

## Hospital e psicanálise: a atuação do psicólogo em um ambulatório de Pediatria

### *Hospital and psychoanalysis: the psychologist's performance in a pediatric outpatient clinic*

Michelle Menezes Wendling<sup>1</sup>  
Fernanda Barbosa dos Santos<sup>2</sup>  
Talita Barbosa da Silva<sup>3</sup>  
Amanda da Silva Moreira<sup>4</sup>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro/RJ

#### RESUMO

O objetivo deste trabalho é discutir a atuação do psicólogo residente que, orientado pela teoria psicanalítica, exerce sua prática no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. Para tanto, faremos uma breve leitura histórica do nascimento do hospital como instituição médica e das transformações propostas pelo SUS nesse tipo de dispositivo. Discutiremos a inserção da psicanálise nesse quadro, bem como traremos fragmentos clínicos de atendimentos com crianças. Interessa-nos abordar as contribuições e a singularidade da psicanálise na “prática entre vários” nos dispositivos do SUS. Neles, a dimensão ética da psicanálise torna-se também política e evidencia-se na sustentação dos vazios de saber como possibilidade de movimento, de novos discursos nas instituições.

**Palavras-chave:** ambulatório; atendimento a crianças; psicanálise; hospital.

---

<sup>1</sup> Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do Departamento de Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Docente e Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar (IP/HUPE) - E-mail: michelle.wendling.uerj@gmail.com.

<sup>2</sup> Especialista em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar (HUPE/UERJ). Graduada em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (UVA). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), bolsista - E-mail: fernandabarbosapsi@outlook.com.

<sup>3</sup> Especialista em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar (HUPE/UERJ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - E-mail: talita.psiuff@yahoo.com.br.

<sup>4</sup> Especialista em Psicologia Clínica Institucional - Modalidade Residência Hospitalar (HUPE/UERJ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF) - E-mail: amandamoreirapsi@gmail.com.

Agência de fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

**ABSTRACT**

This paper aims to discuss the practice of a resident psychologist, whose work is guided by psychoanalytic theory, who practices in the pediatric outpatient clinic of a university hospital. To that end, we will start with a brief historical review of the emergence of the hospital as a medical institution, and the changes proposed by the Brazilian National Health System (SUS) regarding this type of facility. We will discuss the integration of psychoanalysis into this framework, as well as introduce clinical fragments regarding children's care. We are interested in discussing the contributions and singularity of psychoanalysis as it relates to the "practice made up of many different parts" motto at the SUS facilities. At these facilities, the ethical dimension of psychoanalysis also becomes political, as is evidenced by the sustenance of gaps in knowledge as an opportunity for movement, and for new discourses in institutions.

**Keywords:** outpatient clinic, child care, psychoanalysis, hospital.

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) é um dos maiores complexos docentes assistenciais na área da saúde, sendo hoje referência numa série de especialidades e importante núcleo nacional de formação de profissionais. Assim, recebe pacientes de diferentes áreas do Rio de Janeiro. Como complexo docente assistencial, o HUPE oferece programas de especialização multiprofissional na modalidade de residência hospitalar de várias especialidades, dentre elas, a de pediatria. A atuação na especialidade da pediatria envolve os setores de ambulatório e enfermaria de pediatria, Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) e Núcleo Perinatal.

Este trabalho tem como ponto de partida as práticas de psicólogas residentes no ambulatório de pediatria, realizando atendimentos a crianças na Unidade Docente Assistencial de Pediatria (UDAPe) do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ sob supervisão de professora do Instituto de Psicologia – IP/UERJ.

O ambulatório de pediatria em destaque possui diferentes especialidades de atendimento que auxiliam no acompanhamento e desenvolvimento de crianças que necessitam de tratamento especializado. As psicólogas atuam em interconsultas e compõem equipes multiprofissionais de diferentes especialidades. Participam de equipes de trabalho nos ambulatórios

de Neurologia, Síndrome de Down, Genética e Follow-up. Além disso, realizam atendimentos e avaliações no ambulatório geral, para o qual são endereçadas demandas oriundas das diferentes especialidades presentes no ambulatório, sobretudo da medicina.

Nesse campo de práticas, as crianças aparecem primeiramente faladas pelos pais ou responsáveis. Com frequência, são relatadas situações de violência e conflitos ligados à separação dos pais. É constante também a presença de pedidos de ajuda para lidar com comportamentos considerados inadequados para as crianças. Sentenças como “ela não tem jeito”, “não sei mais o que fazer com ele” desafiam cotidianamente nossa atuação no setor. Os pais e os profissionais do setor trazem queixas que variam desde problemas escolares até questões clínicas graves e complexas, envolvendo síndromes e até psicoses. A presença do discurso médico atravessa tais pedidos e encaminhamentos. Seja pela presença de um caminho diagnóstico previamente apontado que, de certo modo, organiza as narrativas sobre determinadas situações de sofrimento, seja pelo apelo à cura dos sintomas, entendida muitas vezes como eliminação do mal que acomete as crianças. Interessa-nos a singularidade do posicionamento da psicanálise em face dessas demandas de atendimento.

