

Encontros e desencontros no hospital: anorexia relato de experiência

Encounters and dis-encounters in hospital: anorexia experience report

Rafael Zardo Demantova¹
Marcos Vinicius Zoreck Portela²

Resumo

Após um pedido da equipe de saúde por atendimentos a uma paciente internada em uma enfermaria e diagnosticada com Anorexia Nervosa, o psicólogo residente de um Hospital Geral busca compreender, através do relato de experiência e alguns fragmentos de suas percepções, quais foram os encontros e desencontros implicados no decorrer de sua participação. Dado momento fora solicitada a troca do terapeuta, que resultou no fim de seus atendimentos e, para além dos sentimentos negativos despertados no psicólogo, gerou-se uma questão: o que de fato ocorreu que possa ter colaborado com este desfecho? Julgou-se um caminho pertinente para abrir esta discussão discorrer sobre a Anorexia, seu funcionamento e estratégias, sobre o discurso médico, sem deixar de pensar sobre o uso do instrumento psicanalítico em relação à cena hospitalar. Observou-se, então, que o simples convite para participação no caso por si só não sustenta sua atuação. Identificou-se que pela ausência de implicação no tratamento a estratégia anoréxica promove um aumento da angústia dos que se dispõem a restabelecer sua saúde. Por fim, constatou-se que ao desconsiderar a dimensão institucional corre-se o risco de que o trabalho desempenhado ocorra de maneira isolada, ou em últimas consequências que resulte em uma exclusão.

Palavras-chave: Anorexia. Hospital. Discurso Médico. Psicanálise. Relato de Experiência.

¹ Psicólogo residente em Programa em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Graduado pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná em 2017. *E-mail*: rzardod@gmail.com

² Psicólogo, preceptor do Programa em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. *E-mail*: mvzportela@gmail.com

Abstract

After a request by the health department team for assistance with a patient admitted in the infirmary that was diagnosed with Anorexia Nervosa, the resident psychologist of a General Hospital seeks to understand through a experience report and fragments of his own observations, the encounters and dis-encounters that might have occurred during his participation. After some time a request was made to switch the therapist, which resulted in the end of his care. Aside from the negative feelings that impacted the psychologist, a question came up: what in fact happened that could have collaborated to this end? It was considered a relevant enough subject to start a discussion about Anorexia, how it works and strategies for it; the medical discourse; and last but not least the utilization of the psychoanalytic instrument in the medical scene. It was then observed, that the simple invitation for participation in the case alone, does not sustain it's practice. It was identified that because of the absence of implication in the treatment, the anorexic strategy promotes an increase in the anguish of those who make themselves available to restore the patient's health. Finally, it was verified that when the institutional scope is disregarded, a risk is taken that the work being performed occurs in an isolated manner, or in the worst case it could result in an exclusion.

Keywords: Anorexia. Hospital. Medical Discourse. Psychoanalysis. Experience Report.

Data de submissão: 26 de fevereiro de 2023

Data de aprovação: 15 de março de 2023

INTRODUÇÃO

A palavra “encontrar” deriva do latim, *incontrare*, onde o sufixo *in* traduz-se por “em”, e “*contrare*” traz o sentido de contra, adversário. Lê-se então, como encontro de adversários, de contrários. Quando pensamos na palavra, não é difícil perceber que, embora traga semelhanças, seu uso corriqueiro distanciou-se de sua origem, que hoje muito se aproxima da definição de um encontro de águas, colisão entre dois corpos, ou ao simples ato de encontrar.

Para conceber esta análise sobre a experiência na participação como Psicólogo Residente do Hospital de Clínicas do Paraná em um caso de Anorexia Nervosa, nos ateremos à concepção de desencontro derivada do latim. Onde pensamos o encontro de opostos, de adversários, tomando cada sujeito como aquele que se opõe ao outro, tomando por contrário aquilo que é seu, sua subjetividade.

Segundo uma definição do Datasus (2006), o Hospital Geral é “[...] destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. [...] Deve dispor também de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico) de média complexidade”. É nesse contexto que a multiplicidade de relações acontece dentro da instituição hospitalar, com seus inúmeros funcionários, das mais diversas áreas do conhecimento, com suas variedades de modalidades de exames e tratamentos, e pacientes. Diante desta complexa dinâmica de relações, o desencontro torna-se muitas vezes inevitável.

Ao se propor trabalhar no Hospital Geral, discutir sobre o Discurso Médico ajuda a elucidar a lógica que impera dentro da instituição e pensar o cenário de prática que nos deparamos, já que diz respeito a um funcionamento que contém suas particularidades e que se afasta da clínica quando pensamos seu *setting* tradicional (MACHADO; CHATELARD, 2014).

No hospital, o psicólogo tende a se deparar com um cenário onde na maioria das vezes ele mesmo oferece ativamente seu trabalho, oferecendo sua escuta, de onde pode ou não surgir uma demanda por atendimento. Alguns pacientes não se interessam pela oferta, uma vez que desejam realizar apenas seu tratamento médico, por outro lado, outros parecem ter esperado a vida toda pela oportunidade deste encontro, para poder falar sobre o que lhe acometeu ou que ainda acomete. Também por algumas oportunidades o pedido é feito diretamente para o Psicólogo, seja pelo paciente ou pela equipe (MORETTO; PRISZKULNIK, 2014).

