

O que não pode um analista no hospital: a posição do analista e a lógica do conforto por meio da psicanálise diante das demandas hospitalares

Beatriz Silva

Resumo

O trabalho tem como objetivo propor não só a definição da posição do analista, mas também a lógica da oferta de conforto da psicanálise diante das demandas hospitalares. Teve como motivação inicial a observação de que pacientes, familiares e equipes esperam receber, da figura do analista, um tipo específico de conforto e garantia de bem-estar. Logo, esta pesquisa visa ainda a esclarecer o que não pode um analista no hospital em face dessa expectativa estabelecida pelos atores desse cenário. Para tal, pretendeu-se aprofundar o conhecimento disponível acerca do tema a partir do levantamento de dados bibliográficos em abordagem qualitativa, tendo como fonte de pesquisa conceitos e propostas principalmente de autores como Freud e Moretto. Logo, revelou-se que o inconsciente, como foco da atuação psicanalítica, deve ser considerado para que o analista sustente o desvio das garantias de conforto demandadas. Estas, além de impossíveis de ser asseguradas, não consideram a formação única e singular de cada sujeito, estando contrárias à constituição operante na psicanálise. É de responsabilidade ainda do analista promover o manejo psicanalítico para elaboração de rearranjos, gerando efeitos que sustentem a subjetividade do sujeito no tratamento e no posicionamento diante da doença.

Palavras-chave:

Psicanálise; Hospital; Conforto.

What an analyst cannot do in the hospital: the position of the analyst and the logic of comfort through psychoanalysis in the face of hospital demands

Abstract

The objective of this work is to propose not only the definition of the analyst's position, but also the logic of providing comfort in Psychoanalysis in the face of hospital demands. It had, as an initial motivation, the observation that patients, family members and teams expect to receive, from the figure of the analyst, a specific type of comfort and guarantee of well-being. Therefore, this research also aims to clarify what an analyst in the hospital cannot do in view of this expectation established by the actors in this scenario. To this end, it was intended to deepen the knowledge available on the subject from the survey of bibliographic data in a qualitative approach, having, as a source of research, concepts and proposals mainly from authors such as Freud and Moretto. Therefore, it was revealed that the unconscious, as the focus of psychoanalytic action, must be considered for the analyst to support the deviation from the demanded guarantees of comfort. These, in addition to being impossible to ensure, do not consider the unique and singular formation of each subject, being contrary to the operative constitution in Psychoanalysis. It is still the analyst's responsibility to promote the psychoanalytical handling for the elaboration of rearrangements, generating effects that sustain the subjectivity of the subject in the treatment and in the positioning in face of the disease.

Keywords:

Psychoanalysis; Hospital; Comfort.

Lo que un analista no puede hacer en el hospital: la posición del analista y la lógica de la comodidad a través del psicoanálisis frente a las demandas hospitalarias

Resumen

El objetivo de este trabajo es proponer no sólo la definición de la posición del analista, sino también la lógica de brindar comodidad en Psicoanálisis frente a las exigencias hospitalarias. Tuvo como motivación inicial la observación de que pacientes, familiares y equipos esperan recibir, de la figura del analista, un tipo específico de comodidad y garantía de bienestar. Por lo tanto, esta investigación también tiene como objetivo esclarecer lo que un analista en el hospital no puede hacer frente a esta expectativa establecida por los actores en este escenario. Para ello, se pretendió profundizar en el conocimiento disponible sobre el tema a partir del levantamiento de datos biblio-

gráficos en un enfoque cualitativo, teniendo como fuente de investigación conceptos y propuestas principalmente de autores como Freud y Moretto. Por lo tanto, se reveló que el inconsciente, como foco de la acción psicoanalítica, debe ser considerado por el analista para sustentar la desviación de las garantías de comodidad exigidas. Estos, además de ser imposibles de asegurar, no consideran la formación única y singular de cada sujeto, siendo contrarios a la constitución operativa en Psicoanálisis. Sigue siendo responsabilidad del analista promover el manejo psicoanalítico para la elaboración de reordenamientos, generando efectos que sustenten la subjetividad del sujeto en el tratamiento y en el posicionamiento frente a la enfermedad.

Palabras clave:

Psicoanálisis; Hospital; Comodidad.

