

DE ONDE FALA UM PSICANALISTA NO HOSPITAL? REFLEXÕES SOBRE O LUTO, A PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E A ÉTICA

FROM WHERE DOES A PSYCHOANALYST SPEAKS IN THE HOSPITAL? REFLECTIONS ON GRIEF, FUNDAMENTAL PSYCHOPATOLOGY AND ETHICS

André Victor Machado¹

Giovana Fonseca Madrucci²

Maria Virginia Filomena Cremasco³

RESUMO

O trabalho do psicanalista, já há muito tempo, vem sendo repensado e reestruturado para lidar com as demandas de saúde na contemporaneidade, que existem para além do *setting* tradicional do consultório. Desses lugares, talvez o mais discutido tenha sido o hospital, onde o trabalho do psicólogo se organiza na oferta de um serviço assistencial e terapêutico restringido por diversos fatores estruturais. A partir da relação entre a ética psicanalítica e o contexto hospitalar, tomamos o sujeito enlutado – pensado aqui não apenas como aquele que perdeu alguém, mas parte de seu narcisismo corporal – como paradigma daqueles que usufruem do serviço psicológico no hospital. Nesse sentido, utilizamos de uma reflexão do referencial da Psicopatologia Fundamental para pensar os conceitos de psicopatologia, transdisciplinaridade e luto com objetivo de contribuímos para uma discussão acerca da ética do psicanalista no trabalho hospitalar e a sua posição entre os distintos saberes que circulam nesse ambiente.

Palavras-chave: Psicanálise. Psicologia Hospitalar. Psicopatologia Fundamental. Ética. Luto.

¹ Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Psicólogo pela mesma instituição. Pesquisador do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: andrevictormachado@gmail.com

² Mestranda em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Clínicas (HC) da mesma instituição. Pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: giovanafmadrucci@gmail.com

³ Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Psicóloga pela Universidade Federal de São Paulo (USP). Professora associada do Departamento e Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Diretora do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF) e membro da Associação Universitária em Psicopatologia Fundamental (AUPF). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: mavicremasco@hotmail.com

ABSTRACT

The work of the psychoanalyst, for already a long time, has been rethought and restructured to deal with the health demands of today that are beyond the traditional clinic setting. Among these places, perhaps the most discussed was the hospital, where the psychologist's work is organized in the offer of care and therapeutic service restricted by several structural factors. From the relationship between the psychoanalytic ethics and the hospital context, we take the mourner – thought here not only as the one who lost someone, but also part of his body narcissism – as a paradigm of those who enjoy the psychological service in the hospital. In this sense, we use the Fundamental Psychopathology framework of reflection to think about the concepts of psychopathology, transdisciplinarity and grief with the objective of contribute to a discussion about the psychoanalyst's ethics in hospital work and their position among the various knowledges circulating in this environment.

Keywords: Psychoanalysis. Hospital Psychology. Fundamental Psychopathology. Ethics. Grief.

INTRODUÇÃO

Pretendemos neste trabalho discutir o tema da prática do psicólogo hospitalar a partir da noção do que iremos chamar de **paradigma do luto** e, junto ao uso de conceitos da psicopatologia fundamental, colocaremos elementos em cena para a discussão da ética da psicanálise como alternativa em um cenário de supervalorização do discurso médico e a medicalização do sofrimento como hegemônicos.

Para tanto, falaremos especificamente do referencial psicanalítico, considerando que há (ou deve haver) um psicanalista quando se fala em psicanálise como orientação teórica e ética do psicólogo que trabalha em hospital. Nesse sentido, queremos contribuir para uma discussão sobre como pode um psicanalista se inserir em um contexto de trabalho onde ele deve dialogar com diversos saberes que falam de saúde e adoecimento e de que forma ele deve se ancorar epistemologicamente para sustentar uma posição genuína e coerente com a psicanálise.

A iniciativa de escrita para este trabalho parte da trajetória de um programa de pesquisa e extensão do Laboratório de Psicopatologia Fundamental (LPF) do curso de Psicologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR), intitulado *O luto e suas interfaces*. Esse programa, hoje com quase seis anos de existência, visa integrar ensino, pesquisa e extensão sobre os temas luto e clínica do luto, a fim de fomentar discussões e produzir materiais científicos sobre esses assuntos, bem como formar e preparar os alunos bolsistas do projeto para o manejo com as pessoas enlutadas.

Esse programa acontece, desde o seu início, em parceria com o grupo de apoio Amigos Solidários na Dor no Luto (ASDL), de iniciativa da própria comunidade externa à UFPR. A oferta de acolhimento às pessoas que perderam familiares torna esse programa quase único e essencial, apresentando-o como alternativa aos grupos terapêuticos feitos em locais de saúde. Os encontros, abertos ao público, acontecem semanalmente nas dependências do curso de Psicologia da UFPR. Os participantes do grupo, além de receberem apoio mútuo por intermédio da parceria com o LPF, também contam com suporte psicológico e tratamento individual de alunos da graduação e da pós-graduação em Psicologia da UFPR.

Além do tempo de experiência de estudo, pesquisa e trabalho com o tema do luto a partir desse programa, os autores também trazem de bagagem o referencial como estagiários e residentes do programa de Psicologia do Hospital de Clínicas (HC) da UFPR. O hospital é referência na área, sendo o centro onde são desenvolvidas diversas atividades de formação e trabalho em Psicologia Hospitalar, desde aulas, reuniões clínicas, pesquisas e o próprio atendimento realizado em diversas modalidades e áreas de especialidades diferentes do hospital.