A Anorexia Nervosa é marcada por idas e vindas no que diz respeito a suas condições clínicas e seu tratamento. Estes acompanhamentos costumam se manter por longos períodos trazendo como consequência clínica mais grave o encontro precoce com a morte. É diante de um grave caso de Anorexia Nervosa e através do pedido de uma equipe de saúde por atendimentos psicológicos para uma jovem anoréxica recém-internada, que o estudo busca aprofundar os encontros e os desencontros observados em relação aos atendimentos e o contexto hospitalar.

1 METODOLOGIA

A partir do pedido para atender um caso de Anorexia Nervosa no setor pediátrico, o Psicólogo integrante de um programa de residência multiprofissional e referenciado através da teoria psicanalítica busca investigar as implicações desta patologia e suas consequências na condução dos atendimentos, observando seus encontros e desencontros, considerando também a dinâmica de sua atuação enquanto Psicólogo Hospitalar.

O método de escolha para elaboração deste artigo foi o Relato de Experiência. Segundo Daltro e Faria (2019), compreende-se este método científico enquanto uma qualidade de produção de conhecimento do tipo qualitativa, que faz uso dos registros e da memória do pesquisador, que analisando o evento ocorrido tem o intuito de produzir um novo saber. Seguindo com as definições, o Relato de Experiência é um método que visa contemplar a complexidade das relações para além de uma lógica positivista e dualista, compreendendo seu caráter multifatorial onde as associações elaboradas teoricamente são lavradas como poesia.

Neste instrumento de pesquisa, emprega-se o uso da narrativa, de modo que quem narra através da escrita, narra um acontecimento vivido. O Relato de Experiência se configura como um conhecimento de aporte científico e, para atingir o objetivo qual se propõe, faz uso da escrita em primeira pessoa que traz consigo uma perspectiva subjetiva (GROLLMUS; TARRÉS, 2015 apud UNIFACISA, 2017).

Dadas as definições do método escolhido para o estudo, cabe pontuar que seu objetivo não é um aprofundamento teórico espesso sobre conceitos, como encontramos em revisões bibliográficas ou em estudos de caso, mas que o uso da teoria serve para realçar a experiência vivida e nortear a concepção do novo saber.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ANOREXIA

Segundo o DSM-V (2013), são citados três critérios para o diagnóstico da anorexia, sendo o primeiro a restrição alimentar através de uma ingesta que não atinge o mínimo necessário para nutrição do corpo ou em casos mais graves nenhum tipo de ingestão alimentar. Seguidos pelo distúrbio perceptivo, sobre a imagem corporal, que se faz presente e evidenciado através da negação da gravidade da doença pelo próprio indivíduo, junto ao medo excessivo da obesidade e quaisquer ganhos de peso.

A Anorexia Nervosa também é subdividida em dois grupos, podendo ser do tipo restritiva, quando o indivíduo utiliza-se de dietas, jejum ou atividades físicas excessivas com objetivo de emagrecimento ou do tipo compulsão alimentar-purgação, mais prevalentes quando os indivíduos fazem uso de métodos purgativos recorrentes nos últimos três meses, podendo ser através de laxativos, diuréticos ou vômitos autoinduzidos.

Por fim, há um especificador que define qual a gravidade do quadro através do cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) sendo definido **leve** quando atinge escore 17, **moderada** entre 16 e 16,99), **grave** entre 15 e 15,99 ou **extrema** quando menor que 15.

Os transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas permanecem significativos problemas de saúde na infância e adolescência, afetando entre 1 e 10% das adolescentes e moças em idade universitária. Fatores de desenvolvimento, de dinâmica familiar e biológicos são todos importantes como causa destas desordens. (SPERLING, 2002 apud FERREIRA, 2008, p. 190)

A Anorexia Nervosa tem, então, sua maior incidência entre mulheres jovens de 15 a 29 anos e sua mortalidade estimada em 5,6%. Por um lado, estima-se que 20% destas pacientes apresentarão doenças graves e crônicas ao longo da vida, por outro, entre 30% e 40% terão uma recuperação completa. Quanto mais cedo o tratamento for iniciado e se for iniciado ainda na juventude, melhor o prognóstico (MOREIRA; OLIVEIRA, 2008).

Appolinário e Bacaltchuk (2002) concluem em seus estudos que a ausência de uma opção farmacológica eficaz é desapontadora quando se leva em conta a gravidade desta condição clínica e que os resultados negativos apontam, de um modo geral, que o tratamento medicamentoso

A Anorexia Nervosa, tem então, sua maior incidência entre mulheres jovens de 15 anos a 29 anos e sua mortalidade estimada em 5,6%.

Sobre a anorexia enquanto produto da cultura, é necessário pensar na distinção entre a Anorexia Santa de séculos atrás e a Anorexia Nervosa dos tempos modernos.

não acelera nem restabelece o peso em pacientes hospitalizadas na fase extrema da doença.