Ce qu'un analyste ne peut pas faire à l'hôpital: la position de l'analyste et la logique de confort par la psychanalyse face aux exigences hospitalières

Résumé

L'objectif de ce travail est de proposer non seulement la définition de la position de l'analyste, mais aussi la logique de confort en Psychanalyse face aux exigences hospitalières. Elle a eu, comme motivation initiale, le constat que les patients, les proches et les équipes attendent de la figure de l'analyste un type spécifique de confort et de garantie de bien-être. Cette recherche vise donc également à clarifier ce qu'un analyste à l'hôpital ne peut pas faire face à cette attente établie par les acteurs de ce scénario. À cette fin, il était prévu d'approfondir les connaissances disponibles sur le sujet à partir de l'enquête de données bibliographiques dans une approche qualitative, ayant, comme source de recherche, des concepts et des propositions principalement d'auteurs tels que Freud et Moretto. Par conséquent, il a été révélé que l'inconscient, en tant que centre de l'action psychanalytique, doit être considéré pour que l'analyste supporte la déviation des garanties de confort exigées. Celles-ci, en plus d'être impossibles à assurer, ne tiennent pas compte de la formation unique et singulière de chaque sujet, étant contraire à la constitution opératoire en Psychanalyse. Il est toujours de la responsabilité de l'analyste de promouvoir la manipulation psychanalytique pour l'élaboration de remaniements, générant des effets qui soutiennent la subjectivité du sujet dans le traitement et dans le positionnement face à la maladie.

Mots-clés :

Psychanalyse ; Hôpital ; Confort.

Introdução

Desenvolvido pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa – Albert Einstein, o Centro de Simulação Realística (CSR) é um espaço que recria uma cena e, no caso, o cenário de um hospital, por meio de uma estrutura e situação vivida no dia a dia hospitalar. Tem por objetivo promover situações simuladas de forma prática aos alunos, visando ao desenvolvimento de suas habilidades aprendidas em teoria. Em treinamentos para os alunos dos cursos de pós-graduação, uma das práticas monitoradas consistia no cenário simples de uma sala de espera.

Havia na sala apenas um ator, que estava representando o papel do marido de uma paciente em estado terminal. A problemática se resumia em: o marido, extremamente aturdido e consternado, aguardava o analista. Acabara de saber que não restavam chances de cura para sua esposa, já em tratamento de uma enfermidade agressiva há algum tempo. Foi dada então a alternativa de uma cirurgia paliativa e invasiva para postergar seu padecimento. No entanto, ela recusou o procedimento, e tal decisão aceleraria sua morte. O marido, por sua vez, não concordava com a escolha feita pela paciente e pedia insistentemente à equipe que a convencesse do contrário, dizendo que “tudo iria dar certo”.

É a partir dessa cena paradigmática que a pesquisa deste trabalho se justifica, não para uma discussão sobre ela, mas como inspiração. É pensar quais problemas discorrem de uma situação de urgência psíquica que demanda uma resposta imediata para algo que não está ao alcance de ninguém. Dada a situação, é relevante pensar sobre o impacto de se atender exatamente ao que pede o marido, calando a demanda por trás do pedido explícito.

No caso, a psicanálise deveria se ocupar de confortar o paciente, familiar ou equipe médica conforme sua expectativa? Existem riscos impelidos ao assumir essa postura? Haveria efeitos transformadores e rearranjo na posição de quem sofre mediante a garantia oferecida de que “tudo iria dar certo”, sim? Sobretudo, é possível fornecer tais garantias? Cabe, assim, repensar a problemática tomando como base o sentido de tratamento que opera na psicanálise: Qual a lógica do conforto ofertado pelo analista com base no trabalho psicanalítico, então? Por que desviar dessas demandas e garantias hospitalares? O que não pode um analista no hospital, considerando essa atuação?

Para tanto, foi indispensável discorrer sobre o inconsciente e o posicionamento subjetivo, proposto por Freud, no que tange à importância da singularidade de cada sujeito. Acrescentou-se ainda a necessidade de explanar a visão psicanalítica sobre o sofrimento psíquico, o sintoma e o tratamento. Voltados à realidade hospitalar, foram descritos os conceitos de Demanda e Pedido, propostos por Moretto, e sua diferenciação, que teve como base a proposição de Freud ao que se diz sobre “Querer e Desejar”.