Propomos abordar o nascimento do hospital como “máquina de cura” e as críticas à organização médica das instituições de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Situaremos algumas especificidades da psicanálise nesse contexto de prática “entre vários” (Rinaldi, 2015) das instituições públicas de saúde, destacando o lugar da criança e da infância nesse quadro. Faremos uso de fragmentos de atendimentos clínicos realizados no ambulatório pelas residentes a fim de articular essas discussões como cotidiano das práticas.

Nossa aposta de trabalho busca explorar as nuances da conjunção “e”, na articulação entre psicanálise e hospital, em destaque no título do artigo. “E” liga substantivos ao estabelecer relações de adição, oposição, consequência e inclusão. Não se trata, portanto, de uma relação, de uma junção, na qual psicanálise e hospital figuram numa conjuntura sem atritos, complementar,

mas, da construção do processo plural que concerne às práticas entre diferentes profissionais.

## **Sobre o Hospital**

Se falamos das diretrizes do SUS voltadas a propostas de atuação de não-médicos e diversidade nos tratamentos, pensamos que compreender relações entre psicologia, psicanálise e hospital exige um olhar atento às raízes e transformações da instituição hospitalar. Tal visada talvez nos ajude a compreender o SUS como um processo complexo e múltiplo, sujeito à convivência entre antigos modelos asilares e novas propostas. Faremos um breve percurso histórico em torno do surgimento do hospital como instituição médica, bem como em torno das críticas ao poder e à ordem médica relacionadas à criação do SUS.

No século XVIII, o hospital era um espaço de assistência, de separação e de exclusão dos pobres, além de espaço de salvação espiritual (Foucault, 1974/1996b). Leigos e religiosos buscavam assegurar conforto na passagem da vida à morte. Para o autor, o hospital e a medicina eram duas séries distintas: a medicina não era hospitalar, nem o hospital uma instituição médica.

A transformação do hospital em “máquina de curar” é um processo no qual a medicina assume um lugar preponderante na introdução de mecanismos disciplinares na instituição hospitalar. Surgidos por razões políticas e econômicas, tais mecanismos comportam a individualização do poder (disciplina) e preocupações com a saúde das populações (biopolítica). Assim foi consolidada, na Europa, entre o século XVIII e o século XIX, a nova função do hospital. Misto de instrumento terapêutico médico e local de formação/transmissão de saber científico no quadro de um sistema de registro permanente - identificação dos doentes, cálculo das entradas e saídas, mortes, diagnósticos (Foucault, 1974/1996b).

A clínica médica, em sua constituição, volta-se às manifestações do acontecimento patológico no meio hospitalar, aquele que reunirá as condições mais apropriadas para que a verdade da doença apareça na forma da repetição. Como meio neutro, ou seja, “homogêneo em todas as suas partes”,

o jogo entre modificações e repetições no hospital visa tornar possível integrar as doenças numa forma constante (Foucault, 1977). Com efeito, ao afastar o extrínseco, a clínica ocupa-se das comparações, das análises e tratamentos. Há ainda a função pedagógica da instituição hospitalar, inseparável de sua vocação científica. Ao reunir condições para que as doenças se apresentem repetidamente, trilha-se, ao mesmo tempo, o caminho para o conhecimento como ato de reconhecer. No hospital, pelo exercício constante de domínio do visível, o olhar, escuta e fala, ele ensina a ver no instante em que transcreve o visto (as manifestações da doença) no enunciável, traduzido para a linguagem científica (Foucault, 1977, p. 137).

Se havia uma espécie de campo aberto, registrado e totalizado pelo olhar clínico na chamada medicina dos sintomas, descrita acima, Foucault (1977) refere-se à anatomia patológica como nova apreensão da doença inseparável da fisiologia orgânica correspondente. Tal novidade, surgida na passagem do século XVIII ao século XIX, coincide com a consolidação do poder social e político da medicina. O olhar médico passa a recobrir qualquer outro saber, linguagem e experiência. Por meio de instrumentos como a epidemiologia, liga-se, de uma vez por todas, ao Estado liberal e passa a ditar “as normas para a sustentação da vida, da sociedade e da saúde”, por conhecer a verdade sobre as doenças, a cura e o bem-estar (Quintella, 2015, p. 6-7). O hospital é parte do conjunto de aparelhos disciplinares e biopolíticos da nova soberania que medicaliza a vida humana.

