

A subjetividade na clínica hospitalar

Maria da Glória S. Telles da Silva



A subjetividade na clínica hospitalar

Maria da Glória S. Telles da Silva¹

A teoria psicanalítica não é um corpo doutrinal que seria conveniente ensinar; ela é o conjunto de referências que permite ao analista ouvir seu paciente. Do que este sofre é de não poder dizer o que tem a dizer, é de não representar suas pulsões a não ser sob a forma desconhecível de seus sintomas.
J. Clavreul - A ordem médica

Quando um psicanalista trabalha em um hospital, é importante ter em conta as particularidades que implicam estar nesse lugar. Primeiro, as particularidades históricas e estruturais desta instituição. Depois, as particularidades das questões que ali se apresentam.

1. Da etimologia, origem e sua função social

Buscando a raiz etimológica da palavra “hospital”, encontramos no *Dicionário etimológico Nova Fronteira*, de Antônio Geraldo da Cunha, que este vocábulo vem do latim *hospitalis* que indica hospital-idade. Como sinônimo encontramos a palavra nosocômio, cuja raiz vem do grego νοσοκομειον *nosokomeion*, onde *nosos* refere-se a doença (*nosos*). A *casa dos hóspedes*, a *domus hospitalis*, tornou-se, na Idade Média, um nome, o *hospitalis*, que por sua vez vem de *hostis*, o estrangeiro, quer se trate de um amigo, de um hóspede, ou de um não amigo, um ser *hostil*.² Deste modo, pode-se reconhecer que o hospital é um lugar de dupla faceta, causa tanto de atração como de repulsão.

No “Dicionário da língua portuguesa” de Aurélio Buarque de Holanda temos que hospital é “um estabelecimento onde se internam e tratam doentes”. Encontramos ainda no “Dicionário de nomes, termos e conceitos históricos” de Antônio Carlos do Amaral Azevedo o termo *hospitalários*, que remonta a uma Ordem militar fundada em Jerusalém pelos cruzados quando estes tomaram a

¹ Maria da Glória Sant’Anna Telles da Silva. Psicanalista. Membro Efetivo da B S Freud –Porto Alegre. Trabalha no Serviço de Adolescentes do Hospital Nossa Senhora da Conceição/ Porto Alegre.

² Site da *Federacion Hospitalaire de France*.

cidade, no século XI. Havia sido, meio século antes, um edifício fundado por comerciantes italianos para acolher peregrinos que logo acrescentaram um hospital destinado aos mesmos. Esta Ordem instalou-se neste prédio e recebeu por isso o nome de ‘Ordem dos hospitalários’. Posteriormente, tornaram-se ‘Cavaleiros de São João de Jerusalém e, por fim, instalaram-se nas ilhas de Chipre, Rodes e Malta, sendo o nome final ‘Ordem de Malta’.

Historicamente, sabemos que os hospitais apareceram como uma criação original nas cidades européias no século IV sob influência do cristianismo. Inicialmente era um lugar de refúgio para viajantes, doentes e indigentes. Em Paris, no ano de 651 foi fundado pelo Bispo de Paris de Saint-Landry o Hôtel-Dieu. É o hospital mais antigo da capital. Ele representa o símbolo da caridade e da hospitalidade. Entre os séculos XII e XVI os hospitais foram administrados por sacerdotes e religiosos, sendo um misto de assistência e transformação espiritual. Eram também lugares de exclusão e separação daqueles que representavam alguma ameaça social.

2. Sua função disciplinar e terapêutica

Somente no século XVII é que passará a ser pensado como instrumento terapêutico. Em um de seus livros, *A microfísica do Poder*, Michel Foucault examina com precisão este momento de passagem e transformação, quando o hospital passa a ser medicalizado. A clínica médica ganhará espaço também na organização hospitalar. Num primeiro momento não havia a busca de tornar esta ação do médico no hospital como uma ação positiva sobre a doença. Simplesmente havia a pretensão de anular os efeitos negativos que se haviam criado em torno dos hospitais, já que por receber pessoas das mais diversas, inclusive doentes, poderia tornar-se a causa de seus hóspedes espalharem doenças à população e causar desordens econômico-social. Os médicos (os de pior formação, segundo Foucault) passaram a comparecer para tratar os doentes que ali estavam. Este procedimento iniciou-se nos hospitais marítimos e militares, onde havia a necessidade de estabelecer uma disciplina como parte da técnica para controlar o tráfego de mercadorias e organizar o fluxo de trabalho das pessoas em determinado lugar.