1 O PSICANALISTA NO HOSPITAL

Os hospitais do Brasil, no decorrer da década de 80 e até hoje (MARCON; LUNA; LISBOA, 2004), passaram e ainda têm passado por notórias mudanças, dentre elas estão a redefinição do seu papel na oferta de atenção à saúde pública e a subsequente reorganização interna desses estabelecimentos, a fim de conter essas novas demandas. A partir da necessidade da implantação e difusão de novas formas de prestação de cuidados foram implementados, por exemplo, a cirurgia ambulatorial e o hospital-dia. No âmbito administrativo, a

preocupação centralizou-se no uso mais eficiente dos recursos disponíveis e na adoção de novas técnicas e ferramentas gerenciais com modernos sistemas de informação. Nesse contexto de otimização da assistência em saúde, nos últimos anos, a Psicologia Hospitalar tem se tornado cada vez mais presente e relevante como área de atuação da Psicologia e também em sua relação com a Psicologia Clínica. De acordo com o *Manual de Psicologia Hospitalar* (2007) do CRP, compreende-se a Psicologia Hospitalar como um desdobramento da Psicologia Clínica na instituição hospitalar. É nesse sentido que a Psicologia Hospitalar

vem se desenvolvendo no âmbito de um novo paradigma epistemológico que busca uma visão mais ampla do ser humano, e privilegia a clínica, uma visão mais holística em termos de perceber não tão somente doenças mas, sobretudo, a vivência existencial de pessoas que apresentam doenças. (MOSIMANN; LUSTOSA, 2011, p. 223)

O psicólogo hospitalar faz parte de uma equipe multiprofissional que precisa dialogar com os mais diversos saberes da área de saúde. Como prática de trabalho, oferece a escuta ao paciente hospitalizado (seja no momento da internação ou no ambulatório) e assim contribui com a equipe, proporcionando um olhar no qual se leva em conta a subjetividade do indivíduo enfermo ou hospitalizado.

Marcon, Luna e Lisboa (2004) reiteram que, historicamente, a prática profissional do psicólogo brasileiro foi consolidada principalmente na esfera privada dos consultórios particulares, somente na década de 1980 que a saúde pública passou a ser mais uma possibilidade de atuação para esse profissional.

No cenário da saúde pública o psicólogo se insere nos mais diversos contextos: hospitais, postos de saúde, CAPS, CREAS etc. Este é, portanto, um percurso que vai do isolamento institucional que antigamente era dado à “loucura” e à doença mental – por meio da internação dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos, muito comum numa época anterior à política de desospitalização – à promoção da saúde nos mais diversos contextos da vida de um indivíduo, onde o hospital geral ou de especialidades situa-se como local intermediário. O trabalho do psicólogo na área hospitalar se fortaleceu, portanto, a partir das mudanças no cenário da saúde pública brasileira e com a implantação do SUS, que marcaram a promoção de saúde mental em novos contextos (MARCON; LUNA; LISBOA, 2004).

Simonetti (2004) aponta que a psicologia hospitalar é o campo de tratamento e entendimento dos aspectos psicológicos que surgem devido ao processo de adoecimento. Pode-se entender também que o período de internação e o adoecimento são uma ruptura com o curso normal da vida, tanto no que tange às formas de relação com familiares e amigos quanto com o trabalho e a vida produtiva (LAZZARETTI, C. T. et al., 2007). É papel do psicólogo hospitalar, portanto,

avaliar e intervir, através de acompanhamento sistemático, sobre os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica, assim como destacar os aspectos psicológicos e a diversidade de vivências que podem estar implicadas no processo do adoecer. (LAZZARETTI, C. T. et al., 2007, p. 10)

O exercício clínico do psicólogo hospitalar se dá em atendimento ambulatorial ou mesmo no próprio leito de internação. Como metodologia de trabalho, o psicólogo (e nesse contexto podemos citar também o

psicanalista¹), oferta a escuta ao sujeito hospitalizado, para que este, que se encontra em condição de fragilidade e sofrimento (muitas vezes também no real do corpo), possa falar, interpretar sua condição de doente, elaborar e representar tal experiência por meio da fala (SIMONETTI, 2004). De acordo com Mosimann e Lustosa (2011), essa escuta aciona um processo de elaboração simbólica do adoecimento, que, de acordo com a teoria psicanalítica, só pode mesmo ocorrer com o trabalho a partir da transferência com o psicólogo e com a instituição.

Segundo Moretto (2002), inicialmente, procura-se o hospital em função da necessidade de respostas e intervenção a partir do saber médico. Entretanto, a partir da necessidade da inserção de outros profissionais de saúde no contexto hospitalar, pode-se afirmar que embora o trabalho de especialistas e médicos responda pela assistência, reconhece-se a insuficiência dessa abordagem para abarcar todos os âmbitos da conduta humana de tratamento e melhoria da qualidade de vida (LAZZARETTI, C. T. et al., 2007). Sarno e Fernandes (2004) apontam que é nesse hiato na clínica médica que surge um espaço para a psicanálise se constituir como prática na instituição hospitalar. O discurso médico, em seu caráter intervencionista e centralizador no sintoma físico, acaba por não abarcar suficientemente todas as facetas subjetivas envolvidas no adoecimento e na maneira como o sujeito o vivencia e o compreende. A partir dessa perspectiva, podemos dizer que

O real do corpo ao fazer furo no saber médico, atingindo a noção de saúde definida pela medicina, revela que tanto no hospital geral como no hospital oncológico a terapêutica vai orientar-se da clínica das especialidades à clínica do sujeito. (SARNO; FERNANDES, 2004, p. 2)

É, portanto, nesse furo que surge da insuficiência do saber médico que entra o papel do psicólogo ou psicanalista, visto que este toma em conta o sujeito para além de sua enfermidade. Moretto (2002) afirma que apesar de a transferência inicial do sujeito ser com a instituição hospitalar, o psicanalista atuaria na equipe multidisciplinar como um tipo de tradutor entre o paciente e a equipe, por meio do discurso da psicanálise. A partir de sua escuta, o psicanalista pode compreender e transmitir, na medida em que for possível e necessário, por onde circula e como é possível compreender o desejo do sujeito enfermo.