Os discursos críticos da medicina, surgidos na Europa a partir do final do século XIX, têm como foco justamente os efeitos do poder médico no campo social (Foucault, 1975/1996a). Algumas dessas críticas dedicaram-se a uma leitura política dos inúmeros dispositivos médicos e medicalizantes. Basaglia (1968/2010) voltou-se, sobretudo, ao hospital psiquiátrico. Na visão desse autor, se a psiquiatria põe o doente entre parênteses é porque os diagnósticos psicopatológicos e as classificações em síndromes têm o poder de defendê-la “do doente e da problematidade de sua presença” (p. 124). Para ele, tais mecanismos carregam um juízo de valor, um etiquetamento que é instrumento social de violência e de exclusão. Desse modo, a psiquiatria sanciona aquilo

que a sociedade já segregou ao condenar o doente a uma posição aproblemática, passiva, condenado ao espaço reservado a ele, o hospício, “espaço de uma só dimensão” (Basaglia, 1968/2010, p. 126). Para ele, é preciso tratar a questão da loucura como ponto crucial de crítica e transformação social.

Ao nos voltarmos ao Brasil, o processo de implementação do SUS toca, justamente, uma série de debates, de ações e de movimentos voltados à democracia e à cidadania no país, iniciados entre as décadas de 1970 e 1980. Destacamos o movimento da Reforma Sanitária, fundamental para que a saúde fosse reconhecida como direito e obrigação de garantia pelo poder público na Constituição de 1988 (Paim, 2009). Tal garantia é aqui inseparável de políticas econômicas e sociais como promotoras de saúde: acesso à cultura, distribuição de riquezas, emprego, moradia, lazer, segurança pública. Do mesmo modo, a Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada nas experiências das Comunidades Terapêuticas, da Psicoterapia Institucional e da Reforma Democrática Italiana, foi crucial para a criação de novos dispositivos de tratamento no SUS. O processo de substituição dos manicômios e implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passaram a oferecer múltiplos cuidados extra-hospitalares. Estratégias como o Projeto Terapêutico Singular multiplicaram as possibilidades de cuidado e deslocaram a centralidade do modelo medicalizante e hospitalar, cujo foco era a internação. Aposta-se num sujeito capaz de cuidar de sua saúde no território, incluído no desenho de ações possíveis que façam sentido para ele (Saad, 2015). Nesse quadro, o Movimento da Luta Antimanicomial continua essencial para que a sociedade se veja como parte dessas transformações. É preciso discutir continuamente nossas relações com a loucura e nos implicar - usuários, familiares, profissionais, comunidade - na construção de “dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial” (Tenório, 2002, p. 35).

Se essas novas estratégias e dispositivos potencializaram a descentralização dos cuidados em profissionais médicos e dispositivos hospitalares, não somente no âmbito da saúde mental, é preciso atentar para o

papel dos hospitais nessa rede. Os hospitais concentram serviços de média e alta complexidade e respondem por um volume importante de recursos consumidos. Com a importância crescente da atenção primária como organizadora do fluxo de serviços, ele perde sua função central e passa a ser apenas mais um componente da rede de serviços. Ele “amplia o seu horizonte de atuação”, ao atuar junto à rede, o que tem produzido efeitos de deslocamento de um ponto de vista que privilegia a doença (Wanderley, 2011, p. 11). Nele há equipes multiprofissionais e cuidados não necessariamente ligados à internação.

Um dos desafios para os hospitais é “exercer a prática cooperativa”, já que sua organização ainda é marcada por uma “departamentalização/fragmentação excessiva” (Wanderley, 2011, p. 11) e pela impermeabilidade a mudanças, tanto do ponto de vista das práticas profissionais cotidianas, quanto no que diz respeito ao modo de gestão (Pasche, 2011). A Política Nacional de Humanização voltada ao hospital é uma das estratégias que visa intervir nessas dificuldades. Destacamos aqui um aspecto apontado por Pasche (2011) quanto a essas políticas: é preciso distanciá-las dos sentidos de benevolência e interação harmoniosa, usualmente associados à “humanização”. Humanizar as práticas de gestão, de trabalho e de cuidado baseia-se, para o autor, na ética da inclusão das pessoas, reconhecidas como diversas. Essa inclusão dos sujeitos nos processos de negociação e diálogo produz estranhamento, perturba o cotidiano do trabalho. Daí ser essencial que ela seja fundamentada nas premissas democráticas presentes no processo de construção do SUS, como a participação cidadã, o direito à saúde, a universalidade e a equidade de acesso (Pasche, 2011).

### **Ordem Médica, Psicanálise e Criança**

Ao levarmos em conta a breve discussão realizada no tópico anterior acerca do SUS, como poderíamos situar a psicanálise no campo de práticas a princípio baseadas nas diretrizes de cuidado destacadas acima? Como

poderíamos situar o atendimento à criança nesses dispositivos numa perspectiva psicanalítica?