Assim a medicina com seus mecanismos disciplinares de cuidados de higiene, junto com seu método de intervenção que neste tempo se dirigia sobre o meio, mais que ao doente, fará com que os hospitais se tornem lugares por excelência para uma ação terapêutica, organizando-os, técnica, administrativa e arquitetonicamente. Os hospitais tornaram-se assim um grande laboratório, já que

*não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber.*³ Assim que se chegará ao século XVIII marcando claramente que a formação de um médico deve passar pelo hospital.

3. Do discurso médico e do discurso da psicanálise

Considerando esses comentários iniciais, situando um pouco da história deste lugar que é o hospital, cabe perguntar-se como trabalha ali um psicanalista?

É importante considerar também que neste universo hospitalar, o discurso que organiza e determina a clínica médica, é um discurso que visa ao doente que ali se apresenta, ou seja, pretende sanar a doença.

Se estamos de acordo que, na clínica psicanalítica, nos dirigimos ao sujeito do inconsciente, como então intervir diante deste discurso?

A medicina e a psicanálise ingressaram neste obscuro mundo das doenças por uma porta comum: a função de enigma que estas propõem. Pode-se dizer que para ambos os campos as doenças representam um meio de ruptura, de descontinuidade na vida de um sujeito.

Para a medicina, seu compromisso está em sanar essa ruptura, supondo que há nisto uma homeostase a ser restituída ao homem. Já a psicanálise foi em busca de reconhecer nesta ruptura uma relação do sujeito com a verdade de seu desejo. A prática da psicanálise implica, portanto, um valor a ordem inconsciente como estruturador da posição do sujeito na vida. E, para a psicanálise, o universo que estrutura o sujeito é o universo da linguagem. Nosso instrumento de trabalho é o discurso. E o discurso é, antes de tudo, uma produção significativa (e não de significados) de um sujeito particular.

O homem da razão, inaugurado por Descartes, instala a ciência moderna que passa a considerar como verdade apenas o que tem causa evidente e possa ser intuído com clareza e precisão pela via do *cogito*. As perguntas sobre a existência, sobre a constituição do ser, que não considerem a certeza das evidências, ficaram excluídas do campo da ciência. Inaugura-se assim uma divisão entre saber e verdade. O sujeito da ciência produz um saber que está comprometido com a ordem da razão, nada mais querendo saber da verdade sobre o desejo do homem. Este será da alçada da filosofia, da religião, mas não será ciência.

³ Foucault. M. **Microfísica do Poder**. Edições Graal. Rio de Janeiro, RJ, 6 ed. 1986. (pg.110)

Deste modo, a ciência funda um sujeito do conhecimento, cuja marca principal deste discurso é que nada se esquece. Todo registro ganha um sentido que vai dizer quem é este ser. Baseando-se nas evidências do *cogito*, do pensamento, esvazia o sujeito de toda representação que não possa ser provada por via direta. O sujeito da ciência é o que mostra, o que se pode medir, objetivar.

Foi a psicanálise, especialmente com o ensino de Lacan, que levou em consideração que o homem, ao falar, diz mais e outra coisa do que aquilo que porta seu enunciado. Reconhece que se produzimos um saber é porque não temos como dizer a verdade (cabal) sobre o que quer que seja. O sujeito para a psicanálise é aquele que pode esquecer, aquele que não tem como dizer tudo sobre o seu ser e que por isso não tem acesso direto a sua verdade. Portanto, todo seu dizer será sempre um meio dizer, pois não há possibilidade de constituir um saber absoluto e inequívoco. Deste sujeito, a ciência nada quer saber e é deste sujeito elidido que a psicanálise vai se ocupar.