Pensando no contexto hospitalar, mesmo aqueles que contam com alas psiquiátricas, as suas estruturas podem não se encontrar preparadas para receber tais pacientes e compreender suas especificidades. Ao se deparar com jovens nestas condições, com a vida por um fio, as pacientes anoréxicas costumam despertar nos profissionais de saúde sentimentos de interrogação quanto às suas próprias capacidades teórico-clínicas, assim como despertam um sentimento de impotência (GRANDO, 2000).

2.2 ANOREXIA: DEFINIÇÕES PSICANALÍTICAS

Sobre a anorexia enquanto produto da cultura, é necessário pensar na distinção entre a Anorexia Santa de séculos atrás e a Anorexia Nervosa dos tempos modernos. Na antiguidade, os registros históricos sobre anorexia apontam principalmente para a figura das “santas anoréxicas” que faziam uso do jejum e do culto às figuras sagradas, visando alcançar questões divinas e um altíssimo controle espiritual. De maneira não tão evidente como o motivo explícito do jejum, estas estratégias tinham o objetivo velado de evitar casamentos indesejados, conservar a virgindade e de reafirmação perante uma sociedade ainda mais patriarcal, onde as possibilidades de escolha da mulher eram ainda mais restritas (WEINBERG; BERLINCK, 2015).

Fernandes (2011) sugere que a busca pela magreza segue como um ideal a ser alcançado nos tempos atuais, sobretudo por pessoas jovens e do sexo feminino. Isto se evidencia através da grande repercussão midiática sobre as questões de saúde e as patologias dos transtornos alimentares, como a bulimia e anorexia, sendo assunto comum nas conversas informais entre familiares e amigos. Não é difícil encontrar na internet diversas páginas, redes sociais e canais de vídeos que incentivam e propagam o *lifestyle* anoréxico. Também fica evidente uma grande oferta de regimes alimentares e realização de serviços estéticos, reforçando a máxima que a magreza tem um lugar, sendo este, um lugar de poder.

As ressonâncias desses progressos certamente se fazem escutar na clínica psicanalítica da atualidade. Estandarte de um ideal de perfeição que se busca insistentemente alcançar, o corpo é hoje hiperinvestido, porém frequentemente apontado como fonte de frustração e sofrimento, constituindo-se como um instrumento privilegiado de expressão. (FERNANDES, 2011, p. 43)

As anoréxicas costumam não expressar alguns dos conflitos típicos do adolescer, que reivindicariam uma maior autonomia e uma transição normal para a vida adulta.

Freud (1996c) já tecia observações a respeito da anorexia, comparando-a à neurose nutricional, que muito acometia as mulheres jovens, e ao conceito da melancolia onde a sexualidade não se desenvolve. Aponta a perda do apetite apresentada nesses quadros traçando um paralelo entre a perda do apetite e a perda da libido. Adiante em sua obra o autor aponta, mais precisamente no caso clínico “História de uma neurose infantil: homem dos lobos” (1996b, p. 42), que “em meninas que estão na puberdade, há uma neurose que exprime a recusa sexual mediante a anorexia”.

No campo simbólico, o não comer da anoréxica carrega um sentido singular. É através do revestimento de um objeto vazio, que come-se o objeto “nada” como uma tentativa de separar de um Outro que confunde os dons de seu cuidado com os dons de seu amor, empanturrando o sujeito com sua papinha sufocante (LACAN, 1995). Portanto, a recusa alimentar aparece muitas vezes como um último recurso encontrado pelo sujeito almejando uma separação, que pretendendo se posicionar perante seu desejo, se depara com um novo processo de alienação (VIEIRA, 2008).

Cordié (2001 apud SANTOS; ZANOTTI, 2016) apontam para mais algumas particularidades e que aparecem com frequência como obstáculos ao tratamento da anorexia: a falta de uma demanda e da implicação da paciente em seu sofrimento, sendo que por muitas vezes só diante de um grande perigo conseguem aceitar e, conseqüentemente, se implicar em seus tratamentos. Adiante, marca-se a importância, mesmo sem constituição prévia nos inícios dos atendimentos, que se construa a implicação de um querer saber sobre seu sintoma, constituindo assim uma demanda de tratamento, forma pela qual na transferência pode-se exercer/operar um tratamento psicanalítico.

Somente em estágios mais avançados da doença, quando as atividades normais começam a ficar prejudicadas, que a obstinação pela restrição alimentar costuma ficar evidente para a família. As anoréxicas costumam não expressar alguns dos conflitos típicos do adolescer, que reivindicariam uma maior autonomia e uma transição normal para a vida adulta. Antes do agravamento do quadro anoréxico, há uma hiperadaptabilidade com o mundo externo, conciliando muito bem as atividades rotineiras (obediência, tarefas escolares e atribuições domésticas, por exemplo), e onde comumente rendem títulos de “boas” filhas e alunas, e/ou filhas que não dão trabalho. Este paradoxo entre êxito no mundo exterior e fracasso no domínio da interioridade é um dos dificultadores para a família identificar a doença precocemente, resultando, muitas vezes, em tratamentos prolongados em consultórios e clínicas especializadas e instituições psiquiátricas/hospitalares (FERNANDES, 2011).