Uma possível chave de leitura para nos ajudar a situar uma perspectiva psicanalítica de trabalho nos dispositivos do SUS seria acompanhar a perspectiva da chamada ordem médica, delineada por Clavreul (1983), a partir das lições lacanianas sobre o discurso. Definido como uma estrutura, a partir da linguagem como instrumento, como produtora de laços sociais, o discurso instaura certas relações estáveis. No discurso, sem palavras, os elementos fundamentais constituintes de todo discurso, significante mestre (S1), saber (S2), *a* (mais-de-gozar), sujeito barrado (\$), se distribuem e circulam, ocupando posições de agente (o que organiza o discurso), de outro (a quem ele se dirige), de verdade, e de produção (qual é o produto do discurso?) (Lacan 1969-1970/1992). A ordem médica se aproxima do que foi definido como discurso do mestre. Nesse tipo de discurso, o mestre é cego, ele insiste em querer ser seu próprio significante e refere-se ao sujeito interditando-o da relação com o objeto *a* (causa de desejo).

Clavreul definiu a ordem médica como autorizada por si mesma. Ela funciona como um imperativo, não precisa ser defendida, demonstrada, em nome da vida (Clavreul, 1983). Com efeito, essa ordem parte de um lugar vazio, ao colocar em marcha um enunciado puro, sem sujeito. Isso porque, o sujeito é submetido a uma redução: ele interessa como doente e de sua fala recolhe-se aquilo que contribui para a cura, em nome de um sujeito ideal, permeado pela saúde como futuro. Desse modo, a operação da ordem médica dá estatuto científico à doença e a submete ao ideal do anonimato: nela, a subjetividade do doente e do médico é excluída. Como funcionário anônimo dessa ordem que precisa ser cumprida, manifesta, por exemplo, no conjunto de diagnósticos e prescrições, o médico deve ser obedecido, para o nosso bem. Tais aspectos caracterizam, para Coutinho Jorge (1983), “a função silenciadora do discurso médico” ao abolir tudo aquilo que não pode se inscrever nele (p. 4). No entanto, o excluído pela ordem médica faz seu trabalho.

Dissemos acima que a medicina adquire estatuto de autoridade política e social entre o final do século XVIII e do século XIX. Convocada a

esquadrinhar o detalhe mais íntimo da vida dos sujeitos, ela também deve se ocupar da subjetividade. Encontramos um exemplo disso nas ressonâncias entre o nascimento da loucura como doença mental e o processo de instauração do hospital como locus médico. A psicanálise entra em cena como um dos discursos de contestação desse saber Todo. Diante da histeria, oferece escuta e lê as relações médico-paciente pela via da transferência. Vê nessa patologia uma denúncia da impotência do saber médico. Ele nada sabe sobre o corpo histórico, não passível de ser curado e conhecido, exigindo algo novo, não inscrito no universo científico. A proliferação da fala e o não saber como abertura à singularidade do sujeito são o novo da psicanálise (Quintella, 2015).

Se a relação da histeria com a medicina coloca a céu aberto a impotência desse saber específico, a ideia de discurso nos ajuda a entender essa operação de esvaziamento do sujeito como não exclusiva da medicina e atuando de modo generalizado quando se trata de ciência. Com efeito, o “você não tem nada” dito à histérica pelo médico e o “essa criança não tem jeito” trazido pelos pais (ou responsáveis) como queixa, parecem apontar para uma submissão da pluralidade de sentidos da língua a um único código, a um sentido unívoco, seja da ordem médica, seja do ponto de vista da maturação e do bom comportamento quando se trata de lidar com a infância. Essas sentenças tocam o sujeito como excluído pela ciência, compreendido pelo viés da cura, pelos ideais universalizantes e normalizadores. É com o material daquilo que não funciona, não se adequa, que a psicanálise trabalha.

Sabemos que a criança e a infância são também objetos privilegiados de intervenção da ciência. Não somente como foco dos saberes médicos e pedagógicos, mas como objeto da psicologia. No SUS, Lara, Guareschi e Hüning (2012) apontam a importância da participação das ciências humanas nos processos de produção de saúde (tecnologias, formas de cuidado, prevenção e manutenção), para inserir a crianças num conjunto de ações específicas do Estado, as quais possuem como principal meta a diminuição da mortalidade infantil. Tais ações, com ajuda da ciência, indicam uma concepção da infância como “fase do desenvolvimento humano com características delimitadas e claras” (Lara, Guareschi e Hüning 2012, p. 400). Os autores

sinalizam que é preciso atentar para as práticas produzidas nessa vinculação. A delimitação da infância como fase específica da vida, merecedora de cuidados especiais, produz um modelo de sujeito criança. Além disso, tende a referir-se à inscrição desses sujeitos como cidadãos e sujeitos saudáveis como submetida à incorporação cotidiana do passo a passo vinculado a políticas públicas.