Com isso, a lógica do conforto ofertado pelo analista foi comparada ao aconselhamento externo de outras abordagens, sinalizando que a posição do analista estaria em um contrasserviço, caso apostasse nas garantias hospitalares almejadas pelos pacientes, familiares e equipe, indo na direção contrária à psicanálise.

Dessa forma, é possível concluir a forma pela qual o analista não pode atuar no hospital, uma vez que psicanálise não atua com o pedido, mas, sim, com a demanda de cada sujeito. Considerando que cada um é único e singular, o aconselhamento externo e o conforto com base em garantias infundadas não fazem com que o sujeito se aproprie de seu próprio modo de sofrer, muito menos que promova retificações no tratamento.

Desenvolvimento

Freud (1893/2016) se indaga sobre os motivos que levam uma pessoa a assumir uma postura tão singular diante da vida. Por meio do avanço na constituição da psicanálise, o autor reflete que cada doente se transporta de volta para certo período de seu passado infantil, mesmo na vida adulta. Expõe e remonta, nos sintomas de suas enfermidades e pela consequência deles, seu modo de viver a situação presente. Segundo ele, é como se esses doentes jamais tivessem superado um trauma de infância, e isso se configura de maneira específica para que conduzam as adversidades de sua vida atual.

A partir daí, o autor, então, traça um caminho de elaborações teóricas que compreende que o modo de se relacionar do sujeito diz algo singular sobre sua subjetividade, sendo esta constituída por ideias ou representações. Freud, ao atribuir o inconsciente à via do desejo, destaca o aspecto particular da operação psíquica de cada indivíduo.

Mais tarde, de acordo com o que propõe Freud (1911/2010) sobre esse conceito, a atemporalidade em que se constituem as memórias e os traumas forma um material recalcado, que realiza a recondução ao passado, interferindo no modo de viver do sujeito, ainda que ele não tenha consciência disso. “Ele não reproduz como lembrança, mas como ato, ele o repete, naturalmente sem saber que o faz” (Freud, 1911/2010, p. 112). Em curto espaço de tempo, traz para a vida psíquica uma mesma forma de resolução costumeira ao sujeito.

Tal proposição proporciona ao analista a obrigatoriedade de pensar de modo singular cada doente, uma vez que o trauma é constituído de maneira única e individual. O paciente, segundo Freud (1911/2010), tem pensamentos que produzem efeitos e, consequentemente, sintomas específicos, que, embora semelhantes, foram instalados de maneira singular de pessoa para pessoa. São fatos como esses que colocam a condição de a psicanálise refletir sobre os processos psíquicos inconscientes de cada sujeito, pois são esses processos que dão sentido e direção aos sintomas.

Tomando como base as históricas, que se revelavam ao jovem dr. Freud em 1983, corrobora-se o modo singular do corpo adoecido, em que os sintomas escapam à anatomia. Freud percebe que não é na cena médica que a histórica será curada, pois a resolução de seu drama não está no discurso médico, mas, sim, em seu próprio discurso. “Os fenômenos do corpo não estão livres de uma representação psíquica, ainda que o sujeito não saiba que representação é essa” (Freud, 1893/2016, p. 87).

É assim que a reflexão sobre “corpo e mente” começa a possibilitar a ação da psicanálise. Então, nos estudos sobre a histeria, Freud visualiza a não viabilidade de traçar protocolos de um tratamento igual a todas as pacientes, uma vez que não funciona de forma uniforme.

Sobre isso, Freud (1911/2010) intervém, constatando que os sintomas dos enfermos, assim como os sonhos, por exemplo, guardam relação com as vivências do paciente. Dessa forma, segundo o autor, ouvir o paciente de um lugar não médico possibilita encontrar outra via de tratamento.

Isso porque os sintomas não são formados por processos conscientes, pois são, geralmente, frutos da história singular de cada paciente. O sintoma, como uma das formações do inconsciente, é o que possibilita também o estudo da psicanálise. Freud encontra, então, uma via pela qual os sintomas podem ser escutados e tratados: a associação livre (Freud, 1917/2014, p. 118).

A associação livre, considerada por Freud (1904/2016) uma regra fundamental da psicanálise, tem por objetivo tornar possível o uso da palavra no lugar do sintoma. É no livre fluxo de pensamento e ideias, quando o paciente diz o que lhe vier à mente, com ou sem sentido aparente, que o analista tem acesso à investigação do inconsciente, que se relaciona com a origem dos sintomas.