O valor aos lapsos, atos falhos, sonhos, enfim todas manifestações as que indicam que há uma outra verdade, particular, velada ao sujeito, pode e pede para ser decifrada. É sobre este sujeito excluído que opera a psicanálise. Daí que não podemos falar em indivíduo, já que esta palavra aponta para o indiviso, o que é inteiro; que não se divide.

Para a psicanálise, o homem é efeito de um discurso. Somos marcados por palavras e desejos que não nascem em nós autonomamente. Vem desde um Outro.

Então, enquanto a medicina trabalha com os dados abalizados vindo das experiências de observação e medição, que produzem um padrão que serve de referente a todos os casos e, a partir daí estabelece sua intervenção, a psicanálise trabalha com a leitura e a interpretação do que escuta no discurso do sujeito. Ou seja, de uma construção particular de cada situação vivida pelo sujeito, sem ter, *a priori*, uma teoria geral de qual é o bem para a vida de cada um.

Neste sentido, o método de trabalho do psicanalista, por assim dizer, não difere se está num consultório, ou dentro de um hospital. Em qualquer lugar, seu princípio será ler e interpretar o que escuta, sustentado nos fundamentos da teoria psicanalítica e na ética do bem dizer, para, daí, estabelecer suas intervenções.

Onde, então, reside a diferença de um psicanalista trabalhar em um hospital?

4. Dos significantes que ali circulam e da posição do sujeito da demanda

Tomemos estas três díades como eixos que estruturam o trabalho dentro deste universo que é o hospital:

- a) Conceção-morte;**
- b) Corpo-linguagem;**
- c) Doença-saúde;**

a) Conceção-morte

Sabemos que a medicina avançou com velocidade quando passou a aprender mais sobre o corpo morto, sobre o cadáver.

Na psicanálise, a morte também é a grande mestra, mas de qual morte se trata se, como nos ensinou Freud, no inconsciente não há registro da própria morte? Que morte nos faz questão sobre a vida?

Como regra, ninguém quer morrer. E, cientificamente falando, não há comprovação de vida após a morte. A vida termina quando o corpo morre. Nesse sentido, pode-se dizer que nada sabemos d'*A morte*. Por isso ela nos faz enigma e buscamos ludibriá-la. Em geral, queremos distância desta *desconhecida*. E todo o esforço da ciência vem sendo no sentido de prolongar a vida e dar mais tempo de existência.

Mas, poderíamos nos perguntar: sendo *A morte* uma *desconhecida*, porque haveríamos de temer o que não conhecemos? Logo, quando falamos e tememos a morte não será de outra coisa que falamos?

Podemos dizer então que *A morte* é, fundamentalmente um conceito que nos ajuda a viver.

b) Corpo-linguagem

Como seres de fala, somos marcados e sujeitados pela linguagem. E a aquisição da linguagem implica uma seleção e ordenação de sons e significantes que recebemos do Outro e vão constituindo, ao mesmo tempo em que limitando, nosso modo de expressar o que vivemos. E nessa construção de uma língua, uma língua particular, estará sempre presente uma precariedade no modo de dizer tudo o que queremos. Isto nos funda como sujeitados ao Outro e como desejantes, ou seja, como seres que estamos sempre em busca de uma melhor forma de dizer o que sentimos e pensamos, pois não há a forma definitiva de tudo dizer.

Vamos investindo de palavras tudo o que valorizamos na vida e quando perdemos, definitiva ou temporariamente, isto que investimos, seja uma pessoa, um trabalho, a saúde, somos invadidos por uma sensação de perda, de vazio, a qual, em última instância, leva o nome de morte. Daí dizermos que a representação que construímos da morte é a que vem pela falta, pela ausência, pela perda. Estas nos impõem reconhecer que somos um ser incompleto e dependente do que nos cerca.

