

# Integralidade na Assistência em Saúde: desafios e impasses

## Completeness in health care: challenges and dilemmas

Luiz Felipe Freitas Barros <sup>1</sup>, Denise Saleme Maciel Gondim <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Pós-graduado em Psicologia da Saúde – Faculdade de Medicina de Campos e Psicólogo do Hospital Público de Macaé. E-mail: lffbarros@yahoo.com.br, telefone: (22)998264100

<sup>2</sup> Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde – Ensp/Fiocruz e Coordenadora de Psicologia do Hospital Ferreira Machado;

### RESUMO

A proposta deste artigo é discutir a visão de integralidade no campo da saúde tecendo uma interlocução com a psicanálise. O hospital, lugar de vida e morte para o sujeito humano, produz efeitos nocivos a partir da internação com seus instrumentos diagnósticos, invasivos e próprios da tecnologia médica. O modelo biomédico vigente ratifica estes efeitos na medida em que não considera a subjetividade humana. O conceito de integralidade na assistência nos convida ao olhar globalizante sobre o indivíduo, configurando o modelo psicossocial, que se apresenta como uma crítica ao modelo anátomo-clínico, ou biomédico, surgido no final do século XVIII. O foco se volta para uma análise crítica dos obstáculos envolvendo o modelo biomédico e seu atravessamento pelos diversos discursos que compõem o ambiente hospitalar. O texto problematiza a visão de sujeito emancipado, inaugurada pela ciência moderna levando a uma visão utópica do sujeito intacto, completo. Por fim, o presente artigo ainda traz à tona as contribuições psicanalíticas, saber inaugurado por Freud e posteriormente trabalhado por Lacan, sobre o lugar da psicanálise e suas possibilidades no âmbito do hospital geral, local de dor e sofrimento onde o modelo biomédico se apodera através de seu reducionismo orgânico fortemente enraizado.

**Palavras-chave:** Integralidade; Psicologia Hospitalar; Psicanálise; Hospital Geral.

### ABSTRACT

The purpose of this article is to discuss the vision of wholeness in health weaving a dialogue with psychoanalysis. The hospital, a place of life and death to the human subject, is dangerous from the hospital with their diagnoses, invasive and native instruments medical technology effects. The prevailing biomedical model confirms these effects in that it does not consider human subjectivity. The concept of integral care globalizing invites us to look at the individual, setting the psychosocial model, which presents itself as a critique of the anatomical-clinical model, or biomedical, emerged in the late eighteenth century. The focus turns to a critical analysis of the obstacles involving the biomedical model and its crossing by the various discourses that make up the hospital environment. The text discusses the vision of emancipated subject, opened by modern science leading to a utopian vision intact, complete subject. Finally, this article also brings up the psychoanalytic contributions, knowing inaugurated by Freud and Lacan later worked on the place of psychoanalysis, the analyst's and its possibilities within the general hospital, place of pain and suffering where the model biomedical seizes through its organic reductionism strongly rooted.

**Keywords:** Completeness; Health Psychology; psychoanalysis; General Hospital.

## Introdução

O conceito de saúde proposto de pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da Assembléia Mundial de Saúde, de 1983, é definido por “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, ou seja, engloba as múltiplas faces do sujeito, incluindo não só aspectos de funcionamento somático, mas também fatores determinantes como o estilo de vida dos indivíduos e comunidades. A palavra “dinâmico” aponta para um horizonte em que o binômio saúde-doença se explica numa estrutura em constante movimento para além do biológico, envolvendo elementos de historicidade não só do sujeito, mas do meio socioeconômico e cultural em que este está imerso. Nesse sentido, promover saúde não se limita a erradicar enfermidades, mas proporcionar meios de melhorar a qualidade de vida em vários aspectos.

Nesse contexto, se faz necessário uma assistência integral à saúde que, no campo da saúde pública pressupõe uma abordagem que se proponha a dar resolatividade às questões de saúde relacionadas aos indivíduos e comunidades, levando em consideração suas múltiplas faces, sejam elas de ordem biológica, psíquica, social, política, econômica, cultural e, mais recentemente incluída nesse leque, espiritual.

A inclusão da esfera psíquica nesse campo da integralidade evoca o modelo biopsicossocial, contribuindo para a construção da interface entre os diversos campos do saber.