Na visão das autoras Silva e Souza (2022), a concepção de sintoma, pela via psicanalítica, pode ser entendida como a direção que cada um dá e expressa um conflito particular. O sintoma anuncia ao sujeito algo que ele não consegue organizar e fazer de outra forma que não essa que se repete. Na prática da psicanálise, isso opera de forma singular, considerando a base da fixação do sujeito em determinada posição, que é o ponto que une seu modo individual de satisfação inconsciente.

Assim, para Freud (1905/2016), não é desfazer o sintoma, mas, sim, fazer com ele. Para a psicanálise, a angústia é mais que um sentimento que se vê em senso comum, mas funciona como uma bússola para o inconsciente. O autor pondera que o analista deve se interessar pelo sofrimento narrado pelo paciente, pois é um caminho até sua verdade.

Nesse contexto em que o sintoma vira parte do processo de cura, a máscara da angústia pode cair e revelar o que há por trás da manutenção desse sofrimento.

Considerando que a definição de saúde, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2006 (World Health Organization, 2022), é o estado de completo bem-

-estar físico, mental e social, e que cura é a eliminação de sintomas, a psicanálise entra para se ocupar do sujeito e então modificá-lo com uma nova visão acerca dessas definições, visto que, para a medicina, segundo Moretto (2017), um paciente curado pode significar um paciente a ser tratado para a psicanálise. O imperativo na medicina trata da exclusão da subjetividade de todos os envolvidos em situações médicas, enquanto a psicanálise se atém a trazê-la de volta.

A medicina busca calar o sintoma, visando ao bem-estar do paciente. Já a psicanálise dá voz ao sintoma, tirando-o do plano inconsciente, pois é escutando o sujeito que sua subjetividade virá à tona. Pensando que é sustentando o discurso do sujeito que a psicanálise se constitui, ele tem algo a dizer que ninguém mais poderia dizê-lo em seu lugar. Ou seja, a noção de saúde e doença de cada um é singular de cada indivíduo e em cada momento específico de sua vida. Logo, a transformação de quem sofre diante de seu sofrimento só terá efeito quando essa condição for levada a cabo.

Assim, a psicanálise tem sua inserção nas instituições de saúde a partir da construção e da necessidade de um lugar de subjetividade para aquele que sofre e que não diz respeito apenas à doença literal. Segundo Sarno e Fernandes (2004), é no abalo da ética médica que surge um lugar para a psicanálise no hospital. A importância desse saber é configurada a partir do surgimento de um sujeito nesse cenário. É um sujeito complexo, que está fora do alcance dos cuidados médicos, e que nada mais lhes podem oferecer.

De acordo com Castellani e Moretto (2016), a relação que um sujeito estabelece com o adoecimento e o tratamento é imutável a partir de um aconselhamento/saber técnico externo pela psicanálise. A mudança ocorre justamente quando o inconsciente é colocado em cena. Convocado, dá condições para que o sujeito faça rearranjos com seus sintomas.

É claro que, nos diversos dispositivos de saúde, o objetivo a ser alcançado se concentra no cuidado e na priorização da vida humana, sendo pedido o tratamento do sofrimento por suas diversas causas e por vários meios. O analista, nesse contexto, será definido pela forma como responde a esses pedidos. Segundo Moretto (2006), é isso o que possibilitará ou não a sustentação de sua clínica na instituição e no tratamento analítico do paciente. O analista deve, então, estar atento em apurar a demanda contida no pedido, antes de responder a ele prontamente, uma vez que não há equivalência entre o que se pede e o que se demanda, considerando pedidos tanto de pacientes quanto da equipe e de familiares.

Isso porque, de acordo com a autora, o encaminhamento/pedido que chega à psicologia em uma instituição de saúde traduz uma postura não explícita em face da subjetividade, que determina o tipo de demanda feita ao analista.

Segundo Moretto (2002), é nesse momento que se faz importante a diferenciação entre pedido e demanda: aqui, pedido equivale a encaminhamento. É o meio

pelo qual se pede algo ao analista, encaminha-se uma solicitação de atendimento, indicando um problema ou situação a ser atendida. Já a demanda indicará ao analista a direção da intervenção. É basicamente a diferença essencial entre o “querer e desejar” proposto por Freud.