A psicanálise é também convocada a dizer o que fazer, a apontar o caminho para a boa saúde, para o bom comportamento. No entanto, ela tem como matéria o que sobra da exclusão do sujeito quando reduzirmos a pluralidade das línguas a um único código válido. A ideia do perverso polimorfo e a impossibilidade de submeter completamente as pulsões ao registro da genitalidade, permeada pelos ideais de maturação adulta a que são submetidas as crianças é uma das contribuições de Freud (1905/1982). Do mesmo modo, Lacan (1959-1960/1988), ao retomar o mal-estar e a falta de garantias “no micro e no macrocosmo”, lembra-nos do sujeito do inconsciente. Para ele, a psicanálise não apresenta solução, não responde aos pedidos de sutura. Ela prefere a pluralidade de articulações nas quais o desejo se inscreve, sempresingular.

### **Clínica: Psicologia, Psicanálise e Hospital**

Ao retomarmos o campo de práticas em destaque neste texto, as psicólogas atuantes nas interconsultas realizam atendimento junto aos médicos do ambulatório específico. Em algumas das equipes, outros profissionais também estão presentes, como especializandos e internos de medicina, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Deste modo, as psicólogas aí inseridas acolhem e acompanham a criança no processo de tratamento, desde a primeira consulta. Aqui, a escuta se presentifica a cada vez e dela participa também um trabalho de articulação entre diferentes profissionais. Os casos mais complexos são encaminhados para o ambulatório geral, onde o residente de psicologia oferece uma escuta individual. As demandas encaminhadas diretamente para a psicologia no ambulatório geral, vêm de diferentes especialidades, depois de uma avaliação médica, na qual esses profissionais

apontam a necessidade de avaliação/acompanhamento psicológico. Falaremos a seguir de algumas das especificidades da escuta psicanalítica de dois casos atendidos pela psicologia.

### *O Caso Bruna: Diagnóstico na Infância*

Bruna, onze anos, chega à psicologia depois de diversos encaminhamentos de outros especialistas do HUPE. Em sua história, a questão diagnóstica aparece desde os dois anos de idade. Inicialmente, Bruna era atendida regularmente na pediatria e, a partir do segundo ano de vida, começou a ser acompanhada pela neurologia, por apresentar episódios de convulsão. Com o passar dos anos, e, devido ao “comportamento inadequado”, diferente das outras crianças, Bruna é encaminhada da neurologia para avaliação na psiquiatria infantil do hospital.

Na avaliação da psiquiatria, Bruna teria o diagnóstico de TOD (Transtorno Opositivo-Desafiador), devido ao comportamento inquieto em casa e na escola, bem como por sua dificuldade de dormir. Na avaliação da psiquiatria, não houve necessidade de acompanhamento, mas o indicativo de continuidade do acompanhamento pela neurologia, para administração da dieta medicamentosa. Embora as convulsões de Bruna tenham cessado aos cinco anos de idade, faz-se necessário tal administração da medicação. Além da indicação de acompanhamento com a neurologia, a psiquiatria indica também necessidade de acompanhamento regular da psicologia.

No entanto, é somente aos dez anos de idade que Bruna inicia tratamento com a psicologia. Na primeira entrevista com a mãe, esta relata o comportamento agitado de Bruna desde muito cedo, por volta dos quatro anos de idade. Segundo a mãe, quando ela não faz o que a filha deseja, Bruna esperneia, chora, grita e muitas vezes a morde, mostrando seus braços marcados pelas mordidas da menina. Nestas situações, a mãe relata que bate na filha por não saber o que fazer. De acordo com a mãe, as coisas teriam piorado após o afastamento do pai, que teria ido embora sem deixar paradeiro depois que a mãe de Bruna acionou a justiça por pensão alimentícia.

No primeiro atendimento com Bruna, a mãe tenta segurar a filha que, neste momento, grita e sacode as pernas para não entrar na sala. Depois de manejo da situação, com diálogo que se estabeleceu ainda na porta, Bruna pega seus exames de urina e fezes e os coloca em cima da mesa da sala de atendimento. Ao entrar na sala, Bruna fala que não tem nada para dizer. Todas as perguntas que a psicóloga dirige a ela são respondidas do mesmo modo: com um “não sei” ou “pergunte para a minha mãe”. Quando a psicóloga surpreende Bruna, com a resposta “não é ela quem está aqui, e sim você”, é a menina quem pergunta. Quer saber qual profissional era a residente, diferente de tantos outros por quem já passou.

Na avaliação da psiquiatria, não seria necessário acompanhamento regular em decorrência da idade. Além disso, o acompanhamento da neurologia já tornava possível a administração da medicação necessária: “anticonvulsivante e benzodiazepínico”. No entanto, houve indicação diagnóstica de TOD. Na avaliação da neurologia, e pelas respostas à medicação realizada, somadas à impulsividade e à agressividade nos diversos espaços, falta de concentração e agitação psicomotora, tratava-se de “bipolaridade”, segundo diagnóstico que aparece na história de Bruna. Com qual tipo de “parecer/avaliação” poderia a psicologia contribuir em face das duas indicações vindas dos médicos especialistas?