Se, inicialmente, na vida, um bebê precisa estar como um objeto desejado pela mãe para que possa ser amado e cuidado, aos poucos, é função dessa mãe e do pai, dar-lhe recursos para que adquira um outro lugar, como sujeito de sua vida. Nesse processo, o sujeito irá constituir-se pela via de se colocar em posição demandante e, para isso, terá de separar-se dessa condição de suposta plenitude e satisfação que se encontra nos primórdios de sua existência. A perda deste lugar é o que lhe constitui como desejante. Mas no rastro que vai deixando ao seguir com sua vida, estará, sempre no horizonte, a espera de reencontrar-se com aquela condição, para sempre perdida, de suas primeiras experiências de satisfações. No melhor dos casos, construirá sua vida na busca de reencontrar um objeto idealizado, imaginariamente, suscetível de lhe preencher esta sua *falta-a-ser*. O mesmo efeito que vemos quando se coloca a cenoura na frente do burro.

Mais que ser satisfeita, essa demanda visa ao reconhecimento deste lugar do sujeito na relação com o desejo, ou seja: *Quem sou para o Outro? O que ele deseja em mim?* São questões fundamentais que estarão sempre presentes como subjacente na posição que o sujeito se coloca na vida na relação com os demais.

Além da linguagem, há um outro elemento fundamental para considerar nossa estruturação como sujeitos: o corpo.

Nosso corpo não é apenas um sistema orgânico de funcionamento. E, Freud foi quem identificou que o corpo é o lugar onde se organiza demanda e desejo, através do que chamou de pulsões, que é muito distinto do que sejam os instintos (fome, sede, reprodução) que visam à sobrevivência da espécie. As pulsões se situam entre o somático e o psíquico, no dizer de Freud, e organizam a vida de relação entre os humanos, marcando basicamente suas demandas e desejos de modo inconsciente. Parte dos representantes pulsionais irão se enlaçar, desde os objetos, às palavras.

b) **Doença-saúde**

Neste movimento de fazer-se reconhecido e amado pelo outro, muitas vezes até uma doença pode servir a seu propósito, já que restaurar a saúde, demanda um forte investimento de cuidado, que toma a representação de um ato de interesse e amor para com o sujeito.

De um modo geral, sempre que a existência da vida está ameaçada, ou seja, que a possibilidade de perder o bem maior que permite estar num lugar de importância e valor para o outro, toda sua posição como sujeito desejante está ameaçada. Sentir a iminência dessa perda aciona na estrutura do sujeito questões cruciais de sua existência.

Assim, o adoecimento é um momento paradoxal na vida de um sujeito. Se, de um lado, fragiliza e assusta, por colocar em jogo, tanto elementos do real, do imaginário e do simbólico, desconhecidos do sujeito, mas que tramitam em sua estrutura, pode também, desde a posição de doente, operar-se aí um caminho para restaurar uma posição desejante frente à demanda do Outro.

O adoecer do corpo pode implicar um momento em que, sentindo a vida ameaçada e em risco, o sujeito se crê desvalorizado frente a outros, e restituir a saúde é a forma de seguir sendo amado e valorizado, já que um homem sadio tem um valor social. Para isso, o doente se sujeita a ser paciente, e submete-se ao que o outro lhe determina, para recuperar seu bem maior: a saúde.

No entanto, outros elementos estruturais do real e do simbólico, presentes na condição de *estar doente*, exigirão um trabalho mais detido de escuta, já que boa parte das condições emocionais presentes no adoecer são inconscientes ao sujeito.

Trabalhar no universo hospitalar, desde a psicanálise, exige valorizar essas emanções da estrutura que se apresentarão por esta via do adoecimento do corpo e, por isso, é fundamental fazer o sujeito falar e dar lugar à subjetividade. Para isso, é importante uma pergunta sobre o sintoma que o levou a adoecer, mais além da falha do organismo. Construir um discurso sobre essa doença é também um caminho para a cura.

O hospital é uma instituição que visa à saúde. A díade **Doença-Saúde** está na ordem do dia de todas as ações que ali se fazem presentes. A palavra *saúde* nos leva de imediato a reconhecer nela o ideal do discurso médico, que se dirige não ao homem doente, mas ao homem são que ele deve ser. *Saúde* marca, então, não apenas o ideal médico, mas a obrigação a qual está preso desde seu compromisso com a ordem médica.

A medicina considera o homem como a soma das diversas partes que formam o sistema de funcionamento do organismo humano. Temos, então, que a mente é tomada no discurso médico como uma das partes do corpo e da preocupação de que também responda a uma *boa ordem*, fim último do discurso médico.