É assim que se torna possível afirmar que a lógica do conforto por meio da psicanálise não atuará com o pedido, mas, sim, com a demanda. O analista não deve se render à tentação de oferecer o conforto pelo conforto. O trabalho psicanalítico vai além disso, ao sustentar a posição do analista ao trabalhar contra as garantias de bem-estar tão requeridas no hostil ambiente hospitalar.

Não é possível afirmar e recorrer ao conforto de que tudo ficará bem, pois não se sabe se é isso que o sujeito demanda, ainda que o peça. “Perante um pedido de cura de um sintoma, por exemplo, o psicanalista há de considerar a forte possibilidade de o sujeito pedir a cura de um sintoma quando o seu desejo é o de permanecer com ele, e a sua demanda é a de ser reconhecido e avaliado como doente” (Lacan, 1966 citado por Moretto, 2017, p. 280).

Segundo a autora, o queixante pede por alívio, pedido esse que traz em si o caráter de representatividade do sintoma. O pedido por alívio vem carregado de sentidos, como o de acalmar, eliminar situações desagradáveis, convencer alguém de algo que ainda não se conseguiu, socorrer lamúrias, ou seja, “encontrar fórmulas e estratégias antiangústia” que confortem ou consolem o sujeito diante de sua situação de enfermidade (Moretto, 2002).

O pedido por alívio trata-se do pedido pela extirpação de algo que é tido como estranho ao sujeito. Moretto (2002) sinaliza que é justamente esse pedido que o analista não acata, não responde, pois a análise trata-se justamente do esforço de trabalho por parte do paciente a partir da associação livre, fazendo-o perceber que sabe mais do que o que diz. Não é o analista que deve assumir a posição de um Outro absoluto que preencherá a falta existencial inerente a cada ser humano e dessa forma fechar qualquer possibilidade de “salvação” do sujeito. Não é o analista que oferecerá consolo e compaixão infundada ao paciente com o simples objetivo de confortá-lo em face da situação delicada.

É essencial que se afirme que o conforto, por meio da psicanálise, não pode ser considerado tal qual a garantia do alívio de um sofrimento, uma vez que essa atuação representaria um contrasserviço, indo em direção contrária à ética que prega a psicanálise. Isso porque, de acordo com Lacan (1959 citado por Moretto, 2006), a ação do homem tem um sentido escondido para o qual se dirige. Logo, a ética da psicanálise rege que haja a análise da relação da ação com o desejo que a habita, diferentemente de outras abordagens, que ocupam o lugar de gozo e satisfação do pedido.

É possível que, em outras abordagens teóricas, o conforto, o consolo e o alívio sejam a melhor forma de sustentar um paciente, familiar ou equipe em meio a

uma situação complexa no ambiente hospitalar. No entanto, Moretto (2002) exalta que, nesse sentido, o lugar ocupado pelo analista não pode ser esse, sendo uma posição impossível de ser sustentada. Isso não quer dizer que o analista não confortará o demandante de seu trabalho, mas isso não de forma a satisfazer o pedido de seu paciente. É, ao final, escutar a real demanda e implicá-la.

É somente agindo com essa ideia de conforto, embasado no trabalho psicanalítico, que o sujeito se moverá, promovendo transformações, nesse contexto. Dessa forma, segundo Moretto (2006), faz-se necessário ressaltar que o analista servirá como um agente de atenção à subjetividade no hospital, de modo a realizar a escuta da singularidade de cada um. Quando o analista auxilia na promoção da fala do sujeito e oferece uma escuta diferente (posição analítica), possibilita que o próprio sujeito se escute, abrindo espaço, então, para a subjetivação e, consequentemente, para o conforto praticado pela psicanálise.

Não corresponde à psicanálise curar a angústia, mas, sim, compreendê-la. E é nesse processo que analista e paciente trabalham para revelar o sujeito desejante por trás do hospedeiro de uma doença. Somente assim, associando livremente, falando sobre si e o analista ali para escutá-lo, é que será possível prover o conforto por meio do trabalho psicanalítico, elaborando sobre o lugar que a angústia ocupa no sintoma e na fantasia dele (Ledo & Moretto, 2016).

Considerando isso, em situações de urgência psíquica demandantes de respostas imediatas, é tentador que se sigam outras abordagens no ambiente hospitalar, uma vez que é conveniente, para a equipe médica e para os familiares, canalizar em alguém uma espécie de garantia de que o tratamento vai funcionar, de que tudo dará certo, mesmo correndo o risco de excluir o sujeito, mesmo em nome de seu próprio bem, mas essa é uma resposta imediata para algo que não está ao alcance de qualquer que seja o profissional.