Neste caso, pudemos observar a prevalência da prática fundamentada nos fenômenos, muitas vezes classificados por conjunto de elementos que apontam para um diagnóstico psiquiátrico. Vale lembrar, estes diagnósticos podem ser facilmente encontrados em manuais de semiologia psiquiátrica, de ordem descritiva. Busca-se compreender os sinais e sintomas, classificá-los e, em seguida, propor um tratamento que os faça reduzir ou cessar. Neste caso, o comportamento de Bruna salta aos olhos dos próprios especialistas. Mesmo com medicação psiquiátrica, não conseguiram reduzir seus sintomas.

A psicanálise escuta os significantes para além dos comportamentos manifestos, não se atendo à remissão estrita e imediata dos sintomas, ainda que sejam causa de sofrimento para o sujeito. Alberti e Fulco (2005) ressaltam que cada campo do conhecimento traça explicações de acordo com seu

referencial teórico, mas o que se verifica na multidisciplinaridade numa equipe de saúde, na qual coexistem psicanálise, neurologia, psiquiatria e neurociências, é a necessidade de sempre lembrar, a cada vez, que a particularidade da clínica psicanalítica é a de fazer valer sempre o sujeito.

No caso de Bruna, no decorrer dos atendimentos, foi possível verificar alguns ganhos, principalmente na relação com a mãe. Após um ano de acompanhamento regular, Bruna tem menos agitação, os relatos de mordidas reduziram e seu desempenho na escola melhorou. Em recente conversa com a neurologia, foi discutida a mudança de medicação de Bruna e indicação de encaminhamento para a saúde mental, CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infantil). De acordo com a neurologia, depois da alteração da droga medicamentosa (antes anticonvulsivante, agora neuroléptico), Bruna tem indicação diagnóstica de “bipolaridade”.

Nos atendimentos, Bruna brinca e desenha. Disse recentemente à psicóloga que tem segredos, mas, fala que não os pode revelar. Assim, é pertinente lembrar da especificidade da escuta ofertada à menina por meio da presença do psicólogo no hospital entre outros saberes. É uma escuta atenta ao movimento dos diagnósticos, à qual interessa não fazer par com tais nomeações dadas, mas a proliferação da fala do paciente e seus efeitos. Ainda não é possível saber os segredos aos quais Bruna se refere, porém, seu lugar vem sendo construído desde o primeiro encontro. Nos atendimentos com a psicologia, não cabe decifrar finalmente a verdade sobre a inadequação da menina, mas tocar, com ela, os segredos, pelas bordas.

### *Gustavo, um Corpo que Agita*

Gustavo, atendido desde julho de 2017, foi encaminhado por uma psicóloga que havia terminado o curso de residência no Hospital Pedro Ernesto. O menino recebeu o diagnóstico de epilepsia temporal bilateral e atraso do desenvolvimento.

A epilepsia é um distúrbio cerebral causado pela predisposição permanente do cérebro em gerar crises epilépticas espontâneas, recorrentes, acompanhadas de consequências neurobiológicas, cognitivas e sociais. As

crises epilépticas são definidas como manifestações clínicas que refletem disfunção temporária de um conjunto de neurônios. Dependendo da localização, as crises podem ser focais, ou seja, com início em uma região restrita do encéfalo, ou generalizada, quando as descargas se originam concomitantemente nos dois hemisférios, como é o caso de Gustavo (Fernandes, 2013).

Além da psicologia, a criança também é atendida pela psiquiatria, neurologia e fonoaudiologia do HUPE. Na psiquiatria, pela agitação psicomotora; na neurologia, pelo diagnóstico que recebeu de epilepsia temporal bilateral e atraso do desenvolvimento; e na fonoaudiologia, pelo comprometimento cognitivo quanto à fala. Segundo informações do prontuário, Gustavo começou a andar com 2 anos e 2 meses e a falar com 4 anos.

Os pais da criança são separados. A mãe de Gustavo, Juliana, é universitária e reside com a avó materna da criança, Antônia. Segundo a avó, a mãe não se mostra investida nos cuidados de Gustavo. Os poucos relatos que Gustavo faz sobre a mãe biológica se restringem a saídas ocasionais em família. Certa vez, quando a psicóloga convidou a mãe e avó para uma conversa, Antônia compareceu sozinha e explicou que Juliana lhe perguntou: “mãe, eu tenho que ir mesmo?” (sic).

