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1995. Mateus 22:39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: MS, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 12 jan. 2024.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo?. 2005. 06 p. Artigo (Departamento de Psicologia)- Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/qgwhN4TZKY5K3LkPfVRbRQK/>. Acesso em: 06 fevereiro 2024.
- CLAVREUL, Jean. A ordem médica. Tradução de Colégio Freudiano do Rio de Janeiro: São Paulo, Brasiliense, 1983. Trabalho originalmente publicado em 1978.
- DUNKER, Christian. Prefácio. In: MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital? . 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 14. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, S. Obras completas, v.14. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1921/1996). Psicologia de grupo e análise do ego. In: J. Strachey (Ed. e Trans.), J. Salomão (Ed. e Trad.), Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 79-154). Rio de Janeiro: Imago

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização In: FREUD, Sigmund. Edição standard das obras psicológicas de completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago. Rio de Janeiro: Imago, 1929-1930. Vol. XXI.

GOFFMAN, Erving. Manicômio, prisões e conventos. Ed Perspectiva S.A 6ª ed. São Paulo, 1999.

LACAN, J. O seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959-60). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1962-1988.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. O que pode um analista no hospital? . 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. p.103-21.

ORNEILAS, Cleuza Panisset; Os Hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 51, n. 2, p . 253-262, abr./jun, 1998.

SELDES, Ricardo. In: BERTA, Sandra Leticia. Localização da urgência subjetiva em psicanálise. Revista PUC, São Paulo, v. 07 n. 1, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/30462/21073>. Acesso em: 15 mar. 2024.