O hospital geral, local de predominância do modelo biomédico, seja diretamente pela figura do médico, ou indiretamente através dos discursos que são atravessados por esse modelo, muitas vezes, destituem o paciente de seu arcabouço sócio-histórico, transmutando o indivíduo em mero objeto de intervenção e invasão de saberes. Na atualidade, o indivíduo fica à mercê de exames laboratoriais e de imagem, procedimentos invasivos, de modo a se chegar a um veredicto diagnóstico e a uma proposta de tratamento. Não se trata, aqui, de desprezar a importância do saber médico e dos avanços tecnológicos no campo da saúde. Na grande maioria dos casos, tais elementos adiantam o processo diagnóstico, evitando-se uma perda de tempo que pode ser fatal. O problema surge

quando a dimensão da subjetividade é desconsiderada.

O processo de negação da singularidade coloca em cheque a proposta de uma assistência abrangente, que se destina a levar em consideração as múltiplas faces do indivíduo. O sujeito internado perde sua identidade, sua historicidade e toda a cadeia simbólica que o cerceia, através de práticas verticais e discursos atravessados pelas bases de poder de uma medicina essencialmente organicista, predominante no lócus do hospital. Muitas vezes o paciente já chega ao hospital em situação de trauma físico e/ou psíquico, em função de uma série de situações imprevisíveis que não só destroem o corpo, mas também aquilo que é da ordem do impalpável: a palavra. O sujeito é tomado pelo silêncio ou por gritos de dor. Sua capacidade de elaboração psíquica é temporariamente devastada pelo evento traumático e tal situação pode ser agravada por uma equipe hospitalar que não leva em consideração o aspecto psíquico.

Neste sentido, a ciência psicológica entra em cena através de intervenções com o sujeito em um ambiente onde a objetividade, o tempo e a fugacidade são palavras de ordem. O que é da ordem do inclassificável promove uma ruptura e se coloca como uma questão para o indivíduo e as equipes. Muitas vezes é nesse momento que o saber psicológico é evocado como ponto reticente que atordoa o positivismo da ciência: o inconsciente se faz presente através daquilo que angustia, que incomoda, e que nem sempre pode ser traduzido em palavras. Nesse contexto, o debate do subjetivo só se torna visível no espaço do hospital enquanto debate de normatização: a busca por respostas que escapam dos tentáculos do caráter objetivo e objetivante da ciência.

É nesse ponto que o saber psicanalítico “ inaugurado no final do século XIX por Freud “ pode trazer contribuições significativas. A psicanálise se insere no contexto hospitalar enquanto discurso que privilegia o campo do simbólico como constituinte do inconsciente. Embora se distancie da psicologia em vários aspectos do ponto de vista teórico, é na inserção desse campo de saber no ambiente hospitalar que o discurso psicanalítico encontra a sua porta de entrada. O discurso da psicanálise no hospital opera enquanto dispositivo de manejo da subjetividade inconsciente, da singularidade do desejo e se distingue dos demais campos de saber reunidos em prol da ciência. Longe da privacidade de um *setting* analítico, as possibilidades de atendimento são bastante adversas. O ambiente hospitalar é coletivo, os encontros são fugazes, os sujeitos não chegam impulsionados pelo desejo e as

respostas à questão da subjetividade são solicitadas de imediato pelos vários campos de saber.

O presente artigo tem como objetivos: apresentar os conceitos de integralidade na assistência à saúde; discorrer sobre os efeitos nocivos de uma internação em um hospital geral; e, por fim trazer à tona – com base nos fundamentos da psicanálise “ a discussão sobre as possibilidades e entraves de uma assistência em saúde que se destina a dar conta de todas as esferas do campo do sujeito. Esse trabalho se faz necessário não só por articular as contribuições do saber psicanalítico à proposta de um modelo que leva em consideração a subjetividade e a singularidade em detrimento do predomínio de um saber biomédico reducionista, mas também por problematizar a proposta da integralidade com base no conceito de divisão do sujeito proposto pela psicanálise. Como podemos pensar em um modelo de assistência em saúde que visa um olhar globalizante sobre o sujeito, se o próprio, estruturalmente, já é desde o início ou até mesmo antes de sua existência demarcado pela incompletude?

### **A integralidade na assistência à Saúde**

O processo de reforma Sanitária estabelecido no Brasil a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, alcançou seu ápice em 1988 na Constituição Federal, por meio de mobilizações dos mais variados segmentos da sociedade. O documento institui a noção de saúde como direito de todos e dever do Estado, além de garantir o acesso igualitário e universal aos serviços em todos os seus níveis. Além disso, aprova o Sistema Único de Saúde (SUS) que, posteriormente, através da lei 8080/90, organiza os serviços em todo o território nacional, regidos pelos princípios de integralidade, universalidade e descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo.