2.3 O DISCURSO MÉDICO

O discurso que prevalece na instituição hospitalar, é o Discurso Médico e a maioria das condutas, orientações e direções de tratamento são guiadas através desta lógica discursiva, da mesma forma, cita que a ética médica preza pela clínica do “fazer o bem”, tomando a doença do doente como seu objeto principal e valendo-se disso para exercer seu poder, aliado principalmente ao ato diagnóstico que resulta em prognósticos e tratamentos (SILVA, 2017).

A necessidade de que se estabeleça um diagnóstico resume a investigação em uma busca por sinais ou evidências que se enquadrem em alguma patologia, abrindo uma díade entre paciente e doença. O discurso faz eco no hospital para além de quem exerce a medicina propriamente dita, ressoando pelas mais diversas profissões do âmbito multidisciplinar, nela incluído, algumas vezes, a do psicólogo (MORETTO, 2013).

Jorge (1983), em sua introdução ao livro de Clavreul de 1978, aponta que o objeto da medicina é a doença, pautado por bases positivistas e cartesianas, pressupõe-se chegar em uma verdade una, com intuito de cientificar o conhecimento e padronizá-lo. Esta busca por evidências clínicas, por um achado no corpo físico do doente, acaba por anulá-lo enquanto enunciador de sua própria doença e de seu concomitante sofrimento, destituindo-o de seu caráter único e singular. Moretto (2006) dirá que o agente da medicina (médico) se apropria da doença, mas levando em conta o caráter objetivo dela, não levando em conta suas particularidades e individualidades, deixando de fora aquilo que é do sujeito do inconsciente.

3 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Após relatar que iria atender uma paciente anoréxica a pedido da equipe, ouvi de meu preceptor a seguinte frase: “Se prepare para um caso difícil” (sic), apresentou, também, dados relativos à baixa incidência destes casos no hospital durante sua atuação profissional. Mesmo avisado sobre supostas dificuldades, não imaginava me deparar com tantas questões na prática.

Este atendimento solicitado dizia respeito a uma jovem de 13 anos recém-internada na enfermaria pediátrica e diagnosticada pela equipe médica com o quadro de Anorexia Nervosa Extrema. Este diagnóstico foi

obtido pelo IMC extremamente baixo (14,7), pelos episódios de síncope, por uma ausência absoluta de alimentação que perdurava dois dias, além da interrupção da sua menstruação. Ademais, sua aparência saltava aos olhos de qualquer observador.

Esses sintomas passaram a interferir no cotidiano da jovem e, conseqüentemente, colocar em risco sua saúde, motivo pelo qual a sua internação resultou em 68 dias até receber alta hospitalar, atingindo um peso mais próximo do estabelecido como meta terapêutica. No decorrer desse período, o tratamento foi realizado mesmo com alguns desencontros em relação aos atendimentos psicológicos. A relação com a equipe de saúde, a transferência e a própria estratégia defensiva da paciente apresentaram-se como complicadores da experiência.

As supervisões e as discussões deste caso clínico se mostraram como parte importante deste percurso e da concepção deste estudo, já que se trata de uma dimensão de aprendizagem extremamente didática e singular, onde não se trata de um saber sabido *a priori* e teoricamente, mas um saber não sabido, ou seja, que toma o sujeito como aquele que sabe sobre si, mesmo sem se dar conta disso (MENDES, 2012). Através delas, fui informado sobre os pedidos da equipe: a troca do terapeuta por uma terapeuta mulher, mais experiente e com titulação de especialista na área de transtornos alimentares. Esta situação aconteceu sem que a paciente declarasse quaisquer comentários diretamente ao psicólogo.

Após três tentativas de mudança, o pedido foi deferido, mesmo ouvindo de meu supervisor que não se tratava de um problema pessoal e observado à condução dos atendimentos com a jovem individualmente, já que os atendimentos eram iniciais e que este tipo de tratamento costuma demandar acompanhamentos prolongados, mas dizia de uma ordem particularmente institucional, onde havia notada pressão para que a atitude fosse tomada. Mesmo com esse apontamento, os sentimentos de tristeza, raiva, impotência e principalmente angústia não mediram esforços em se manifestar. Anteriormente, por duas oportunidades contestei a possível mudança e manifestei o desejo de prosseguir no caso. Pensei: Se os atendimentos seguiam seu curso, o que impediu, de fato, a continuidade deles?

Desde o momento em que fui convidado para **participar** (marca-se aqui intencionalmente o uso desta palavra) da equipe que tratava do caso da jovem, notei um acentuado interesse por parte dos demais profissionais sobre questões referentes ao tratamento, aspectos de ordem particular do caso, hipóteses muitas vezes fantasiosas e tentativas de justificar o quadro apresentado. Tal situação apareceu diante interpelações feitas a mim sobre o

Pensamos na anoréxica como aquela que se alimenta de um objeto vazio, come-se o nada.

curso dos atendimentos, comentários observados nos corredores, além dos olhares enquanto o atendimento psicológico acontecia, através dos vidros do quarto da enfermaria. Uma curiosidade diferente, extrema e incessante.