Moretto (2002) também afirma que, a partir da prática da entrevista clínica no contexto hospitalar, o psicanalista pode dar início ao processo de retificação subjetiva similar ao das entrevistas preliminares de um processo de análise, o que seria, nesse contexto, o implicar-se e responsabilizar-se em seu processo de adoecimento, no cuidado de seu corpo e na condução de seu tratamento, bem como o compreender das variáveis que estão envolvidas nesse processo. Sendo assim, é esperado que o psicanalista, ao escutar o sujeito em seu sofrimento, se depare com temáticas referentes a sua história de vida para além do adoecimento atual. De acordo com Elias (2008), o sujeito dentro do modelo médico é objeto de seu cuidado, ao passo que, para a psicanálise, considera-se, ao invés, o sujeito do inconsciente, portanto, sua dimensão subjetiva, sendo essa uma distinção crucial entre o discurso médico e o discurso da psicanálise que explicita a necessidade de levar-se em consideração o posicionamento subjetivo do sujeito no decorrer do processo.

¹ Usamos, neste trabalho, o cargo de psicólogo hospitalar para se referir ao profissional que trabalha com o referencial psicanalítico. É digno de nota que existem diversas outras abordagens que também atuam com a psicologia no hospital, mas não é objetivo deste trabalho discorrer sobre relação, diferenças ou convergências destas com a psicanálise.

Na experiência hospitalar, através da assistência psicológica oferecida, é possível perceber que a morte e a dificuldade em elaborar perdas são temas constantes que surgem em atendimento psicológico dentro de um hospital. Esses temas se relacionam à depressão e justificam a presença do psicólogo nesse local, dado que a adesão ao tratamento e até mesmo o adoecer muitas vezes se relacionam diretamente com a constituição subjetiva e história de vida do sujeito (SIMONETTI, 2004). Esse cenário não apresenta nenhuma surpresa para a psicanálise. Freud (1915, p. 215) afirmava que, para o ser humano, a própria morte, quanto a morte de outrem é inconcebível e irrepresentável em termos simbólicos, e o inconsciente, não crendo na possibilidade de sua própria finitude, “faz como se fosse imortal”. Mesmo que o ser humano não consiga conceber tal ideia, a morte é algo inevitável, presente diariamente na realidade humana, ainda mais dentro do cotidiano de um hospital geral, devido ao fato de esse ambiente colocar o sujeito frente a frente com a finitude e impotência de seu próprio corpo e de seus entes queridos.

Simonetti (2004) pontua que esse contexto de internação, bem como o adoecimento, podem ser definidos como situações em que acontecem perdas. Elas exigem, assim, que ocorram, por parte do paciente, trabalhos de ressignificação e religamentos de energia psíquica para que ele possa se ajustar a esse contexto e lidar com a própria dimensão da perda. Partindo dessa premissa, o luto é, no contexto hospitalar, um processo não apenas comum, mas inevitável, podendo, para alguns, ser mais facilmente experienciado do que para outros. Torna-se necessário afirmar, então, que estados de luto são vivenciados não apenas devido à morte de um ente querido, mas também a perdas significativas (reais ou ideais) e momentos de ruptura na vida do indivíduo, devendo ser encarado, portanto, como um processo de rearranjo psíquico que ocorre a partir de uma vivência de perda.

A partir disso, surge a reflexão de que a resistência em desfazer os vínculos libidinais com o objeto perdido depende muito da subjetividade de cada um: como foi construído seu repertório psíquico e organizado o seu Eu depende muito das vivências particulares do indivíduo e, em alguns casos, este processo é tão difícil que se discute a possibilidade de ser impossível. Nesse sentido, compreendemos que o trabalho do psicólogo é essencial na participação desse processo, ao facilitar e permitir que o paciente do hospital viva sua perda de forma mais pessoal, condizente com as suas ferramentas psíquicas, sem que fique completamente à mercê da intervenção medicamentosa, por exemplo. Reiteramos aqui a importância do psicólogo como parte essencial da equipe multidisciplinar como aquele que pode ajudar o paciente a falar de sua experiência em internação, adoecimento ou qualquer referencial hospitalar que seja e oferecer uma escuta para seu sofrimento. É a partir dessa forma de trabalho que se torna necessário pensar o lugar de onde fala esse psicólogo e como ele pode contribuir com um saber próprio, sem se confundir com os outros que com ele dialogam no hospital.