Fleury (2009) ressalta que a base de discussão do projeto da reforma sanitária “fundou-se na noção de crise: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário da população, crise do sistema de prestação de serviços de saúde.” (p.747). A Saúde Coletiva emerge enquanto campo de saber, trazendo como contribuição o entendimento dos determinantes sociais da saúde. A autora ainda discorre que dessa forma, influenciada pelo modelo marxista, adotou-se uma concepção ampliada da saúde “como resultante das formas de

organização social da produção, mas também como fruto das lutas populares cotidianas, ambas atuando na conformação de sua concretização histórica e singular.” (p.747).

O princípio de integralidade da assistência é entendido como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

Mattos (2004) aponta três conjuntos de sentidos que o termo integralidade oferece. O primeiro diz respeito ao alcance das esferas governamentais através de ações com vistas à resolutividade de questões voltadas para a saúde, articulando aspectos preventivos e assistenciais. Um segundo conjunto se refere aos aspectos de organização dos serviços de saúde em seus diferentes níveis. E um terceiro, e não menos importante, voltado para os atributos da prática de saúde. Embora com a implementação do Sistema Único de Saúde o conceito de integralidade esteja intimamente atrelado ao de universalidade do acesso como princípios norteadores, este último se mostra bem mais visível, mesmo que ainda esteja bem distante do ideal. Os avanços no campo da integralidade ainda se mostram vagos e sem consistência, operando de forma eficaz em casos isolados.

O autor articula assistência em saúde à idéia de demanda a partir da experiência manifesta de sofrimento que encontra alento nos serviços propostos através de uma construção social, embora se apresente como uma experiência singular de sofrimento. Já as ações preventivas são aquelas que se antecipam à experiência individual de sofrimento ainda no silêncio dos órgãos. A integralidade, na prática, requer manejo no sentido de unificar ambas as ações:

De um lado, apreender de modo ampliado as necessidades de saúde. De outro, analisar o significado para o outro das demandas manifestas e das ofertas, que podem ser feitas para responder às necessidades apreendidas, tendo em vista tanto o contexto imediato do encontro, como o contexto da própria vida do outro, de modo a selecionar aquilo que deve ser feito de

imediatos e gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico daquele encontro. (MATTOS, 2004, p. 1414).

A visão de integralidade da assistência, se recente no campo da saúde pública, faz parte do arcabouço teórico das ciências psicológicas, como por exemplo, da Psicossomática. A medicina psicossomática, termo criado pelo psiquiatra alemão Heinroth em 1918, se destinou a uma compreensão das influências do psíquico no somático e vice-versa. O dualismo cartesiano mente-corpo apresentado no século XVII, provocou uma ruptura, influenciando a medicina clássica a fundamentar sua prática com base nessa dissociação. As doenças eram investigadas com base na localização observável de processos patológicos, a partir dos estudos minuciosos de anatomia, caracterizando uma prática estritamente organicista.

A partir de influências da psicanálise que indica uma “íntima ligação da mente com o corpo no sentido de produzir prazer, sofrimento, saúde, lesão ou doença” (Eksterman, 1992, p.28) e, em virtude das demandas frente à emergência do social e à nova concepção de saúde pela OMS, o movimento psicossomático ingressou pelas veredas da interdisciplinaridade como método e instrumento de seus estudos. Nesse sentido, o modelo promove uma ruptura com a exclusividade médica e se estende aos mais variados campos de saber. Neste momento a psicologia entra em cena com sua entrada progressiva no hospital, no fim da década de 1950, e a visão do adoecimento passa a levar em consideração o agravamento decorrente da hospitalização. Angerami-Camon (1995) descreve esse processo:

A doença passa a ser tida, então como um estado de crise agravado pela hospitalização, que interfere diretamente sobre o estado emocional do indivíduo, refletindo em sua desarmonização, em um desequilíbrio total. (1995, p. 28)

Nesse sentido, a Psicologia Hospitalar se constitui como disciplina que visa aspectos que até então não haviam sido apoderados por nenhuma teoria ou escola de psicologia geral. Segundo Simonetti (2004, p.18) “os aspectos psicológicos não existem soltos no ar, e sim encarnados em pessoas”. Dessa forma todos os atores que envolvem o ambiente hospitalar são incluídos enquanto objeto de estudo e atuação da psicologia hospitalar: além dos pacientes, seus familiares, acompanhantes e a própria equipe multidisciplinar.