De acordo com Carole D.-La Sagna (2007 apud PENCAK; BASTOS, 2009), a clínica da anorexia é a clínica de ausência de angústia, apontando que esses indivíduos, mesmo diante suas debilidades, ou até do flerte com a morte, não se angustiam perante o que vivenciam, não se implicam em seu sintoma. Por outro lado, todos os que testemunham este adoecimento de perto, como familiares e profissionais de equipe de saúde, são tomados por um estágio de extrema angústia. Buscam por algo que faça sentido no campo positivista, uma resposta, uma justificativa, um achado clínico no corpo.

Essa angústia suscitada ao estar diante do corpo esquelético, e conseguinte gravidade clínica, mobiliza a equipe de saúde a pensar qual o possível manejo do caso frente uma paciente que não está ganhando peso, sem capacidade de se alimentar o suficiente para nutrir o corpo, fruto das náuseas e vômitos que relatava.

Lacan (1995), no Seminário 4, elucida sobre qual seria o objeto de satisfação da anoréxica, introduzindo uma distinção entre o comer nada e comer o nada. O comer nada representando a parte concreta daquele que enxerga de fora sua relação com a alimentação, esta que não se dá, por outro lado simbolicamente, pensamos na anoréxica como aquela que se alimenta de um objeto vazio, come-se o nada.

Come-se o nada como uma tentativa desesperada de separação de um Outro, talvez como o único meio possível para que a jovem consiga expressar-se minimamente perante seu desejo. Torna-se difícil surgir uma mudança de posição, pois este não comer aponta para uma tentativa, falha, de uma separação. Quando se diz falha, pelo risco de condução à própria morte. E também, por ao invés de separar desse outro, tendem a envolver ainda mais aqueles que lhe rodeiam, lugar de onde também surgem as questões de controle (VIEIRA, 2008).

Por fim, Lacan (1995) traz também algumas colocações sobre a demanda de amor e a demanda de cuidado, de onde extrai-se a formulação que a anoréxica não quer ser cuidada, mas sim ser amada. É importante lembrar que o hospital em sua essência traz a característica do “dom de cuidar”, o que por si só do ponto de vista psíquico, pode ser conflitante.

Ainda segundo Carole D.-La Sagna (2007 apud PENCAK; BASTOS 2009), a jovem anoréxica nada quer saber do que lhe aflige, e está

confortável no que diz respeito aos tratamentos e sua própria condição. Como isto por si só não irá gerar desconforto nos familiares e profissionais, inclusive o psicólogo, que lhe circundam e fazê-los questionar sobre os próprios limites de sua atuação?

A enfermeira Lucia Helena Grando (2000), em sua dissertação de mestrado, traz uma percepção importante onde aborda o ponto de vista e os sentimentos despertados naqueles que prestam o cuidado para pacientes com o quadro de Anorexia Nervosa. Embora seja uma atribuição da equipe de saúde, vigiar e ser responsável pelos cuidados com pacientes com transtorno alimentar grave, com intuito de mitigar riscos à saúde e garantir a eficácia do tratamento, isto não se dá sem alguma frustração e/ou cansaço da equipe envolvida. Alguns dos motivos que despertam esses sentimentos é estar, de modo geral, diante indivíduos manipulativos e que tendem a não colaborar com o tratamento proposto, lidar com famílias que conscientemente ou inconscientemente também não colaboram com o tratamento, resultando muitas vezes em boicotes. Surge um aparente flerte com a morte, e mesmo com tantos esforços prestados o sentimento que surge é de incerteza quanto aos limites do conhecimento e das capacidades de atuação, resultando em sentimentos de impotência. Há então um desencontro, onde por um lado existe uma equipe disposta a tratar e por outro lado uma jovem que nada quer saber daquilo, de seu sintoma.

Pensando no Discurso Médico, Jorge (1983), em sua introdução ao livro de Clavreul de 1978, aponta que o objeto da medicina é a doença e que, por efeito disto, acaba por anular o doente como enunciador de sua doença e de seu concomitante sofrimento, ou seja, destitui o sujeito de sua própria história, privilegiando uma dimensão de lógica positivista e cartesiana, que se dá através de uma busca por evidências clínicas, pelo achado no corpo físico. Moretto (2006) dirá que o agente da medicina (médico) se apropria da doença, mas levando em conta o caráter objetivo dela, não levando em conta suas particularidades e individualidades, excluindo aquilo que é do sujeito do inconsciente.

Este discurso emprega a ética de “fazer o bem”, onde através do ato diagnóstico pressupõe-se apaziguar a angústia e remover ou atenuar o sintoma do adoecido se valendo das “armas” que tem em mão: remédios, tratamentos, técnicas, cirurgias, profissionais e seus conhecimentos, para elucidar podemos pensar no exemplo do cirurgião, que atua diretamente no foco da doença, retira aquilo que dói, o que não funciona, restituindo a saúde do paciente (SILVA, 2017).

Silva (2017) ainda diz que a ética da psicanálise compreende a ética do "bem-dizer".

No caso da jovem não é possível “simplesmente” operá-la ou prescrever um medicamento, para assim restituir sua saúde, e partindo das ações empregadas que não alcançam efeito esperado, muitas vezes que se realiza um convite/pedido direcionado aos profissionais do campo “psi”, neste caso para mim, Psicólogo de uma residência multiprofissional e orientado pela psicanálise (MORETTO, 2013).