O pai pouco vê o filho na casa da avó e, conforme a avó, justifica sua ausência com a frase “preciso trabalhar”. A avó é responsável pelos cuidados com a criança, mas fala da sobrecarga de atribuições. Lamenta ter deixado de investir em sua carreira de profissional de saúde. Seus conhecimentos nessa área teriam ajudado a perceber as dificuldades de Gustavo para realizar alguns movimentos, como “andar de costas”.

Durante as primeiras sessões, Gustavo chamava a residente para preparar comida nas “panelinhas” e receber seus convidados, pessoas da família. Lavava repetidas vezes pratos e outros objetos para que ficassem bem limpos após o almoço. Algum tempo depois, convida a psicóloga para sair da sala. Em seguida, começava a gritar e correr pelo corredor do ambulatório. Comportamento que desaponta Antônia: “Ele não pára quieto. É assim o dia todo. Já está tomando três medicações. Não há remédio que dê conta”. A

agitação de Gustavo é algo que precisa ser contido. Nesse sentido, uma visão médico-científica considera o excesso de atividade e a falta de atenção indicadores psicopatológicos de um corpo que precisa ser tratado (Lacet, 2014).

Em outros momentos, a “agitação” de Gustavo também aparece no caminho para a sala de recepção. Ele beija, abraça e aperta as crianças que ali estão. Quando isso ocorre, a avó o afasta e diz: “Eu já lhe disse que você não pode fazer isso”. No entanto, isso não cessava de se repetir. Em um atendimento ocasional com outra criança, Gustavo a abraçou por detrás. A psicóloga entrevistou por perceber o incômodo gerado no outro paciente. Além disso, era possível perceber também em algumas expressões e toques de Gustavo sua sexualidade direcionada à psicóloga.

Antônia traz algumas dificuldades do neto na escola. Gustavo não sabe ler e a avó teme que ele se torne um “analfabeto funcional”, assim como seu filho. O tio de Gustavo também foi criado pela avó. Antônia “não aguenta mais receber reclamações da escola sobre o comportamento do neto”. Certa vez, ela contou que ele teria rasgado o caderno escolar após uma atividade demandada pela escola. Tratava-se de uma tarefa que ele não teria condições de fazer. Ela enfatizou: “como ele iria fazer aquela lição se não sabe ler?”.

Se o desejo da escola e da família é silenciar a agitação da criança, parecem buscar uma resposta objetiva que justifique a presença de tais atitudes: um transtorno neurobiológico ou, recentemente, uma suspeita de uma síndrome genética. É preciso escutar essa “agitação”, esses “comportamentos inadequados”, como linguagem singular. Ela nos conta sobre a posição da criança na trama mãe-pai-avó-tio e, sem normalizar a criança, sem dizer como adequá-la, a psicanálise dá lugar ao sujeito e seu desejo.

## **Considerações Finais**

O hospital de que trata este texto é um hospital do SUS. Há equipes multiprofissionais, trabalho em interconsultas, grupos com função terapêutica. Não se pode esquecer que esse modelo de atenção é inseparável de críticas aos limites da ordem médica e ao “hospital tradicional”. Questionamentos que

colocaram em pauta as condições sociais, políticas, econômicas e subjetivas como inseparáveis dos tratamentos de saúde. Nesse contexto, permeado pela pluralidade de orientações, a psicanálise está lançada numa “prática entre vários” e depende dela para operar nesses serviços. Com efeito, tal pluralidade, presente na concepção e na instituição dos dispositivos do SUS, exige uma permanente reflexão sobre os impasses do campo e sobre os modos de sustentação desses novos serviços e das práticas clínicas envolvidas no cotidiano da rede (Rinaldi, 2015). Aqui, é a dimensão política da psicanálise que está em jogo.

Se, por um lado, o diagnóstico parece ter uma função “mágica” em alguns casos (por nomear, podendo apaziguar um sofrimento), por outro lado, prerrogativas de tratamento como “reinserção social” e “reabilitação psicossocial” podem também ocupar a função de imperativos. Falamos acima da produção do sujeito criança com auxílio da ciência, mas igualmente a partir dos ditames vinculados a políticas públicas, que delineiam padrões de desempenho para cada idade e as práticas mais apropriadas para um desenvolvimento saudável (Lara et al., 2012, p. 408). Há uma multiplicidade de elementos que podem ser institucionalizados, engessando as práticas no cotidiano dos serviços (Rinaldi, 2015). Vimos, nos dois fragmentos clínicos trazidos acima, que o “não saber o que fazer”, os impasses clínicos envolvidos na ausência de resposta à medicação e na escolha do diagnóstico, é matéria para a psicanálise. Ao ver os sintomas como parte de um trilhamento singular do sujeito, não é nosso objetivo eliminá-lo. A psicanálise opera ao dar lugar ao sujeito e ao que lhe diz respeito, como suas formações sintomáticas. Nesse sentido, a escuta remete ao caso a caso, à sustentação da palavra e da diferença do sujeito (Rinaldi, 2015).