2 PSICOPATHOSLOGIA FUNDAMENTAL E O TRABALHO DE LUTO FREUDIANO

Nesse contexto, em que o trabalho do psicólogo e, mais especificamente o do psicanalista, precisa ser repensado a partir de uma ética própria que se insira no contexto hospitalar de forma a contribuir com um referencial particular, é que trazemos o referencial epistemológico da Psicopatologia Fundamental. Trazemos aqui uma definição simples de ética: ela se refere às práticas e disciplinas que refletem principalmente sobre as normas, valores, prescrições e exortações da realidade humana (HOUAISS; VILLAR, 2001). Tradicionalmente,

ela é associada com a regulamentação legal e burocrática que caracteriza os fazeres de uma determinada prática profissional. Quando entramos na especificidade da ética em psicanálise, no entanto, vemos que ela não se refere apenas às práticas e regulamentações do trabalho propriamente dito, mas engloba a interlocução entre os entendimentos de técnica, cura e sujeito, na qual o encadeamento entre esses três conceitos é que irá ditar a prática do profissional. O que se torna necessário ser pensado, então, é a noção de psicopatologia que é singular à psicanálise, essencialmente diferente da noção médica que vigora como orientadora dos outros saberes que também circulam no ambiente hospitalar.

Antes de prosseguirmos, no entanto, é importante pontuar que neste momento não estamos fazendo distinção entre as diferentes possibilidades que existem para o psicólogo de trabalho no ambiente do hospital, como o acompanhamento de pessoas internadas ou em leitos, as entrevistas com familiares ou mesmo o atendimento individual ou em grupo com foco num objetivo terapêutico. Aqui nós retomamos o pressuposto de que, independentemente da operação técnica do psicólogo, estamos sempre lidando com alguém enlutado, pensando aqui no luto do corpo até então funcional e capaz, que, por algum motivo, sucumbiu à doença, ao envelhecimento ou qualquer outra mazela que passou a fazer parte de sua vida. É nessa condição de perda, pois, que toda a pessoa entra no hospital para usufruir de seus serviços e com esse sujeito subjetivamente enlutado, com uma falta concretizada na realidade, é que estaremos trabalhando.

Agora, ao entrarmos propriamente na Psicopatologia Fundamental, talvez o mais importante a ser considerado num primeiro momento é a própria palavra **psicopatologia**, que tem referencial semântico grego, constituindo-se com os radicais *psique*, *pathos* e *logos*. Em sua tradição ocidental, de acordo com Martins (1999), dominada pelo saber médico, o seu uso foi feito como um termo que diz da doença psíquica e se refere ao mal-estar causado pelas moléstias que acometem o sujeito saudável. Fica claro que com esse uso do termo, o psicopatológico existe como especificidade do **patológico** – termo médico referente ao estudo de doenças do corpo, a partir de atributos como lesões, traumas ou sintomas biológicos – o adendo *psique* indica que o referencial psíquico apenas se remete ao biológico e está, portanto, sujeito aos mesmos funcionamentos de saúde e adoecimento que o corpo, operando como se o psicopatológico fosse meramente a expressão do patológico no âmbito psíquico. Em tempos modernos, portanto, o uso do radical *pathos* remete quase imediatamente a uma concepção de doença e aparece como tal em quase todos os compêndios e dicionários da área médica (MARTINS, 1999).

O trabalho da Psicopatologia Fundamental, como disciplina que fala do sofrimento humano, começa no resgate desses radicais – *psique*, *pathos* e *logos* – e na abertura para um pensamento que parte de um outro lugar para falar dos fenômenos psíquicos, não classificatório e higienista, mas discursivo e profundo. Em um momento em que o radical *pathos* nos ensina que a dor deve ser entendida como doença e tomada como empecilho para uma vivência saudável, Martins (1999, p. 64) nos avisa sobre a necessidade de “reabrir o estudo a uma problematização que foi esquecida e empobrecida por soluções tranquilizadoras de uma época da humanidade ávida pela posse de princípios que afastassem de vez a dúvida e o desespero”. Falar de dor e de sofrimento é, portanto, falar de ser e de humano e o campo da psicopatologia merece a profundidade de um assunto epistemológico e ético sem ser tratado como uma forma de estudo desimplicada com o próprio ser do sujeito.

A posição da Psicopatologia Fundamental, portanto, é outra; para que haja uma construção de um novo lugar para que o discurso sobre o sofrimento e a condição humana possam ser entendidos, a própria

palavra precisa ser repensada para conter essa posição – a *psique*, então, expande do mero psíquico para toda a expressão da condição humana; o *pathos* deixa de se referir à doença, ao distúrbio e ao mórbido, passando a ser entendido como paixão, assujeitamento e sofrimento; *logos* diz respeito não só do estudo ou classificação, mas também do saber e da fala enquanto discurso. O *psico-pato-lógico* passa, assim, a constituir o saber discursivo sobre o sofrimento da alma, refere-se às dimensões de experiência, história e percepção (CECCARELLI, 2005). Quando se fala de psicopatológico, portanto, fala-se da trama discursiva que constitui o sofrimento do sujeito e a partir da qual só ele pode falar.

O Fundamental, então, agrega essas duas dimensões – a da posição de fala e do discurso do sujeito – a uma terceira, como forma de reunir a disciplina em torno do discurso psicanalítico: referimo-nos, aqui, à noção de inconsciente. Ceccarelli (2004) aponta que Pierre Fédida, ao longo de sua obra, onde aos poucos forjou o termo e a disciplina, procurava diferenciá-la da disciplina fenomenológica, cujo campo é nomeado como Psicopatologia Geral. O objetivo em diferenciar o geral do fundamental refere-se também ao referencial epistemológico da nova disciplina, que parte do campo metapsicológico, portanto, psicanalítico, para posicionar o seu saber. Ao invés do geral, que se refere à superfície, ao horizonte e a um alcance amplo, trabalha-se com o profundo, aquilo que existe na profundidade e é essencial do sujeito, que surge apenas diante de uma escuta que pode ancorar o *pathos* em uma nova terra. Com a ideia de profundidade, trabalhamos não apenas com um horizonte, espaço de nítidos contornos objetivos e conscientes, mas também a relação com um eixo vertical onde vemos o desejo de fala do sujeito, movimentado pela sua condição de ser que sofre, subir através de sua narrativa em direção a um outro que o possa ouvir e ancorá-lo.