Silva (2017) ainda diz que a ética da psicanálise compreende a ética do “bem-dizer”, onde busca colocar o sujeito do inconsciente como enunciador de sua própria história, considerando vivências anteriores, antes de uma hospitalização, por exemplo, e seus impactos sobre o seu adoecer. O lugar do praticante da psicanálise se dá através do discurso do analista, diferente do médico assim como da maioria dos profissionais não médicos pertencentes ao hospital, que na maioria das vezes acabam por atuar como uma extensão dos braços da medicina e de suas ordens.

A questão é que o que propomos como modelo de intervenção é o modelo psicanalítico. Então, a colocação de que o lugar do analista não é o de “ajudante” do médico é para mostrar que o lugar do analista é no psiquismo do paciente. E a posição que ele ocupa, a princípio, é a de sujeito suposto saber. [...] Se ele sabe manejar a transferência, a partir da demanda de análise, o seu lugar está garantido. (MORETTO, 2013, p. 105)

As reuniões multiprofissionais passam então, a integrar este processo tendo o objetivo de estabelecer diretrizes para o tratamento, alinhar condutas frente aos desencontros que o caso apresentava para unidade e com a meta final, de obter por parte da jovem, o retorno a alimentação e, conseqüentemente, o ganho de peso: como fazer essa jovem comer?

A gravidade do quadro fez com que as reuniões contassem com uma diversa gama de profissionais, além da Psicologia, compuseram esta equipe: Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, e a Medicina através de suas especialidades: Psiquiatria dos transtornos alimentares (como coordenadora do caso), Psiquiatria da Infância, Neurologia, Hepatologia, Pediatria e Nutrologia.

Após uma segunda reunião, em um diálogo com a coordenadora fui interpelado por uma das profissionais (que conta com um grau elevado de importância para os direcionamentos deste caso e do tratamento), sobre a necessidade de que o atendimento psicológico da moça fosse realizado por alguém mais velho e com mais experiência, um especialista na área de transtorno alimentar.

O constrangimento causado pela fala foi como *um soco na boca do estômago*, momento em que não consegui esboçar reação. Ao tomar comentários como este por um viés pessoal, o terreno para o trabalho

foi tornando-se movediço. Hoje, sem estar imerso na situação, pensei sobre a questão da minha relação com a equipe e o lugar do psicólogo na instituição de saúde. Observa-se que a demanda de saber neste momento está direcionada para um outro, e valendo-se das palavras de Moretto e Prizskulnik (2014), refleti sobre o convite que recebi para **participar** da equipe do caso, que assim como a autora descreve, não implica necessariamente em dizer que eu estava inserido nela.

Pelo fascínio intelectual que a medicina exerce, e por uma possível busca de valorização profissional e social, tendo a profissão médica como ideal, o psicanalista corre o risco de, encandeado pelo brilho do discurso médico, estabelecer uma identificação entre medicina e psicanálise, como se as duas fossem a mesma coisa, uma cuidando do corpo, e a outra da alma. [...] o problema é que do ponto de vista psicanalítico isso não se sustenta, nem teórica nem clinicamente. (SIMONETTI, 2013, p. 220)

Diante de cada pedido por atendimento, faz necessário que o profissional, que se orienta pela psicanálise, compreenda quais são as expectativas pelo trabalho que será desenvolvido no atendimento hospitalar. Decifrar a demanda, acolhê-la, sem frustrar ou atender, é o que sustenta a especificidade de nossa atuação, que compreende o psíquico como mais um dos fatores do adoecer, permitindo atuar de um lugar diferente. Neste caso identifiquei uma dificuldade na condução de meus trabalhos, na interpretação referente à demanda da equipe, fui movido pela intenção de **tentar fazer a paciente comer**, mesmo que conscientemente este não fosse o objetivo ao qual me propus.

Esta atitude teve um impacto, deixando sua marca ao curso dos atendimentos e reuniões, pois ao acatar essa demanda sem interrogação, coloquei-me ao lado das “*panacéias*”, técnicas e todos os tipos de tentativas angustiadas, recebendo de fato toda a pressão que a demanda carrega.

Demandar é pedir algo que não se tem, é exigir ou fazer uma reivindicação de alguma coisa que não temos, [...] porque demanda uma satisfação que não encontra sozinho e espera que o psicanalista a encontre para ele. Contudo, a queixa não é o sofrimento. [...] queixa-se para não sofrer, ou ainda, quer se libertar de um sofrimento. Em muitos casos, ele procura assim se proteger da antecipação de um sofrimento real, no caso de não se restabelecer. Ele vem se queixar para ser libertado de um sofrimento anunciado, quando este anúncio é já insuportável. Falamos aqui de um insuportável no eu que indica uma marca muito precisa: a marca da castração. (PISETTA, 2008, p. 174)

Podemos pensar que, em minha inabilidade em trabalhar com o conteúdo que a jovem trazia em relação àquilo que a equipe demandava, é onde ocorre um desencontro, não ocorrendo um atenuamento da angústia suscitada pelo caso, pelo contrário, ela foi se tornando ainda mais intensa.