O fato é que quando nos ocupamos com a vida emocional de uma pessoa, logo descobrimos que seu funcionamento está longe de responder a mesma lógica presente no funcionamento do corpo orgânico.

A vida de cada pessoa é marcada por sua subjetividade, ou seja, o modo particular com que viveu sua experiência e isso se apresenta no modo singular de contar sua história. Logo, o homem não é um ser objetivo. Cada um tem um modo de ver a vida e essa particularidade também se faz presente no modo como relata seus sintomas. O momento da vida em que surge uma doença, não é casual, e tudo isso deve ser explorado para possibilitar uma conexão do sujeito com o que está, de forma inconsciente, produzindo efeitos na sua história, que podem ser paralisantes, se não, mortais. O homem é um ser histórico, e por isso valorizamos o modo como pode contar sua história. Nesse relato, vamos identificar o que lhe coloca numa condição de *sofredor* ou de adoecido. Há um saber que não está consciente para o sujeito e, por isso, desconhece o que lhe causa esse seu conflito que lhe pode estar na base de seu adoecimento.

A escuta do analista possibilita emergir estas verdades inconscientes presentes na fala de cada sujeito, já que é pela linguagem que podemos articular e dizer do valor que estas marcas, transmitidas de um modo particular a cada um.

A vida vai se constituindo para cada um de acordo com as experiências, boas e ruins, que vai tendo. Tal como alguns vírus que portamos e não se ativam se não sob determinadas circunstâncias, alguns conflitos emocionais também só se manifestam sob determinada conjuntura no decorrer da vida. O adoecer pode ser um desses momentos. Daí que nosso trabalho, dentro de um hospital, vai no sentido de que cada um possa identificar nessa manifestação que é sua doença, algo da sua subjetividade.

Finalizo com duas questões: o quê conta quando estamos diante de uma pessoa que vem falar de sua doença, do sofrimento de sua vida, que enfrenta uma situação de ruptura e perde seu rumo? De que modo é possível ajudá-lo a sair de uma determinada posição de paralisia diante do adoecer, possibilitando que retome a direção de sua vida, sem, para isso, estar numa posição de quem sabe o que é o melhor para o outro?

Em nosso campo não aprendemos sobre o corpo do outro, ou sobre o discurso do outro sem antes reconhecer, no próprio discurso, como somos afetados, desde primeiras as marcas que nos atravessam e fazem um limite.

Como suportar as faltas? Creio que todos aprenderam no texto de Freud que o sinônimo para morte é castração. Tomando isto como verdade, será na experiência da própria análise que se construirá um saber que possibilite esse enfrentamento com o limite que a morte apresenta. Um saber que não está nos livros, não pode ser ensinado. Ele é construído nesta relação onde há um suportando o lugar do não-saber (*a priori*), da não-resposta, possibilita ao sujeito que o novo possa emergir e ganhando forma em um dizer.

Daí dizer com Freud: *Si vis vitam, para mortem*.⁴

Referencias bibliográfica

Descartes, R. *Coleção: Os Pensadores*. Abril Cultural, São Paulo, SP, 1983.

Clavreul, J. *A ordem Médica – Poder e impotência do discurso médico*. Editora Brasiliense, São Paulo, SP, 1983.

Szpirko, J. *La clínica psicoanalítica ...con el correr de la ciencia*. Homo Sapiens Ediciones, Rosario, Argentina, 1995.

Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Edições Graal. Rio de Janeiro, RJ, 6 ed. 1986.

_____ *Doença mental e Psicologia*. Edições Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro, RJ, 1984.

_____ *O nascimento da Clínica*. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, RJ, 2ª ed, 1980.

Lacan, J. *O seminário, livro 7 – A ética da psicanálise*. Jorge Zahar Editores, Rio de Janeiro, RJ

_____ *A direção da cura e os caminhos de seu poder*. In: Os escritos, pág. 625.

⁴ *Se queres a vida, prepara-te para a morte*.

Freud, S. *Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte (1915)*. In: Obras completas de Sigmund Freud. Editorial Biblioteca Nueva, 4ed. Madrid. 1981.