Do mesmo modo, para a psicanálise, a dimensão real que perpassa as relações da equipe na lida com os pacientes/usuários, encarnadas nas situações de “não saber o que fazer”, não é algo que precise ou possa ser neutralizado ou apaziguado sob o apelo às respostas normativas, não raro nas práticas clínicas institucionais. Para Rinaldi (2015), a psicanálise trata esses impasses, furos no saber, como abertura para deslocamentos discursivos e

elaborações de novos saberes. Eles evidenciam o saber inconsciente como fora das técnicas: ele está do lado do sujeito. Com efeito, é justamente nos vazios de saber que a psicanálise sustenta sua função e, ao dar lugar ao sujeito, permite circular entre os discursos a impotência do saber.

A singularidade da psicanálise na rede de serviços do SUS se evidencia em sua dimensão ética (sujeito e desejo como cernes do trabalho) tomada como política ao sustentar no “entre vários” os vazios de saber como possibilidade de movimento, de novos discursos nas instituições. Laurent (2007) usa o termo “analista cidadão” para falar da psicanálise na sociedade hoje. Ele se refere à prática da desidentificação apropriada num certo “ideal de marginalização social da análise”, estar além de todos os ideais, propagaria uma postura de apagamento do analista (p. 142-143). Ao entender que “há uma comunhão de interesses entre o discurso analítico e a democracia”, os analistas teriam que passar à posição de “analista cidadão” (p. 143). Eles continuam escutando o sujeito num momento em que “é muito mais rápido preencher prontuários” (p. 144). Seria preciso escutar e também habitar ativamente os espaços discursivos impregnados de universais com um dizer silencioso: utilidade (por que não?) da transmissão da particularidade.

## Referências

- Alberti, S. & Fulco, A. P. (2005) Um estudo, uma denúncia e uma proposta: a psicanálise na interlocução com outros saberes em saúde mental, como avanço do conhecimento sobre o sofrimento psíquico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 721-737. Recuperado em 06 de outubro, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142005000400721&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000400721&lng=en&nrm=iso)
- Basaglia, F. (2010). As instituições da violência. In Amarante, P. (Org.), *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (pp. 91-131). Rio de Janeiro: Garamond. (Trabalho original de 1968).
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Coutinho Jorge, M. A. (1983). Apresentação da edição brasileira: discurso médico e discurso psicanalítico. In J. Clavreul, *A ordem médica: poder e*

*impotência do discurso médico* (J. Noujaim, M. A. Coutinho Jorge, P. da Silveira, trad., pp. 4-14). São Paulo: Brasiliense.

Fernandes, M. J. (2013). Epilepsia do lobo temporal: mecanismos e perspectivas. *Estudos Avançados*, 27(77). Recuperado em 20 de novembro, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000100007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000100007&lng=pt&tlng=pt)

Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1996a). A casa dos loucos. In R. Machado (Org.), *Microfísica do poder* (R. Machado trad. pp. 113-128). Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original de 1975).

Foucault, M. (1996b). O nascimento do hospital. In Machado, R. (Org.), *Microfísica do poder* (R. Machado trad. pp. 99-111). (Trabalho original de 1974).

Freud, S. (1982). Tres ensayos de teoría sexual. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (J. Etcheverry trad., V. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabalho original de 1905).

Lacan, J. (1988). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar (Seminário proferido em 1959-1960).

Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar (Seminário proferido em 1969-1970).

Lacet, C. (2014) *A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Recuperado em 20 de novembro, 2018, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-03122014-150050/pt-br.php>

Lara, L., Guareschi, N. M., Hüning, S. M. (2012). Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(2), 395-415.

Laurent, E. (2007). O analista cidadão. In E. Laurent, *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. (V. Ribeiro trad., pp. 141-150). Rio de Janeiro: Contra Capa.

Paim, J. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Pasche, D. (2011). Pistas metodológicas para se avançar na humanização dos hospitais no Brasil. In E. Passos (Org.), *Cadernos HumanizaSUS* (v. 3, pp. 30-49). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 de outubro, 2018, de

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizaus\\_atencao\\_hospitalar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf)

- Quintella, R. (2015). Do primado do olhar ao primado da escuta: o declínio do pai e o corte epistemológico freudiano. *Clínica & Cultura*Online, 4(1). Recuperado em 20 de outubro, 2018, de <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/view/3044>
- Rinaldi, D. (2015). Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*Online, 20(2). Recuperado em 15 maio, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200315&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200315&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Saad, A. C. (2015). Transformação social singular? O psicanalista e seus (des)caminhos na saúde pública. *A peste*, 7(2), 17-35.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* Online, 9(1). Recuperado em 10 de junho, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Wanderley, K. (2011). Atenção hospitalar em rede. In E. Passos (Org.), *Cadernos HumanizaSUS* (v. 3, pp. 10-15). Brasília: Ministério da Saúde.