

O PSICANALISTA NO HOSPITAL GERAL ¹

Abram Eksterman ²

1. Psicanálise e prática médica

Vou limitar minha contribuição ao tema “Participação do psicanalista no Hospital Geral e Psiquiátrico” a um esboço, ao qual me permitirei acrescentar algumas considerações teóricas de minha prática em hospitais gerais, experiência que se estende sem interrupção por vinte anos no Hospital Geral da Santa Casa do Rio de Janeiro, e também no Hospital Universitário da U.F.R.J., na Ilha do Fundão, desde que foi inaugurado há dois anos. Devo esclarecer que minha participação sempre foi a do psiquiatra incluído na equipe clínica, mas que, por interesses pessoais e movido por incoercível curiosidade científica, abriu mão dessas atribuições especializadas para se dedicar ao estudo da enfermidade em função da biografia do doente e da dinâmica da relação médico-paciente. Com esse propósito, fundei em 1962 um setor de Medicina Psicossomática e logo a seguir integrei-o ao trabalho desenvolvido por Danilo Perestrello, no mesmo hospital. Formalmente, minha participação como psicanalista data de minha titulação, em 1971.

Não cabe aqui uma discussão pormenorizada das bases teóricas de nosso trabalho, mas vale assinalar os autores que lhe tem assegurado solidez conceitual. A influência mais destacada é a derivada de Danilo Perestrello, com quem tenho convivido há longos anos. É até responsável por toda uma geração de psicanalistas integrados ao hospital geral. Consistenciou suas idéias no livro “A Medicina da Pessoa”, no qual propõe uma prática médica voltada para o doente como um todo, todo apreendido através dos significados históricos do paciente em relação com o médico. À percepção do doente através da ótica diagnóstica de quadros sindrômicos e enfermidades, acrescenta-se a dimensão do ouvir – ouvir a história do doente – com o que a “patografia”³ adquire sentido. Na origem dessa contribuição está a própria essência do trabalho psicanalítico: preencher de significado as lacunas mnêmicas, ou seja, reconstruir a história, e reestruturar a experiência afetiva no campo transferencial e contratransferencial. Segue-se-lhe o trabalho do grupo liderado por Michael Balint, quem se dispôs a desenvolver uma psicoterapia psicanalítica na prática médica geral a

¹ Relatório oficial da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro ao 8º Congresso Brasileiro de Psicanálise; Rio de Janeiro, junho de 1980.

² Psicanalista com funções didática da S.B.P.R.J.; professor de Psicologia Médica das Faculdades de Medicina da U.F.R.J. e Souza Marques; Chefe do Centro de Medicina Psicossomática, no Hospital Geral da Santa Casa, R.J.

³ descrição da doença

partir do estudo dinâmico, em grupo, da relação médico-paciente, atividade que em sua homenagem passou a ser conhecida como “grupos Balint”. Aqui também se encontra o grupo GEPEM de Buenos Aires (Grupo de Estudios y Perspectivas Médicas) liderado por Isaac Leon Luchina, inspirado no trabalho de Balint, que, de forma independente, passou a investigar a relação médico-paciente. Alvitram uma forma de psicanálise dos pares comprometidos nas relações estabilizadas pela neurose. Para a prática médico-geral propuseram uma ação psicológica bastante fecunda em conseqüências, a qual denominaram inter-consulta e que consiste na terapêutica da relação médico-paciente, deformada pelos interesses irracionais dos personagens envolvidos. Finalmente, Pierre-Bernard Schneider, de Lausanne, quem desenvolveu o ensino de Psicologia Médica centrado na relação médico-paciente e Michel Sapir, em Paris, com seus grupos Balint para a educação médica continuada. Um exemplo a destacar, o de José Fernandes Pontes, eminente gastroenterologista de São Paulo, professor de Clínica Médica, que apesar de há anos em análise pessoal e de já ter figurado como candidato da Sociedade de São Paulo, jamais deixou de ser clínico. Esse exemplo de um médico que se deixou perpassar pela psicanálise impregnando sua prática clínica, do mais alto nível, com as noções de inconsciente dinâmico, é o elo que faltava para tornar possível uma estrutura aparentemente utópica: a psicanálise como substrato de uma atividade médico assistencial.