Segundo Krodi (2009), essas certezas e garantias são constantemente questionadas, e os profissionais se sentem convocados a responder sobre aquilo que se encontra fora de seu controle. Logo, é nesse momento que a garantia, tida como infalível, pode demonstrar sua impotência, já que atuar atendendo exatamente ao que se pede é calar a demanda por trás do pedido, gerando impactos negativos no sentimento do sujeito em face da doença.

De acordo com Sarno e Fernandes (2004), por não considerar o inconsciente, outras linhas teóricas não diferenciam o que se quer do que se deseja, tal qual a diferenciação entre pedido e demanda. Logo, as demais éticas implicam uma assistência que acredita saber sobre o bem-estar do paciente. Já a psicanálise é orientada por uma ética em que não é possível estabelecer o que é o bom para o outro, sendo a plenitude do bem-estar impossível.

Logo, ressalta-se que a psicanálise de modo algum se ocupa em confortar o paciente, familiar ou equipe médica conforme sua expectativa, uma vez não ser

possível fornecer garantias no tratamento, sendo justamente essa a lógica de conforto da psicanálise, uma vez que não haveria efeitos transformadores e rearranjo na posição de quem sofre mediante o alívio reconfortante de que “tudo iria dar certo”, sim. Esse lugar de garantia não cabe à psicanálise. O analista não é uma garantia, uma vez que isso é um equívoco, pois assumi-la implica a desistência do discurso analítico.

Não se trata, senhores, da Psicologia dar garantias, até porque elas não existem nem na Medicina, do contrário não estariam sendo pedidas, (...) mas de uma questão de lógica e, a partir dela, da lógica na qual vamos nos referenciar — de poder, enquanto equipe, trabalhar com a não-garantia, e também de suportar e nos responsabilizar por isso. (Moretto, 2006, p. 74)

É então nesse contexto que o sentido do trabalho do analista deve salientar a aposta na experiência subjetiva de cada caso na instituição, no resgate da subjetividade como norteador de práticas, e não apenas conduzir um trabalho, de modo a adaptar os indivíduos à situação de adoecimento, mas, a partir dela, trabalhar com a lógica da transformação do sujeito em sua singularidade radical, considerando cada urgência médica.

É somente assim que paciente, familiar e equipe poderão lidar e se responsabilizar (entre perdas e ganhos) por suas próprias decisões. O analista, então, não pode se eximir de oferecer uma escuta diferenciada ao paciente, pois o discurso predominante no contexto hospitalar já não promove a fala do sujeito. Logo, abrir a possibilidade de o sujeito escutar-se dá chance à subjetivação e à promoção do conforto pela lógica da psicanálise.

Conclusão

A hipótese de que o analista não deveria se ocupar de confortar o paciente, familiar ou equipe médica tal qual sua expectativa possibilitou esquadrihar os riscos impelidos ao assumir essa postura no ambiente hospitalar. A ideia de conforto remete a proteção, comodidade e aconchego. Logo, a dificuldade de conciliar as palavras “conforto” e “psicanálise” se impõe de maneira evidente, uma vez que a abordagem psicanalítica propõe a implicação. É sabido que a psicanálise incomoda, pois dá voz ao sintoma, e não o cala, desloca o sujeito de posição e gera desconforto. Ainda assim, objetiva o alívio de sofrimento.

Dessa forma, pensando no alívio, esse tema foi percorrido nas pesquisas realizadas para este trabalho, a fim de chegar à descoberta de como é, então, que a psicanálise se coloca diante das situações de urgências, desmistificando, assim, a ideia de que ela não conforta. Ela, sim, o faz, mas à sua maneira.

Para isso, foi necessário entender que atender ao pedido explícito não funciona, pois, pelo trabalho analítico, deve-se ouvir a demanda por trás desse pedido. É necessário ainda considerar que o conforto, quando não embasado pelo trabalho psicanalítico, não promove efeitos transformadores e rearranjo na posição de quem sofre. Isso porque a forma de conduzir o atendimento se compõe de modo singular, assim como a constituição de cada um.