Nesse eixo, onde se encontram as disposições para a fala do sujeito e o acolhimento dessa fala, vemos a transformação do misterioso, distorcido e escuro, que é o inconsciente, para a consciência; nele existe o ensinamento valioso em torno do qual a Psicopatologia Fundamental se organiza: o *patei mathos* esquileano, que diz daquilo que o sofrimento ensina (CECCARELLI, 2005). É apenas nessa dialética entre sofrimento e acolhimento que a experiência pode ser pensada; nunca *a priori*, mas apenas na medida em que um discurso pode ser vivenciado e transformado em significado, servindo assim para o próprio sujeito e constituindo-se como sua verdade. Contar o *pathos* como constituinte da experiência humana é, assim, insuficiente, devemos também tirar proveito dele transformando-o em experiência, como algo que alarga ou enriquece o pensamento (BERLINCK, 1997).

A posição que um “psicopatólogo fundamental” deve ocupar, como diz Berlinck (1997), localiza-se na transição entre saberes da consciência e inconsciência, claro e escuro, do compartilhamento com o sujeito desse saber sobre suas dores. No entanto, esse lugar deve estar sempre ancorado em uma posição clínica, onde apenas a partir de uma escuta individual e subjetiva é que um saber pode emergir como constituinte de uma verdade do inconsciente.

Esse dado é importante, pois pressupõe que, acima da noção de um saber verdadeiro que pode falar sobre a condição humana, existem na verdade diversos saberes que transitam, dialogam, se opõem e se complementam sem que nenhum deles apague a posição da qual o outro parte. Ao ser entendida como o “fórum de toda a metapsicologia” (CECCARELLI, 2005), a Psicopatologia Fundamental entende que vários saberes podem dialogar entre si sobre fenômenos diversos desde que seus representantes estejam firmemente fundamentados em sua própria epistemologia. Trabalhar a partir de seu referencial é, portanto, um resgate de seus métodos, procedimentos e objetivos para contribuir com a discussão do *pathos* a partir de sua posição

ética sem deixar de considerar outros saberes. É apenas assim que se torna possível, como afirma Ceccarelli (2005, p. 474),

uma ampla rede de significações, conhecimentos específicos e singulares de cada modelo em torno de uma concepção ética comum [d]os diferentes saberes. Isso possibilitará a existência de um campo discursivo que produza interações e leve a construções metafóricas.

Aqui surge a característica que é uma formulação particular à Psicopatologia Fundamental como o entendimento da sua posição em meio aos saberes que se debruçam sobre a condição humana: a transdisciplinariedade. Quando falamos, como revela Costa Pereira (1998), que “um campo de debates intercríticos entre as diferentes posições epistemológicas, éticas e metodológicas tratando do psicopatológico” é configurado como o lugar por excelência da Psicopatologia Fundamental, cujo objetivo como campo científico é o de contribuir para os saberes do psicopatológico, reconhecendo e dialogando com os outros saberes do mesmo campo. Como uma das mais importantes de suas premissas, a transdisciplinaridade aponta para o entendimento de que o fenômeno do *pathos* é complexo e incapaz de ser apreendido por um único discurso que se situe como protagonista de uma verdade e, portanto, exige que a multiplicidade de psicopatologias dialogue num mesmo fórum de forma a discorrer sobre os diversos saberes possíveis sobre o *pathos*.

A ideia de um fórum de saberes nos remete, aqui, diretamente ao contexto onde se situa o trabalho do psicólogo hospitalar. Salvando as devidas ressalvas quanto ao fato dos serviços do hospital serem, por vezes, rigidamente separados entre o trabalho com o corpo e com o psíquico, pode existir uma aproximação grande entre a equipe multidisciplinar e o advento de um diálogo verdadeiramente transdisciplinar, como propõe a Psicopatologia Fundamental. Pensar o lugar do psicólogo nesse tipo de equipe significa, primeiramente, pensar a sua posição frente a esses outros saberes e, para isso, considerar qual é a sua própria condição como profissional que lida diretamente com o sofrimento humano, seu entendimento de como se constitui o sujeito, de como ele pode ser curado e de que forma isso pode se dar – o campo de trabalho é marcado, dessa forma, pela necessidade de uma ética que precisa ser pensada com atenção e cuidado e pela qual o psicólogo deve estar ciente de que é responsável.

Quando pensamos em ética na posição do psicólogo que trabalha nesse fórum de saberes que é o hospital, trazemos, novamente, o paradigma do enlutado para pensar na realidade dos indivíduos que estão nesse hospital para serem cuidados. Aqui se torna claro o quanto o resgate do *pathos* realizado pela Psicopatologia Fundamental também tem muito a contribuir para uma discussão sobre o luto e também para ir além das proposições seminais da psicanálise sobre o tema.

Partimos do pressuposto de que é necessário compreendermos o luto, em psicanálise, como fundamentalmente diferente da sua conotação mais tradicional, aquela que se refere ao luto dentro de todos os seus componentes ritualísticos sociais: a missa de sétimo dia, a novena, o velório, o enterro. Todos esses cerimoniais envolvem a relação da família com a morte de alguém e a insere dentro do campo social, sendo uma ponte desse microuniverso que une os familiares do morto com a tradição que se cultiva, no mundo ocidental, da finalização de uma vida. O luto, nesse sentido, refere-se à apropriação do indivíduo desses rituais sociais e à atuação social que se espera enquanto sinal de respeito aos costumes. Nesse caráter, o luto diz menos do individual do que do coletivo e merece sua observação e descrição a partir da antropologia e da sociologia; dele, a psicanálise pouco tem a inferir.