Essa convivência com a prática médica no Hospital Geral – e que em mim consolidou sobretudo minha identidade de médico – desfez algumas dúvidas conceituais, motivo polêmico para um grande número de dissertações psicanalíticas. Vale determo-nos em alguns aspectos relevantes levantados por esses trabalhos. Como ponto de partida, não vejo prejuízo conceitual em se considerar a psicanálise clínica dentro do âmbito de uma prática médica. Nossa fidelidade a Freud não nos obriga a partilhar com ele o horror que tinha em ver a Psicanálise como um ramo subsidiário da Medicina. Prática médica está hoje identificada com o conceito de assistência à saúde, cujas atribuições incluem grande número de profissionais. Nenhum ato médico está, hoje em dia, completo sem o comprometimento de um grupo assistencial interdisciplinar. Parece-me, portanto, irrelevante e imprópria a discussão em torno das diferenças entre o que o médico e o psicanalista fazem. Ambos são profissionais da saúde com instrumentos terapêuticos diferentes, o que é óbvio nas atuações terapêuticas das especialidades médicas. Ambos, psicanalista e médico, partem dos mesmos fatos, ou das mesmas realidades operativas: a existência do sofrimento; a necessidade do estabelecimento de um vínculo terapêutico; a caracterização do sofrimento; a delimitação da ação profissional; a promessa explícita ou tácita de que o sofrimento pode ser aliviado, superado, modificado ou curado; a instauração de um plano terapêutico e com isso a fixação de obrigações dos participantes, desde honorários até a conduta a ser seguida de forma mais ou menos rigorosa pelos comprometidos no

processo; e, finalmente, conclusão do trabalho, cujos resultados vão do fracasso ao pleno sucesso, vicissitudes a que sobretudo o terapeuta deve estar familiarizado, na medida em que tem por obrigação reconhecer suas limitações e a dos métodos que adotou.

Parece-me impróprio portanto atribuir categoria distinta à ação psicanalítica, diferenciando-a da ação médica que é por natureza multiforme, de acordo com a área comprometida da terapêutica. Nenhum de nós esquece que a psicanálise é, historicamente, uma prática médico-clínica, nascida dos métodos terapêuticos aperfeiçoados pelo então neurologista Sigmund Freud, para atender aos histéricos que o procuravam em seu consultório particular, muitos dos quais enviados pelo eminente clínico de Viena, Dr. Josef Breuer. Somente interesses institucionais e de controle social do conhecimento fazem distinções na estrutura deontológica de ambas as práticas. É justamente no discurso dos deveres que percebemos a identidade das duas atividades, ambas moldadas nos princípios hipocráticos. Contudo não considero inútil o papel que foi gasto nas discussões em torno de categorias semânticas com as de cura, tratamento e investigação. De alguma forma serviram, se não para a clareza conceitual da prática psicanalítica, pelo menos para dar validade às múltiplas atribuições formativas das instituições de psicanálise. No hospital geral, para que os problemas do doente sejam percebidos pelo assistente como tendo substância, realidade e significado é fundamental que se aproximem da faixa de ação médica. A identidade médica a que me refiro não é a conferida pelo que comumente o médico faz, mas sim pelo que efetivamente ele é, na sua capacidade de conviver com o sofrimento e a morte de alguém, humano como ele, propondo-se a ajudá-lo a superar um e adiar o outro. O pré-requisito básico para que o psicanalista freqüente o hospital geral é, parafraseando o conselho a Dante, que deixe ao cruzar seu umbral, toda a sua memória que é um psicanalista, conselho aliás melhor expresso por Bion no tocante a própria prática psicanalítica.

2. O médico e o psicanalista no hospital geral

Assim, reduzindo a situação a uma imagem de certo modo caricata e seguindo o conhecido título do livro de Recamier, o psicanalista ao entrar no hospital geral deve deixar do lado de fora seu divã. O que faz dele imediatamente um profissional sem identidade. Acompanhêmo-lo agora nessa hipotética desventura. Não tem divã e não consegue trajar o avental médico. Como se fôra um civil convocado, a esmo pelo quartel procurando um pelotão, sem conseguir vestir a farda. Distrai-se, para recuperar a segurança, interpretando sua atitude, perscutando o que sente, imagina e o que pretende. Fantasticamente estende um divã dentro de sua própria mente e consegue um paciente: ele próprio. Sua expressão deprimida faz dele aparentemente um homem sério e sua postura sisuda torna-o alvo das partes desamparadas da equipe médica. Como se

dissessem: eis aí um messias para salvar cada qual de suas inseguranças pessoais, dos conflitos interpessoais e dos desafios da prática assistencial. Divãs imaginários são estendidos nos corredores, nas salas de exame, nos gabinetes e cafés; pacientes são recomendados como extensões de problemas de quem os envia ou para testar a capacidade do novo salvador; enfim, o neófito reencontra aparentemente sua identidade num modelo idealizado e que na verdade só está comprometido com a degradação maníaca de relações mais sérias entre o psicanalista e a equipe de saúde.