### **O modelo Biomédico e o Hospital**

A medicina passa por uma ruptura ao fim do século XVIII, quando deixa de ser meramente classificatória e passa a seguir um viés anátomo-clínico, caracterizando o que Foucault (1979) denominou de medicina moderna. “Nessa perspectiva, passa-se a pensar a doença como localizada no corpo humano, e a anatomia patológica, até então sem nenhuma função para uma medicina eminentemente erudita, insere-se na prática médica.” (Guedes et al, 2006, p.1095). A partir dessa visão, se estabelece uma relação íntima entre o sintoma e a lesão de um órgão correspondente, que não comporta a singularidade do processo de adoecimento e internação, tampouco a influência de questões psíquicas que atravessam cada quadro clínico.

Essa forma de se configurar a medicina é hoje denominada de biomedicina, pela sua estreita vinculação com disciplinas oriundas das ciências biológicas. O referencial da clínica médica passa a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo do médico é identificar a doença e sua causa. Basta remover a causa para que haja a cura da doença. Doença e lesão estabelecem uma relação de co-dependência, uma necessita da outra para existir. (IDEM, p.1096)

Esse novo paradigma, herdeiro da racionalidade moderna, aproxima a medicina ao positivismo científico, objetivável, afastando-a dos



aspectos subjetivos na compreensão do binômio saúde-doença:

Desse modo, estabeleceu-se uma dicotomia entre o diagnóstico, seara da ciência, e a intervenção terapêutica, território da arte, sendo a última permeada de incerteza e a possibilidade de fracasso, além de ser compartilhada com o paciente. Verificou-se, então, uma verdadeira cisão entre teoria e práticas médicas, que termina por fragmentar também o paciente (sintomas objetivos x sintomas subjetivos). Na maioria das vezes, os sintomas subjetivos não são levados em conta, ou mesmo, não se sabe como “dar conta” deles. (IDEM, IBID.)

Esse modelo sofre uma série de contradições pois nem todos os tipos de doença se processam da mesma maneira. Excluir a dimensão subjetiva só acaba por agravar tal antítese.

O modelo anátomo-clínico ou biomédico, surgido no final do século XVIII, encontra no Hospital geral sua morada, um local de produção de saber, uma vez que o objeto de estudo – o corpo e seus sistemas fora do padrão de funcionamento dito normal - é encontrado em abundância. O foco na doença, em detrimento do doente, transmuta o sujeito em objeto de invasão de saberes, procedimentos e práticas verticalizadas que o destituem de sua historicidade, de sua cultura e, muitas vezes, de sua própria identidade (“o câncer de próstata do leito 68” ou “o trauma raquimedular à direita do corredor”), ao que Goffman caracteriza como processo de “mortificação do eu”.

Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa a uma série de **r e b a i x a m e n t o s**, degradações, humilhações

e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não **i n t e n c i o n a l m e n t e**, mortificado. (GOFFMAN, 2003, p. 24).

Mesmo o Hospital geral não sendo uma “instituição total” tal como definiu Goffman (idem) em seu livro “Manicômios, prisões e conventos”, os pacientes sofrem, durante o período de internação, uma série de “ataques ao eu”. São colocados em uma posição de seguir regras e rotinas. Precisam dormir, se alimentar e manter seus hábitos de higiene no ambiente hospitalar, em horários pré-determinados. Em uma enfermaria de pós-operatório em ortopedia, por exemplo, é muito comum encontrarmos pacientes em posição de restrição total ao leito em função de fraturas em membros inferiores. Tais pacientes realizam suas refeições e suas necessidades no próprio leito e, muitas vezes, sua “estadia” ultrapassa 60 dias, em função da espera por materiais necessários a procedimentos cirúrgicos. No caso de quadros de agitação psicomotora em virtude de fatores externos (intoxicação por substâncias psicoativas ou abstinência) ou quadros orgânicos (traumas crânio encefálicos, descontrole de taxas em diabéticos ou insuficiência renal), o sujeito é contido medicamentosa e/ou fisicamente, além de ficar sob uma vigilância estigmatizante da equipe de enfermagem.