O trabalho que nos interessa é, eminentemente, o individual, aquilo que acontece em nível consciente e inconsciente de um sujeito convocado pelas circunstâncias da vida a se haver com a falta de uma pessoa que até então existia em sua constelação psíquica como objeto de seus investimentos.

Aqui é onde entramos propriamente em Freud, quando este dá sua definição clássica de luto, na qual “o exame da realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, e então exige que toda a libido seja retirada de suas conexões com este objeto” (FREUD, 1917 [1915], p. 173). Para se falar de luto em psicanálise, portanto, precisamos falar de uma dinâmica de investimento libidinal a partir de um rompimento e subsequente necessidade de mudança para se manter em equilíbrio, segundo o princípio de prazer, após a perda de um objeto que até então mantinha uma economia psíquica funcional. Aqui, novamente, segundo com Freud, luto envolve um trabalho de reorganização libidinal, por ele chamado e até hoje conhecido como “trabalho de luto”, que se difere, em origem e função, do luto social, aquele do estar e fazer socialmente.

O paradigma do luto, em Freud, apresenta-se naquilo que ele insiste, em seu texto clássico, chamar de “objeto substitutivo”. Para ele, o luto diz mais da possibilidade de o indivíduo se reorganizar psiquicamente com um objeto novo que ocupe as mesmas posições de investimento que o objeto perdido, categorizando esses casos como lutos normais e seus desviantes como lutos patológicos, do que uma verdadeira descrição narrativa do sujeito sobre os afetos em jogo nessa reorganização. Aqui, deixamos Freud de lado adotando a crítica do psicanalista francês Jean Allouch (2004), quando este diz que a teoria freudiana acerca do luto acaba sendo, paradoxalmente, antipsicanalítica ao não inserir a historicidade, nem do sujeito enlutado e nem das construções históricas sobre a morte, e se preocupar desmedidamente com o diagnóstico de luto normal ou patológico e seu respectivo método interventivo, desconsiderando a transferência como veículo do tratamento para, ao invés, indicar a necessidade do tal “trabalho de luto”.

Não é de se desconsiderar, no entanto, a enorme contribuição de Freud para uma discussão sobre o luto e o bem por ele feito ao inserir este como integrante dos ensaios metapsicológicos que até hoje norteiam muito da teoria psicanalítica. Utilizando-se das bases por ele lançadas, é possível, junto ao trabalho do referencial de *pathos* vindo da Psicopatologia Fundamental, entender o luto em uma perspectiva muito mais abrangente e efetivamente elevá-lo ao estatuto de um conceito, digno de uma formulação sem referência a um critério de diagnóstico e, psiquiátrico e antipsicanalítico, como critica Allouch. Essa nova conceituação do luto, como veremos adiante, traz consigo consequências para o trabalho do psicólogo, visto que toca em questões da noção de sujeito e de cura, sendo, portanto, uma questão eminentemente ética.

Entendemos que o luto é um processo singular para cada sujeito que o vive, sendo “ilimitado em suas possibilidades de se mostrar e por isso impossível de ser registrado a partir de um conjunto pré-determinado de atributos” (MACHADO et al., 2017, p. 115). Ao defini-lo como um processo, colocamos visibilidade para o seu componente duplo: tanto ele se refere ao desligamento de energia num objeto quanto o subsequente religamento dessa energia em outros objetos. Assim tornamos claro que luto não é apenas uma reação frente à morte, mas compreende algo mais amplo, referindo-se a um tipo de dinâmica que se coloca para o aparelho psíquico em momentos de perda. Essa dinâmica é testemunha da capacidade que o aparelho psíquico tem de poder se reestruturar frente a um evento traumático vindo de fora e dessa forma permite que o sujeito se faça de novo após a perda. Dizendo de outra forma, o luto carrega em si o potencial transformador, eminentemente criativo, de soluções libidinais econômicas que permitem ao sujeito não perecer diante de uma catástrofe vinda de fora e se refazer de forma a encontrar um novo equilíbrio.

É a partir do entendimento de que não podemos considerar o luto como uma categoria classificatória, isto é, a partir de uma coleção de sintomas nos quais um indivíduo pode se incluir, mas, ao invés disso, investigar

na história de vida e no discurso desse sujeito os elementos fundamentais do luto – a reorganização econômica da libido e o desvelamento dos afetos envolvidos com a perda do objeto – que estão ancorados historicamente nas vivências do sujeito bem como suas ferramentas psíquicas que podem transformar em experiência a angústia vivida pela perda. (MACHADO et al., 2017, p. 116)

Na articulação entre o saber que apenas o sujeito tem de si e a forma como ele se expressa por intermédio de seus sintomas, reencontramos o seu *pathos*, que pede, então, uma compreensão do luto em suas dimensões discursiva e subjetiva e não pode ser demonstrado *a priori* a partir de um conjunto de sintomas. Retomando, agora, o *pathos* como componente central na experiência do luto, percebemos que é apenas através de sua vivência discursiva que encontramos a sua forma de desvelamento. Chegamos de novo ao *patei matos* esquileano: quando o *pathos* é transformado em ensinamento, encontramos a essência da psicopatologia, pois “quando a experiência é, ao mesmo tempo, terapêutica e metapsicológica, estamos no âmbito da Psicopatologia Fundamental” (CECCARELLI, 2005, p. 474).