Uma observação mais atenta permite denunciar as seguintes posições que o médico adota face um psicanalista dentro de sua equipe de saúde:

1. Procura não saber o que é um psicanalista e que métodos adota nos seus procedimentos terapêuticos. Confunde-o habitualmente com o psicólogo e não sabe comumente que um psiquiatra não é necessariamente um psicanalista.
2. Restringe a ajuda que o psicanalista pode oferecer ao âmbito de problemas que são chamados ambigüamente de psicológicos ou emocionais. Entende por problemas psicológicos uma extensa gama de fenômenos psicopatológicos e psicossociais que vão desde patologia mental grosseira aos problemas e conflitos do quotidiano.
3. Só indica intervenção psicológica ou psicanalítica em última instância, quando todos os demais recursos foram esgotados. Frequentemente a ação psicanalítica é tardia e fracassa. Uma das primeiras indicações que recebi foi para atender um doente portador de grave colite ulcerativa, que pedia insistentemente atenção psicológica especializada, diante de terrores paranóides que o assaltavam. Quando o vi, pela primeira vez, estava em caquexia, desinteressado pela vida e preparando-se para morrer.
4. Entende o inconsciente como algo que contém coisas inconfessáveis e imorais. O psicanalista é confundido como instância moral, uma espécie de superego do grupo. Consideram-no um confessor ad hoc e um conselheiro infalível.
5. Torna-se opaco à verdadeira função de psicanalista. Mantém suas opiniões preconceituosas, independente de leituras ou minuciosas explicações.

Essas atitudes de evitação fóbica e isolamento obsessivo indicam que o psicanalista representa uma séria ameaça ao esquema de atendimento e à instituição assistencial vigentes. Examinada com grande aumento, compreende-se a razão da ameaça. O prazer lúdico e infantil que perpassa toda a ação humana não poupa a atividade médica, por maior controle e sobriedade com que ela seja levada a cabo. Ninguém está a salvo de sua própria história, sobretudo quando é obrigado a conviver com os outros de forma tão intensa e dramática como o médico. Nem dos fantasmas

criados ao longo da vida. O psicanalista é antes de mais nada um vidente desses fantasmas e um perscrutador do passado. No ambiente médico é reconhecido porque “olha de través”, como se sempre estivesse a mirar a outra realidade. De fato tem esse cacoete profissional. Intuitivamente o médico percebe que está convivendo com uma reedição moderna do demiurgo, e que este tem o poder de penetrar na outra realidade, transcendentalmente atemporal e amoral. Através dela o médico pode extrair satisfações irracionais da atividade profissional, o que aliás, mantém-no preso a ela apesar de aparentes desvantagens. Assim o psicanalista pode denunciar – nas suspeitas do médico – os prazeres pré-genitais que permeiam a atividade assistencial e que fogem ao controle tanto da probidade pessoal do médico quanto das normas gerais que fixam a correção das condutas. Não são na verdade problemas éticos porque se estendem pela dimensão amoral do existir humano, mas intervêm profundamente na conduta e podem produzir graves conseqüências éticas. Sobretudo a prática sobre o doente e o controle sobre a doença e sobre a morte conferem um sentimento ímpar de onipotência, o que torna realidade o próprio substrato do processo primário. Além disso o exame físico atende à necessidades voyeristas e à manipulações fálicas; procedimentos diagnósticos, a impulsos sádicos; honorários e acumulação de riqueza e fama, a interesses anais. O doente pode se transformar no objeto-substituto das reparações infantis e ser alvo de uma medicalização obrigatória; por outro lado, pode representar o campo das manipulações esquizo-paranóides na medida em que se presta para dissociações entre o bom e o mau, entre o sadio e o doente.

A observação dessa contaminação irracional estimula no psicanalista atitudes contra-fóbicas, exacerbando o papel moral que o grupo lhe conferiu. Passa a exagerar a importância dos aspectos emocionais da patologia do doente, a acusar colegas de insensibilidade e imoralismo durante a anamnese e exame físico; e condenar condutas diagnósticas julgadas importunas e sádicas, intervir nas indicações cirúrgicas atribuindo-lhes origens edípicas e, portanto, pejudadas de intenções parricidas ou fratricidas. Cria-se assim o clima necessário para o definitivo isolamento do psicanalista e sua exclusão da equipe de saúde. Mais uma vez estabelece-se, para satisfação mítica do grupo institucional, o ciclo messiânico: o nascimento mítico, a vida de milagres, o julgamento passional e a condenação trágica.