O internado deve apresentar uma renúncia à sua vontade. Menos ritualizada, mas igualmente extrema é a perturbação da autonomia que decorre do fato de estar fechado numa enfermaria, (...) amarrado num roupão, e assim não ter liberdade para pequenos movimentos de ajustamento (GOFFMAN, 1974, p.46).

Na atualidade, o indivíduo fica à mercê de exames laboratoriais e de imagem, procedimentos invasivos, de modo a se chegar a um veredicto diagnóstico e a uma proposta de tratamento. Não se trata, aqui, de desprezar a importância do saber médico e dos avanços tecnológicos no campo da saúde. Na grande maioria dos casos, tais elementos adiantam o

processo diagnóstico, evitando-se uma perda de tempo que pode ser fatal. O problema surge quando a dimensão da subjetividade é desconsiderada.

O modelo biopsicossocial, que surge como um novo paradigma de assistência integral em saúde, visto a falência desse modelo estritamente organicista, visa incluir dimensões para além do somático, não menos importantes para uma melhor compreensão do binômio saúde-doença. Entretanto, se percebe, ainda nos dias de hoje, uma ênfase do campo biológico em detrimento aos demais. Não é a toa que no significante “biopsicossocial”, o termo “bio” aparece em primeiro lugar:

Paradoxalmente, ignora-se aquilo que deveria ser a categoria central, a qual nortearia a prática médica: o médico, em última instância, deveria trabalhar sabendo que lida com um paciente que sofre e que esta experiência envolve uma série de questões psicológicas, culturais e sociais. É frequente encontrarmos na prática discursiva da medicina referências à necessidade de uma abordagem biopsicossocial, mas há uma total primazia do campo biológico sobre os demais. (GUEDES et al, 2006 – p. 1096)

A inserção do psicólogo no Hospital só se dá a partir do momento em que a inserção deste no profissional nas equipes é consolidada. Algumas barreiras são encontradas, uma vez que as equipes de um hospital ainda são atravessadas pelo discurso estritamente organicista tradicionalmente disseminado pelo saber biomédico.

No que tange à questão das construções coletivas proposta pelo viés da integralidade, Deslandes e Mitre (2009) apontam que “o desafio colocado é o de aprender, reconhecer e negociar com o outro, que detém direitos, autonomia e estoque cultural peculiares” (p. 643), fazendo parte do processo comunicacional, ou seja, “a possibilidade de produzir

entendimento por meio de diálogo, dos atos de fala cotidianos que acontecem nas relações face a face.” (p.642). Baseado no conceito do agir comunicativo proposto por Habermas, o autor situa a dimensão do discurso como possibilidade de debate e consenso como armas contra as práticas verticalizadas do âmbito da saúde pública.

Habermas apud Deslandes e Mitre (2009) faz uma crítica à racionalidade moderna, que visa à intervenção e à normatização, reproduzindo a manutenção das relações de poder pré-estabelecidas, e propõe uma racionalidade que se constrói pela processualidade do debate: a razão comunicativa. Remete ao conceito de entendimento, um processo comunicativo que tem como objetivo a produção de um consenso possível entre dois ou mais sujeitos. Não se trata da busca pela concordância imediata, mas de aceitar ou rejeitar a fala do outro, reconhecendo-a e qualificando-a. O entendimento, nesse sentido, se baseia em “uma troca ativa e pacífica de informações entre participantes de uma certa prática social, ancorada em estruturas racionais” (p.643). Porém reconhecer a fala do outro como válida não é tarefa das mais fáceis. “Se a fala do outro é desqualificada, não reconhecida, ou seus argumentos são sequer colocados, não há nenhuma hipótese de entendimento ou ação comunicativa emancipadora.” (idem, ibid). A validade do discurso do outro fica condicionada à adoção de uma postura interpretativa que permite uma compreensão correta do que foi enunciado. Isso envolve um processo de busca simbólica de caráter contínuo e dinâmico e, por esse motivo, limitado.

Tal como preconizou Foucault (1979) em sua obra intitulada “Microfísica do poder”, as relações humanas são atravessadas pelas relações de poder. Foucault afirma que o poder não é um objeto que se possa possuir, mas se faz presente nas relações. O poder tende a ocultar-se de modo a naturalizar-se nas práticas. É legitimado pelo discurso entre pares e díspares, operando de forma a reprimir manifestações contrárias. O modelo biomédico no hospital não é manifestamente imposto, mas sugerido como um padrão a ser seguido. Os demais profissionais, entre eles: enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e até mesmo os próprios psicólogos, correm o risco de se tornarem meros reprodutores de uma postura médica que desqualifica os sujeitos, tornando-os objetos de invasão de saberes.