3 PARADIGMA DO ENLUTADO E ÉTICA DO PSICANALISTA

Com esses novos elementos trazidos sobre o entendimento do *pathos*, sua posição na constituição do sujeito e a sua forma de desvelamento, é possível retomar a ideia de um luto presente em todo paciente do hospital e com o qual o psicólogo desse ambiente estará lidando. Sabendo que podemos nos referir ao luto como um tipo de processo, ao invés de uma forma de reação, estendemos consideravelmente o entendimento típico sobre a natureza das coisas que podem ser perdidas em nossa vida para muito além de algo tão pontual quanto a morte de um ente querido. Freud (1917 [1915], p. 172) já falava da possibilidade de perdermos ideais, liberdade ou qualquer tipo de abstração, e de estas perdas causarem impacto tão grande quanto uma perda da realidade, sendo submetidas ao trabalho de luto de forma idêntica.

Nesse sentido, podemos dizer que perdas podem estar no próprio corpo, em seu imaginário ou ainda nas fantasias sobre esse corpo, fantasias que operam no inconsciente do sujeito. Elas podem, ainda, estar situadas em relações entre o doente e seus familiares e se configurarem mais como uma perda do ideal de corpo capaz, do que estarem enraizadas em algo da realidade. Mesmo em caráter preventivo, no caso de pessoas que não estão sobre a influência direta de uma falta, é possível se pensar numa perda, nesse caso, de um referencial temporal onde se supõe que, eventualmente, algo da saúde ou do corpo será perdido e uma reorganização se colocará como eminente. Talvez a perda mais autoevidente nos pacientes do hospital seja a da saúde – entendida aqui como a quebra de um funcionamento regular das funções do corpo que se torne impeditiva para a vida –, na qual uma marcação negativa inunda a vida do indivíduo: o adoecimento, situação que o coloca longe de sua rotina, casa, família e retira porções de sua autonomia, tempo e dinheiro; e, como diz Simonetti (2004, p. 18), “muitas outras coisas, isso quando não se perde mesmo a própria vida”. Estamos, dessa forma, atentos para o fato de que o contato de uma pessoa com o hospital sempre implica em alguma perda em sua rede psíquica, tenha essa perda um correlato corporal, mental ou ideal, e que em algum grau ela deve estar lidando com a castração e a finitude do seu próprio ser.

O que queremos com a ideia de um paradigma do enlutado é estabelecer que, em graus diferentes, mas sempre na mesma qualidade, todo paciente do hospital está enlutado – todos estão lá por sofrerem algum tipo de perda em sua constituição física ou mental e os sintomas em seu corpo são testemunhos de que existe a necessidade de um pedido para outro de cuidá-lo. O paciente enlutado é um paradigma, portanto, pois permite ser tomado como modelo de paciente para qualquer tipo de trabalho que um psicólogo pode fazer, em qualquer área de especialidade e que, mais importante, deve ser ouvido com orientação em princípios semelhantes. Atender uma pessoa no hospital, então, sempre implica em ouvir o sofrimento envolvido em suas perdas e historicizá-las junto ao momento da vida em que ocorrem, lidando nesse caminho com os imprevistos, fechamentos e potenciais que se apresentam na realidade psíquica dessa pessoa.

Torna-se necessário resgatarmos a dualidade do processo de luto, como falamos anteriormente, pois vemos em sua dinâmica tanto um caráter de desligamento de energia libidinal quanto de religamento desta em novos objetos. Sobre o primeiro de seus aspectos, vemos um correlato bastante imediato com o contexto de adoecimento: algo da saúde, do corpo ou da capacidade do indivíduo foi perdido e essa perda pede por uma reorganização de práticas, convivências e do seu próprio entendimento sobre si para que se faça um novo posicionamento diante deste momento da vida como doente. Aqui nós estamos no âmbito da falta, dos objetos perdidos que jogam o sujeito numa angústia de energia psíquica liberada que pede por representações e novas ligações. É aqui que fazemos uma ponte com o segundo aspecto do luto: o religamento dessa energia. Não podemos nos deixar confundir a noção de que encontrar novos fins para essa libido implica numa substituição de objetos que satisfaçam o aparelho psíquico da mesma forma que antes; a realidade de sujeitos enlutados e a própria clínica deixam claro que essa substituição não é possível. Quando se fala em religamento de energia, no luto, nos referimos às atribuições possíveis da angústia desencadeada pela perda de objetos em todas as suas formas e não meramente à substituição. Isso significa que o luto não é um processo que pede, ou sequer permite, uma cura – apesar de um novo objeto poder satisfazer a libido de forma semelhante, ele nunca a satisfará da mesma forma que o objeto perdido. Essa verdade psíquica diz de uma das maiores dores para uma pessoa que perde, tão bem refletida pelo simples, porém duro entendimento de que as coisas nunca mais serão como eram antes.

Traduzindo, agora, para um contexto de perda generalizada, como estamos afirmando com o paradigma do luto, podemos dizer que toda a perda, no grau que seja, tem a qualidade de exigir do sujeito a sua realização como castrado pela finitude de seu corpo, de seus objetos e de sua vida. Em outras palavras, é necessária a compreensão de que uma perda exige a própria realização de que algo foi perdido – isso não é óbvio e, do ponto de vista do aparelho psíquico, é a primeira coisa que será inundada pelo mecanismo da negação. É apenas com o andamento dessa verdade que novos caminhos podem ser elaborados para a pulsão angustiante que circula no sujeito e é apenas nesse momento que passa a ser possível que o segundo destino do luto aconteça, isto é, a reconfiguração da energia psíquica em novas formas, encontrando uma nova subjetividade após a perda.