Com essas rápidas pinceladas, embora aqui e ali com tons exageradamente vivos (mas inevitáveis dentro do tema), procurei dar um vislumbre do que freqüentemente ocorre nas relações entre um psicanalista e uma equipe de saúde institucionalizada em hospital geral. Como se vê, é na identificação da atividade do processo primário contaminando a ação médica que reside o campo específico da ação do psicanalista no hospital geral. Seu diagnóstico e seu tratamento através de métodos especiais permitem

uma psicanálise da prática médica e conferem ao médico geral recursos para utilizar autênticos conhecimentos psicanalíticos na prática habitual.

3. A psicanálise da prática médica

O diagnóstico e a terapêutica da impregnação da atividade médica pelo processo primário é o foco, no nosso entender, da participação do psicanalista do hospital geral. É necessário distinguir a influência da Psicanálise à prática médica, do papel do psicanalista na equipe de saúde. Tema vasto, quase impossível de resumir. Contudo, procurarei deixar claro alguns aspectos.

A Psicanálise permitiu que a historicidade pudesse ser problematizada em termos médicos. Na medida em que o conceito freudiano de inconsciente nos assinala com uma perspectiva de uma organização histórica sempre presente, história atualizada numa relação, torna-a acessível à intervenção terapêutica. É o que confere à Psicanálise o poder de modificar a experiência histórica, alterando o destino humano. Não é outra a intenção de Freud ao inscrever como epígrafe de sua “Interpretação dos Sonhos” a sentença retirada da Eneida de Virgílio: *Flectere si nequeo Superos, Acheronta movebo* (*Se não posso dobrar os céus, despertarei os infernos*). Assim teria imprecado Juno quando Júpiter não quis atendê-la para impedir que Enéias se tornasse rei do Lácio. Autorizou que do inferno saísse a fúria de Alecto, uma das Eríneas que juntamente com Tisífone e Megara eram responsáveis pela punição de crimes hediondos, como o parricídio, e pela violação de juramentos. Despertar o inferno para mudar o destino.

Quando se estuda a história de um doente, percebe-se a inexorabilidade de seu sofrimento, aqui expresso por males corporais, ali e mais adiante, por dores mentais ou conflitos sociais. Salvo se novas relações se interpõem, produzindo um novo sentido afetivo e modificando seu destino histórico. Em outras palavras, a intervenção médica comum é sempre parcial a não ser que se possa intervir nas próprias razões históricas do enfermar-se. Compreende-se porque a vida simbólica, a qual nos caracteriza como pessoas humanas, molda o nosso destino biológico e social ao longo da vida em nosso coexistir permanente e sobretudo impresso a partir das primeiras experiências infantis. Saúde e doença são, portanto, construções da própria experiência histórica. Essa é a nova perspectiva para a ação médica oferecida pela Psicanálise: a intervenção no destino históricos dos pacientes.

Em outro trabalho, “Fantasia e realidade no homem contemporâneo”, procurei assinalar uma distinção clínica entre satisfação e prazer. A satisfação seria o resultado do alívio de tensões ao se utilizar os objetos de acordo com os princípios do processo primário (de forma parcial, irrestrita e sem consideração pelo objeto). O prazer seria a consequência de uma relação com objetos totais através de um mundo simbólico gerado

pelo processo secundário. Essas considerações teóricas tem sua base nas diferenciações entre prazer fálico e genital, dentro do modelo de Freud e Abraham, e nas formulações sobre relações de objeto em nível esquizo-paranóide e depressivo, como descritas por Melanie Klein.

Duas tarefas bem definidas abrem-se portanto para o psicanalista no hospital geral: a de detectar as distorções produzidas pelo processo primário de pensar na atividade assistencial e a de proporcionar formação adequada ao médico para que possa, ele próprio, ser um agente de modificação no processo histórico do paciente, o que desenvolvi no trabalho "O clínico como psicanalista". A primeira tem sido realizada através dos chamados grupos Balint e pela interconsulta, ambas integrando um sistema de assistência à tarefa médica. A segunda, através do ensino de Psicologia Médica centrada na relação médico-paciente. A experiência que temos acumulado é muito grande e atualmente está sendo desenvolvida em oito importantes hospitais do Rio de Janeiro. No Serviço de Psicologia Médica do Hospital Universitário da U.F.R.J., dirigido pelo Prof. Adolpho Hoirisch, não somente a equipe médica, mas a enfermagem, nutrição e serviço social são submetidos regularmente à análise da tarefa assistencial, em grupos homogêneos e heterogêneos. No Centro de Medicina Psicossomática, dirigido por mim no Hospital Geral da Santa Casa, um grupo atualmente de quase cem profissionais e estudantes de várias áreas de saúde, especializa-se e desenvolve trabalhos.