Um modelo de saúde pública que se propõe a instituir ações integrais requer uma construção coletiva

entre os mais variados campos de saber que se entrelaçam e compõem uma visão globalizante, que não exclua a questão da singularidade. Um olhar multifacetado e abrangente somente pode se processar através de uma modalidade de relações entre os elementos envolvidos na estrutura do sistema de saúde, voltada para o conceito de inter e transdisciplinaridade.

Tal proposta baseada no consenso entre os diversos campos de saber apresenta-se como um campo de privilégio da palavra e da valorização dos discursos que compõem a saúde. No plano macro, sugere estratégias de melhorias na comunicação entre os diversos níveis que compõem o sistema de saúde. No campo da prática, sustenta a idéia da valorização da dimensão subjetiva, englobando todos os atores que compõem a esfera da saúde, além do incentivo e fortalecimento do trabalho inter e transdisciplinar entre as equipes e membros de uma mesma equipe de saúde.

A interação é interdisciplinar quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado, há expectativa de que profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única arte ou especialização. (TONETTO e GOMES, 2007, p. 89).

## Entre a divisão do sujeito e a utopia do sujeito íntegro

A aposta na integralidade da assistência em um hospital se constrói a partir da relação que se dá entre as equipes de saúde. Situa-se na dimensão da interdisciplinaridade e ainda na idéia de atender às demandas do sujeito que sofre. O Programa de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH), preconizado pelo Ministério da Saúde, aponta para a necessidade de suprir a maioria das necessidades dos sujeitos atendidos de forma integral e mais eficiente possível. Para Mezzomo (2003, p.410) “é tudo quanto seja necessário para tornar a instituição adequada à pessoa humana e a salvaguarda de seus direitos fundamentais”. Entretanto, entende-se que o sujeito humano em sua essência já é barrado, dividido e marcado pela dimensão da falta.

(...) é em um momento no qual a ciência médica se mostra cada vez mais eficaz que surge a demanda do analista junto ao médico. (...) isso ocorre porque algo do sofrimento do paciente escapa às possibilidades das terapêuticas médicas, mesmo que estas se construam a partir de um maior conhecimento do corpo biológico. Entretanto, é necessário considerar que o ambiente hospitalar é propício para a vivência de situações traumáticas, não só para os pacientes que ali se encontram mas também para seus familiares e para os profissionais de diferentes equipes que ali atuam. (CARVALHO e COUTO, 2011, p. 112)

De maneira alguma, o saber psicanalítico se opõe à questão das construções coletivas com vistas às ações integrais. Apenas problematiza a idéia de que as demandas do sujeito não podem ser atendidas em sua totalidade, ponto em que o próprio conceito de

integralidade remete a idéia da possibilidade de um sujeito capaz de se completar. O sujeito em questão, pelo viés psicanalítico, é por si só efeito de uma falta-a-ser, destituído da utopia de ser o senhor de sua própria casa.

O conceito de sujeito surge no século XVII no mesmo berço que a ciência moderna: através do cogito de Descartes. Ao inaugurar a modernidade, Descartes desloca o conceito de sujeito da categoria de objeto da vontade divina, conforme o pensamento medieval e institui um sujeito que transcende a sua essência natural. Dessa forma, o filósofo francês injeta o paradigma de um eu autônomo e irreduzível. Até meados do século XVIII, a idéia de um sujeito livre e consciente se sustentou, até que tal estrutura começa a ruir. A realidade social e suas mudanças constantes impelem à adoção de novos conceitos. A idéia de um eu íntegro, senhor de sua própria casa começa a ser questionada e é nesse ponto que Freud subverte o conceito de sujeito.

Através de sua experiência inicial com pacientes histéricas, Freud se depara com o inatingível da medicina: a existência de uma espécie de componente psíquico que foge aos tentáculos de uma medicina essencialmente anátomo-localista. A psique humana é regida por uma parte da mente ao qual não temos acesso direto: o inconsciente.

O inconsciente que se manifesta através dos sintomas apresentados pelos sujeitos que sofrem. O inconsciente constituído como uma linguagem, que situa o sujeito enquanto sujeito do próprio inconsciente, que incide sobre a película complacente da consciência, lutando para se tornar visível através de suas outras formações, a saber: os chistes, os sonhos e os atos falhos.