Dessa forma, a partir desta pesquisa, abriu-se campo para pensar a posição do analista no hospital, quando são demandadas garantias de conforto. Agir da mesma forma, oferecendo o mesmo tipo de conforto para todos, é fechar portas para a possibilidade de se discorrerem mudanças significativas no sujeito. Logo, não se trata de fornecer uma resposta imediata para algo que, como se comprovou, não está ao alcance de ninguém, mas, sim, de ouvir o sujeito e fazer com que chegue à sua própria resposta.

Há impactos de se atender exatamente ao que pede o paciente, familiar ou equipe no ambiente hospitalar. No caso da atuação psicanalítica, o dever de confortar o sujeito conforme sua expectativa e ainda de ser depositário do alívio infundado das garantias demandadas não deve ser parte da atuação do analista, pois essa atitude impele a riscos diante do sofrimento do sujeito.

Além de impossível de ser garantido, o conforto oferecido de que “tudo vai dar certo” não corresponde ao sentido de tratamento que opera na psicanálise, fazendo-se imprescindível considerar a singularidade para que haja a promoção da transformação.

Com isso, o objetivo geral deste trabalho foi atingido, e, assim, repensando a cena proposta no CSR do Einstein, o marido, se acolhido pelo analista com a mensagem de que tudo daria certo naquele momento, encontraria a resposta exata ao seu pedido. Essa resposta, tal qual o pedido que se fez, traria uma alegria imediata e satisfatória ao familiar, interrompendo seu choro e descontentamento. No entanto, a solução mágica não traria reflexão sobre o real desejo por trás do explicitado por ele. Logo, sua demanda não seria escutada, muito menos elaborada.

Nessa cena, caso o analista optasse por responder ao pedido com a garantia de que tudo correria bem, mais tarde se depararia com uma situação fora de seu controle e oposta ao prometido ao marido, uma vez que a esposa detinha uma doença terminal.

Assim: O que faria o analista, depois de responder ao pedido, diante da impossibilidade de salvar a esposa? Como atuaria o analista, ao notar que a solução mágica proposta não foi válida? O que diria o analista ao marido, quando percebesse que o curso da doença não percorreu o caminho esperado pelo marido, assim como ele lhe prometeu? Quais impactos seriam gerados nessa relação e no sujeito diante da surpresa, já que não estavam considerando a impotência dessa prerrogativa?

Portanto, assumir um conforto não baseado no trabalho psicanalítico é um risco, pois, além de trazer angústia ao profissional e deixá-lo em uma situação não ética e desconfortável, não colocaria o paciente em uma posição transformadora diante de seu sofrimento, fazendo com que gerasse apenas garantias infundadas.

Referências bibliográficas

- Castellani, M. M. X., & Moretto, M. L. T. (2016). A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Revista SBPH, 19(2)*, 24-43. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100034
- Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 10). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1911-1913)
- Freud, S. (2014). Conferências introdutórias à psicanálise. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 13). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1916-1917)
- Freud, S. (2016). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 2). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1893-1895)
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“o caso Dora”) e outros textos. In S. Freud. *Obras completas* (Vol. 6). São Paulo: Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1901-1905)
- Krodi, P. (2009). *Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em unidade de terapia intensiva neonatal*. Dissertação de mestrado, Escola de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-01122009-090146/pt-br.php>
- Ledo, I., & Moretto, M. L. T. (2016). Inscrição da clínica psicanalítica na instituição de saúde. *Fundamental Psychopathology Organization, 20(1)*, 658-666. Recuperado de <http://www.fundamentalpsychopathology.org.br/uploads/files/Anais%20Congresso%202016/11.pdf>
- Moretto, M. L. T. (2002). *O que pode um analista no hospital?* (1a ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”*. Tese de doutorado, Escola de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://eloizaquintela.com.br/o%20psicanalista%20no%20transplante%20de%20fgao.pdf>
- Moretto, M. L. T. (2017). A presença do pensamento freudiano no campo da saúde. In *Por que Freud hoje?* (pp. 190-213). São Paulo: Zagodoni.

- Sarno, L., & Fernandes, A. (2004). Psicanálise e hospital geral: limites e possibilidades. *Revista Cógito*, 20(2), 151-153. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100034
- Silva, B., & Souza, E. R. (2022, setembro). O amor e seus impactos: uma análise clínica do amor na vida de princesa Diana. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 7, 9, 8, 87-121. Recuperado de <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/analise-clinica-do-amor>
- World Health Organization (2022). *Human rights and health*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Recebido: 01/12/2021

Aprovado: 15/12/2021