Ilustrarei com alguns exemplos esse tipo de intervenção:

1. Não é realizado um exame para o diagnóstico de hepatite em uma menina, exigido por uma mãe autoritária. A médica conclui que a mãe autoritária, imagem de sua própria mãe intrusiva, foi rejeitada e com ela o exame indispensável.
2. Uma cirurgia cardíaca numa adolescente de 15 anos é adiada, com graves riscos. Verifica-se que o cirurgião responsável estava atemorizado diante das autoridades hospitalares e do risco que sua reputação poderia sofrer. A jovem era de família muito influente.
3. Puérperas são obrigadas a permanecer regularmente por três dias no hospital após o parto, natural e sem complicações. Ninguém sabia explicar a razão do número três, que pareceu mais um número mágico e não se conseguiu base científica para esse tipo de estadia. Diminuiu-se o tempo de hospitalização adaptando-o às necessidades assistenciais de acordo com o caso.

4. Surpreende-se uma alta administrativa porque uma paciente mostra-se rebelde à ação médica. Na verdade havia desafiado a autoridade de uma pessoa muito influente no hospital, atitudes que seus médicos teriam também tomado, se pudessem.

5. Descobre-se a importância do alojamento conjunto para garantir uma boa relação materno-infantil, quando se desfaz o “mito dos perigosíssimos agentes de infecção”.

6. Surpreende-se a recidiva de graves lesões lúnicas em uma paciente a quem se pretende dar alta, anunciada a pedidos da própria paciente. Verifica-se que sempre piora em momentos de separação. A situação ocultava intenções suicidas.

7. Uma paciente de meia idade sofre hemorragias uterinas não diagnosticadas durante quarenta e cinco dias de internação hospitalar, porque induz na equipe médica uma atitude fóbica em relação a seus genitais.

Há exemplos incontáveis. Cito-os sem qualquer intenção especial a não ser ilustrar o tipo de problema para a intervenção do psicanalista no hospital geral. Duas condições caracterizam uma intervenção adequada:

a) quando o terapeuta sente alívio pessoal ao lhe ser esclarecido o caso do paciente. O enlace irracional com o paciente exacerba as dificuldades do próprio médico.

b) quando a ação médica subsequente é modificada favoravelmente e de tal forma que não se consegue reconhecer em que aspecto houve intervenção do psicanalista.

Mais uma vez, o psicanalista deve se contentar em permanecer nas sombras e no anonimato. Afinal, é nas sombras que a ação psicanalítica se desenvolve.

4. Perspectivas para o futuro

Já está longe, ou deveria, a época do psicanalista exclusivamente dedicado à relação dual com o paciente. De muito foi ultrapassada as tímidas incursões no campo cultural, via de regra realizadas em gabinetes fechados, em obras literárias e em artes plásticas, ou sobre temas de antropologia e história. Há muito tempo psicanalistas trabalham na Educação. O hospital psiquiátrico, desde o grupo psiquiátrico de Zurich liderado por Bleuler, é permeável a presença psicanalítica. Em nosso meio, contudo, são poucos os psicanalistas que intervêm no campo cultural e social. Na área de saúde abrem-se vastos horizontes de pesquisa e conhecimento renovador.

Em todas as partes em que o homem estiver criando, produzindo; ali onde ao invés de acordar, permaneça dormindo, iludido, sonhando, o psicanalista tem a função

social de despertar – de transformar o processo primário em secundário na permanente faina de humanização. E talvez concluir com Fernando Pessoa, ao permitir as descobertas óbvias, que o imaginário nos oculta:

“Porque o único sentido oculto das cousas
É elas não terem sentido oculto nenhum,
É mais estranho que todas as estranhezas
E do que os sonhos de todos os poetas
E os pensamentos de todos os filósofos,
Que as cousas sejam realmente o que parecem ser
e não haja nada que compreender.

Sim, eis o que meus sentidos aprenderam sozinhos:

As cousas não tem significação: têm existência.

As cousas são o único sentido oculto das cousas.”

(O Guardador de Rebanhos, XXXIX. p.223)