Gobatto (2001) define em seu artigo que para a transferência acontecer, é necessário primeiramente que haja uma demanda de saber endereçada ao analista, ao seu suposto saber. Moretto (2013), por sua vez, afirma que a função do psicólogo no hospital difere da clínica e seu *setting* tradicional, já que engloba outros atores na cena e múltiplas transferências. Esta clínica não objetiva um trabalho isolado, mas sim integrado.

Nesse ponto onde a metonímia significante paralisa-se surge o amor como uma significação ao vazio, o amor endereça-se ao analista não simplesmente e ingenuamente como objeto amado, mas sobretudo como um “eu te amo pelo saber que você possui sobre mim”, ou “eu te amo porque eu sei que você é depositário do objeto que procuro”. (GOBATTO, 2001, p. 106)

Ao revisitar estes pontos, lembrando das reuniões que foram convocadas, da frase endereçada a mim pela profissional de saúde e da exigência de especialistas das mais diferentes áreas, fica demarcado o território da angústia suscitada pela gravidade do caso anoréxico e sua força em mobilizar diversos atores de uma equipe. Dentro dos quais não deixei de *ser atropelado* (CAROLE D.-LA SAGNA, 2007 apud PENCAK; BASTOS, 2009).

Por fim, trago mais um recorte que observei através da experiência dos atendimentos a este grave caso de Anorexia Nervosa, e que ajudam a lançar luz às suas complexidades e sutilezas. Diz respeito ao desencontro que a estratégia anoréxica pode causar a todos aqueles envolvidos no cuidado.

Houve, por parte da equipe, um segundo pedido de atendimento para a referida paciente numa situação de urgência na enfermaria. Uma profissional responsável pelos cuidados da jovem naquele dia tece um elogio a respeito do ganho de peso que a paciente vinha alcançando, um progresso do ponto de vista clínico e com caráter reforçador de sua conquista. Porém, este “mero” elogio que visava contemplar o esforço da jovem, a partir dos relatos, tem um efeito devastador resultando numa crise intensa de choro e que muito se assemelhava a uma crise de angústia.

É diante deste indivíduo, que muitas vezes enxerga o progresso clínico como ameaça ao seu desejo, expresso pelo não comer, o qual nos defrontamos e nos exige cautela para agir. Com esse tipo de desencontro, abre-se a possibilidade de articular conhecimentos de distintos campos e promover um momento de encontro, possibilitando ir em direção ao campo da palavra, “[...] refletindo o que emerge na atualidade à procura de uma formulação por meio da qual o mal-estar possa, enfim, habitar a linguagem e ser partilhado” (FERNANDES, 2011, p. 54).

CONCLUSÃO

*“Ando devagar
Porque já tive
pressa E levo esse sorriso;
Porque já chorei demais;*

*Hoje me sinto
mais forte; Mais
feliz, quem sabe;
Só levo a certeza
De que muito pouco sei;*

Ou nada sei [...]” (SATER, 2018)

Com o trecho da música de Almir Sater, propõe-se a reflexão sobre a participação do psicólogo responsável pelos atendimentos de uma jovem anoréxica. Passar em uma prova e ter seu ingresso no Hospital Geral não consoma por si só o trabalho do psicólogo nesta instituição, mas se trata do início de um trajeto. Seguindo a mesma lógica, um pedido por atendimento psicológico a uma paciente com Anorexia Nervosa também não implica em dizer que o trabalho se dará com facilidades ou sem desencontros. O que o início de um percurso hospitalar e um pedido por um atendimento psicológico trazem em comum? Ambas tratam de uma possibilidade de que o trabalho aconteça, a possibilidade de um encontro.

É inegável concluir que este encontro aconteceu, mas tornou-se e manteve-se enquanto desencontro na medida que, enquanto Psicólogo, não houve uma compreensão da demanda. Houve um direcionamento inicial para o trabalho psicológico, mas ao não saber trabalhar com o que fora solicitado e suas implicações, sem me dar conta, acabo por me perder nesta interpretação e atendendo-a: tentar fazer a paciente comer.

Também é imprescindível pensar, a quem se propõe ao trabalho: qual seria o lugar daquele que trabalha fazendo uso do instrumento da psicanálise no hospital? É a partir da compreensão da dimensão clínica e da dimensão institucional, onde na primeira trazemos a teoria que sustenta nosso trabalho, e na segunda, uma dimensão que devemos manter a mesma atenção flutuante qual Freud (1996d) introduz em “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”.

Fazer uso da atenção uniformemente suspensa implica estar atento ao que a instituição e seus demais atores estão dizendo. Não promover

uma escuta criteriosa pode resultar em dificuldades na interpretação das queixas e demandas, onde uma exterioridade absoluta por parte do profissional da “*Ps*” em relação à dimensão institucional pode ser catastrófica, resultando até em uma exclusão da instituição, ou como nos recortes apresentados ao longo do Relato de Experiência, em um isolamento (MACHADO; CHATELARD, 2014).

Diferentemente do que pensava quando a situação ocorreu e de quando me propus a escrever este artigo, não se trata de um embate entre o discurso médico e o da psicanálise. Trata-se de trabalhar levando em conta estas dimensões. Saber trabalhar no hospital usando como instrumento, o instrumento da psicanálise, é construir um espaço para que o psíquico seja levado em conta como mais um dos fatores do adoecimento/adoecer, já que este espaço não costuma estar dado de antemão.