Percebe-se que o sujeito, ao demandar uma solução para seu sofrimento, nem sempre deseja a resposta que ansiosamente procura. O sintoma é, muitas vezes, o que faz aparecer a angústia, se constituindo como um sinal, uma metáfora para aquilo que a linguagem não mais comporta.

É interessante notar que o sujeito se sustenta não em um sofrimento, mas em uma satisfação. Por isso, para o sujeito é tão difícil abrir mão do sintoma, pois ele se manifesta, mesmo que de modo invertido, a

sua via de contentamento e satisfação. (CONDE, 2008, p.64)

Isso quer dizer que o sintoma é uma linguagem que porta elementos ambivalentes – sofrimento e satisfação – e que serve para apontar a estrutura da subjetividade.

No âmbito do hospital, onde a angústia se faz presente a todo instante, seja na ruptura simbólica ou na ordem do trauma, seja na internação hospitalar com sua modalidade de assistência atravessada pelo poder biomédico, o sujeito busca nas equipes de saúde, a verdade sobre sua falta. Esse invisível e não localizável, coloca em xeque o saber médico ao escapar da categorização objetiva da ciência. É nesse momento, ao se deparar com o impalpável das exigências do inconsciente que a equipe se espanta e procura de toda a forma encontrar uma resposta que enquadre esse sujeito aos protocolos generalizados. A singularidade que foge à regra do instituído por um dado saber, se desloca para o campo do anormal (fora da norma) na visão das equipes.

Nesse sentido, percebe-se como a presença do discurso psicanalítico pode ser eficaz na medida em que oferece escuta tanto ao sujeito, quanto à equipe em suas solicitações. No texto “Sobre a análise leiga”, Freud chama a atenção para a inserção da psicanálise em outros saberes:

Presumi, vale dizer, que a psicanálise não é um ramo especializado da medicina. Não vejo como é possível discutir isso. A psicanálise é uma parte da psicologia; não da psicologia médica no velho sentido, não da psicologia de processos mórbidos, mas simplesmente da psicologia. Certamente não é o todo da psicologia, mas sua subestrutura e talvez mesmo todo o seu alicerce. A possibilidade de sua aplicação a finalidades médicas não nos deve desorientar. (FREUD, 1926 – p. 242)



Trata-se de desvelar, pela palavra, o sentido que a mensagem – o sintoma “ explícita e esconde ao mesmo tempo, pois a verdade do sintoma é uma verdade construída.

Na internação, trata-se de implicar o sujeito naquilo que o faz sofrer, se dando conta de sua parte em seu sintoma, assumindo sua história. Entende-se, a partir da psicanálise, que uma internação hospitalar pode ajudar na criação de novos sentidos e construção de novas possibilidades de vida. As perdas, o sofrimento e o impacto da hospitalização devem permitir ao sujeito o trabalho psíquico e elaboração das experiências a partir da escuta individualizada da equipe.

### Conclusão

O modelo biomédico, ainda bastante enraizado na esfera do hospital geral, seja diretamente pela figura do médico ou pelo atravessamento de tal discurso se faz visivelmente presente nas equipes que constituem esse campo de atuação da saúde. As construções coletivas propostas pelo modo de relação entre as equipes e os membros de uma mesma equipe dita interdisciplinar, apontam para caminhos que se apresentam como solução para essa questão. A psicanálise entre em campo, através do saber da psicologia, se distanciando dela no que diz respeito à visão de um sujeito da ordem do *interger*, inaugurado pela ciência moderna enquanto sujeito íntegro, intacto e desmembrado de sua criação e submissão divina da era medieval.

É importante ressaltar que a psicanálise não se opõe ao campo das construções coletivas, uma vez que a palavra “construção” remete a idéia da inexistência de um saber pré-estabelecido. O saber psicanalítico apenas inaugura um conceito de cisão do sujeito, colocando em evidência o determinismo psíquico pelo inconsciente enquanto constituído de linguagem. Institui a necessidade de um analista frente a esse elemento impossível de ser englobado pelo saber científico.