Aqui nós reencontramos aquilo que é de essencial no sujeito e que o luto torna angustiantemente visível, ou seja, o seu *pathos*. O viver do luto é, em todos os seus sentidos, uma vivência do *pathos* humano que o constitui como sofredor, ao mesmo tempo em que possibilita que esse sofrimento não acabe com sua existência, mas, ao invés, transforme-a em experiência com caminhos criativos para lidar com a dor da perda. Não há vida sem sofrimento, portanto, e é preciso falar para que a angústia se insira no campo

simbólico e possa ser apropriada como sendo integrante da constituição subjetiva do sujeito, inserindo-a na sua historicidade de forma a propiciar que ele fale a partir, e não apesar, de seu sofrimento.

Nesse entendimento, torna-se mais claro qual deve ser o papel do psicólogo e, mais importante, que ele pouco se altera em virtude de qual é a qualidade da perda que coloca uma pessoa em sua frente num hospital. Diante do ser sofrente, faltante e enlutado, o psicólogo deve, simplesmente, convocá-lo a falar de si. A excelência de seu trabalho se dá na medida em que sua escuta e sua intervenção buscam abrir o sujeito para que ele fale de si e, dessa forma, possa inserir a falta como constituinte de sua história e que a partir dela ele possa extrair uma verdade. Entramos aqui, no âmbito da ética do psicanalista, aquela que deve, acima de tudo, fazer o *pathos* do sujeito circular através de sua fala em uma função que deve, na colocação clássica freudiana, fazer advir o Eu onde antes havia apenas Id. Sendo esse *pathos* constituído de uma verdade singular do sujeito, não podemos nos colocarmos no papel de mentor, professor ou médico, qualquer um cuja função explica para o doente o que se passa com ele; ao invés, “o que mais almejamos é que o doente tome suas decisões de maneira autônoma” (FREUD, 1917, p. 573) e fazemos isso de forma a colocá-lo em proximidade com as suas verdades, a sua história, o seu *pathos*. O trabalho do psicanalista se assemelha muito mais, como coloca Maria Rita Kehl (2002, p. 145), ao de um pesquisador: “a ética da psicanálise é uma ética da investigação, segundo a qual a dúvida sempre deve poder abrir uma brecha” e “a possibilidade de investigar a natureza de suas motivações, de seus sintomas” deve ser a atitude com a qual o trabalho do psicanalista deve caminhar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando, aqui, o objetivo de contribuir para uma discussão sobre o lugar de qual o psicanalista no hospital deve falar, chegamos na compreensão de que esse lugar é formado, acima de tudo, por uma função, e que dela deve advir o trabalho de escuta e intervenção do sujeito sofrente para que de suas falas possa ser construído um saber original sobre si. É com esse saber que o psicólogo pode dialogar de um lugar diferente com seus colegas de equipe e contribuir para que o sujeito, ao circular por essas outras formas de cuidado, possa emergir mudado e mais consciente para falar a partir de si como protagonista de sua história de sofrimento, ao invés de passivo diante dela.

Recebido em: 21/10/2016

Primeira decisão editorial: 10/11/2016

Aceito em: 24/11/2016

REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, J. **Erótica do luto no tempo da morte seca**. Trad. Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.
- BERLINCK, M. T. O que é psicopatologia fundamental. **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 115-132, dez. 1997.
- CECCARELLI, P. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 471-477, 2005.
- CECCARELLI, P. O “fundamental” da psicopatologia fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 7-11, set./dez. 2004.
- PARANÁ (Estado). Conselho Regional de Psicologia. **Resolução CRP n. 005/2007**. Institui as normas para preenchimento de prontuários pelos psicólogos dos serviços de saúde. Curitiba, 28 set. 2007. Disponível em: <http://www.portal.crppr.org.br/editor/file/legislacao/resolucao_crp_2007_005.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2017.
- COSTA PEREIRA, M. E. Formulando uma psicopatologia fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 60-76, 1998.
- ELIAS, V. A. Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 87-100, jan./jun. 2008.
- FREUD, S. (1915). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In: _____. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. Trad. e notas: Paulo César de Souza. p. 209-246. v. 12. (Obras Completas).
- _____. (1917 [1915]). Luto e melancolia. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. Trad. e notas: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 170-194. v. 12. (Obras Completas).
- _____. (1916-1917). A transferência. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. Trad. Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. p. 570-593. v. 13. (Obras Completas).
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KEHL, M. R. **Sobre ética e psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.
- LAZZARETTI, C. T. et al. **Manual de psicologia hospitalar**. Curitiba: Unificado, 2007. Disponível em <<http://www.portal.crppr.org.br/download/164.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2017.
- MACHADO, A. V. et al. Sobre o luto: contribuições da psicopatologia fundamental. In: PERES, R. S. et al. (Org.). **Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares**. São Paulo: EDUFSCAR, 2017. p. 100-120.
- MARCON, C.; LUNA, I.; LISBOA, M. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicologia: Ciência & Profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 28-35, mar. 2004.
- MORETTO, M. L. T. **O que pode um psicanalista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- MARTINS, F. O que é pathos? **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 62-80, dez. 1999.
- MOSIMANN, L. T.; LUSTOSA, M. A. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 200-232, jan./jun. 2011.
- SARNO, L.; FERNANDES, A. Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades. **Cógitto**, Salvador, v. 6, n. 1, p. 151-153, mar. 2004.
- SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.