Retomando o trecho da música de Almir Sater, a pressa aparece na ânsia em obter êxito no caso, em pertencer a uma equipe em uma nova instituição de trabalho, e também ao tomar comentários para o lado pessoal, como nas falas da profissional que solicitou em minha frente pela troca de terapeuta. Isso implicou em algo que não pode ser ouvido e que corroborou para as dificuldades que encontrei e seu desfecho. Os tormentos desencadeados ficam explícitos através da frase “porque já chorei demais”.

Por outro lado, o andar devagar diz exatamente sobre este momento de reflexão, agora distante dos afetos que tanto paralisaram ou mobilizaram escutas e decisões precipitadas, parte-se deste isolamento, desta exclusão, desta troca do profissional do caso, que trouxe consigo os mais diversos afetos intempestivos, para poder desenvolver esse trabalho e a construção de um novo saber mediante o Relato de Experiência. Por fim, a parte que diz sobre “muito pouco sei” reflete a complexidade das dinâmicas envolvidas em uma instituição hospitalar, de um Psicólogo recém-ingresso, de uma paciente com uma patologia grave, uma equipe angustiada e das armadilhas do inconsciente. Estes são apenas alguns fragmentos, alguns recortes, e seus demais desdobramentos poderão ser aprofundados em estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- APPOLINARIO, J. C.; BACALTCHUK, J. Tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 24, p. 54-59, 2002.
- BIDAUD, E. **Anorexia mental, ascese, mística: uma abordagem psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- CONTRIBUIÇÕES para elaboração do trabalho acadêmico opção relato de experiência. Campina Grande: UNIFACISA, 2017.
- DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.
- DATASUS. **Tipo de estabelecimento**. 2006. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm#:~:text=Hospital%20Geral%3A%20Hospital%20destinado%20%C3%A0,de%20SADT%20de%20m%C3%A9dia%20complexidade. Acesso em: 01 fev. 2023.
- FERNANDES, M. H. O corpo e os ideais na clínica contemporânea. **Rev. Bras. Psicanál.**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 43-55, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2011000400006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2023.
- FERREIRA, B. E. S. N. **O lugar do médico e seus impasses a partir da clínica contemporânea da anorexia e bulimia**. 2008. 265 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.
- FREUD, S. Estranho (1919). In: FREUD, S. **Uma neurose infantil e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. (ESB, v. 17).
- FREUD, S. História de uma neurose infantil (1918). In: FREUD, S. **Uma neurose infantil e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. (ESB, v. 17).
- FREUD, S. Rascunho G – melancolia, 1895. In: FREUD, S. **Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. (ESB, v. 1).
- FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In: FREUD, S. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. (ESB, v. 12).
- GOBBATO, G. G. Transferência: amor ao saber. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 4, p. 103-114, 2001.

GRANDO, L. H. **Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem**. 2000. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

JORGE, M. A. C. Introdução. In: CLAVREUL, J. **A ordem médica**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

LACAN, J. **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1995.

MACHADO, M. V.; CHATELARD, D. S. O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. **Rev. Subj.**, v. 14, n. 2, p. 187-202, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-0769201400020002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2023.

MAESSO, M. C. A razão do diagnóstico em torno do ideal científico e a ruptura ética da psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, p. 433-439, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistatp/article/view/18582>. Acesso em: 24 out. 2022.

MENDES, E. R. P. Sobre a supervisão. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 34, n. 64, p. 49-55, dez. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-7395201200030007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2023.

MOREIRA, L. A. C.; OLIVEIRA, I. R. Algumas questões éticas no tratamento da anorexia nervosa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, p. 161-165, 2008.

MORETTO, M. L. T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. 2006. 262 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. <https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-06122018-144620>

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, dez. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-4838201400020007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2023.

PENCAK, S.; BASTOS, A. Anorexia mental e feminilidade. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 12, p. 347-363, 2009.

PISETTA, M. A. A. M. Angústia e demanda de análise: reflexões sobre a psicanálise no hospital. **Bol. Psicol**, São Paulo, v. 58, n. 129, p. 171-183, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2023.

SANTOS, K. M. C.; ZANOTTI, S. V. A anorexia na clínica contemporânea: considerações sobre o sintoma. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe., p. 1239-1255, dez. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-4281201600040011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2023.

SATER, A. **Tocando em frente**. Rio de Janeiro: Coqueiro Records, 2018. Disponível em: <https://open.spotify.com/track/0tmLxce2w4Mxf9gGxRceVl?si=b3ad8fd99b0a40dd>. Acesso em: 21 jul. 2023.

SILVA, A. B. H. C. O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 166-187, dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2022.

SIMONETTI, A. **Psicologia hospitalar e psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

VIEIRA, C. A. L. Anorexia: uma tentativa de separação entre o Sujeito e o Outro. **Rev. Mal-Estar Subj.**, v. 8, n. 3, p. 645-660, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 fev. 2023.

WEINBERG, C.; BERLINCK, M. T. O jejum sagrado e o jejum anoréxico: maneiras radicais de lidar com as demandas do corpo. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 255-268, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912015000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 maio 2023.