Vimos como a perspectiva da psicanálise não vai ao encontro da idéia de um sujeito íntegro, completo e passível de satisfação total. Neste sentido deve-se questionar a possibilidade de realizar as chamadas “boas práticas” no campo da saúde, ou seja, aquelas que se referem aos conceitos de interdisciplinaridade, à humanização no campo da saúde, entre outras. A psicanálise não rejeita estas possibilidades, mas aponta a impossibilidade em haver

a unidade entre as equipes uma vez que a dimensão da falta se faz presente. Os profissionais de saúde, enquanto sujeitos divididos e desejantes, se apresentam muito mais através de suas diferenças do que de suas semelhanças. Acredita-se que é a partir das diferenças que é possível a construção de qualquer trabalho no campo da saúde.

A psicanálise vai operar nesse campo, indo além das transposições da clínica privada ao ambiente público e plural do hospital geral. Propõe a presença de um analista enquanto função, além de sua presença. Função de fazer semblante para que algo da ordem do sujeito do inconsciente possa emergir e dessa forma encontrar uma solução singular para aquilo que lhe aflige.

A instituição hospitalar exacerba o sentimento de angústia que já ocorre com alguns pacientes e seus familiares, frente ao processo de adoecimento e/ou situações de trauma. Não menos angustiadas ficam as equipes, frente a algo que não conseguem assimilar pelo discurso científico que atravessa cada campo de saber: uma dor que não passa mesmo com a administração de fortes analgésicos; os protestos endereçados às equipes de um familiar, cujo ente querido se encontra em estado grave; o deparar com a morte e sua notificação aos familiares, enfim, as situações angustiantes tomam as mais diversas formas no contexto hospitalar.

O discurso da psicanálise na instituição hospitalar procura buscar condições de escutabilidade, sem perder de vista, a tríade paciente-família-equipe. Difere do discurso da psicologia no que diz respeito ao posicionamento frente a tais demandas e opera sempre tentando escutar para além das demandas explícitas. Escutar aquilo que se encontra nas entrelinhas de cada solicitação, de cada discurso, de cada situação.

Concluimos, que para além dos saberes ditos científicos que compõem a esfera da saúde, a psicanálise se faz mister nesse ambiente de dor e sofrimento a partir de um saber que nem sempre condiz com a verdade. O sujeito, barrado pela linguagem já carrega a marca da cisão através do desejo de algo lhe falta. A visão da integralidade se coloca, de modo a suprir aquilo que é da ordem da falta no que tange as necessidades de saúde dos indivíduos. Porém, algo escapa ao campo da necessidade. A falta de que trata a psicanálise é da ordem de um objeto perdido e irrecuperável. Não se pretende afirmar que a integralidade seja desnecessária para uma melhor assistência à população em uma instituição hospitalar. Apenas pontuar que as ações podem se pretender integrais, entretanto, o sujeito, nunca.

## Referências Bibliográficas

- ANGERAMI-CAMON, V.A. O Psicólogo no Hospital. In: Angerami-Camon, V.A. (org.) Psicologia Hospitalar: teoria e técnica. São Paulo: Pioneira, 1995;
- CARVALHO M.R., LUSTOSA M.A. Interconsulta Psicológica. Rev. SBPH. v.11 n.1. Rio de Janeiro. Jun. 2008;
- CARVALHO, S. B. de e COUTO, L. F. S. A presença do psicanalista no Hospital geral: Sua escuta e suas intervenções. (2011). In: Psicanálise e hospital: a responsabilidade da Psicanálise diante da ciência médica / Glauco Batista, Marisa Decat de Moura, Simone Borges de Carvalho (orgs). – volume 5. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011, p. 111 - 131;
- CONDE, H. O sintoma em Lacan. São Paulo: Escuta, 2008;
- DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.13, supl.1, p.641-9, 2009;
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2009, vol.14, n.3;
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979;
- EKSTERMAN, A. Medicina Psicossomática no Brasil. Em J. Mello Filho (Org.), Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992;
- FREUD, S. Sobre a análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. [1927]. In: Um estudo auto-biográfico, nêbições, sintomas e ansiedade, a questão da análise leiga e outros trabalhos. . Obras completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, v. XX, 1996, p. 175 - 250;
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974;
- GUEDES, C. R. et al. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Ciência & Saúde Coletiva. 11(4): 1093-1103 UERJ, Rio de Janeiro, 2006;
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004;
- MEZZOMO, A.A. Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional. São Paulo: Loyola, 2003;
- TONETTO A.M. e GOMES W.B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. Estudos de Psicologia. Campinas. 24(1): 89-98. janeiro-março. 2007;
- SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.