

Andrade, A. K. A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da Psicanálise

## **A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da Psicanálise**

Arthur Kelles Andrade<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Especialista em Psicologia Hospitalar e Psicanálise: Clínica da criança e do adolescente. Mestrando em Estudos Psicanalíticos pela UFMG.

## Introdução

O hospital é um dos instrumentos criados pela cultura para lidar com o mal-estar na civilização, já descrito por Freud (1996). Perpassado por diferentes saberes, discursos e demandas, é um espaço em que o analista tem encontrado desafios e possibilidades de atuação, podendo contribuir e conviver com a diversidade de questões ali presentes sempre atento às possibilidades de intervenção do discurso psicanalítico.

Lacan (2001) afirma que o lugar da Psicanálise na Medicina é marginal e extraterritorial. Do ponto de vista da Medicina, a Psicanálise está à margem, pois é vista como uma ajuda exterior, figurando como um assistente terapêutico. Os psicanalistas, por sua vez, preferem considerar a Psicanálise como extraterritorial à Medicina. Devido às particularidades de seus discursos, Jorge (1983) considera que a Psicanálise e a Medicina são mutuamente excludentes.

Lacan trabalha com a noção de discursos como formas de laços sociais, nos quais o discurso analítico pode intervir com seu funcionamento nos outros discursos. Destacamos neste artigo o discurso analítico e o discurso produzido na ordem médica, o discurso do mestre ou o discurso da ciência. Lacan (1992) nos apresenta no *Seminário 17* quatro discursos. Para o autor, os laços sociais são estruturados e tecidos como linguagem, por isso denominados discursos, sendo estes modos nos quais a linguagem é vivenciada como vínculo social quando o sujeito se utiliza da articulação da cadeia significante. A estrutura discursiva não contempla somente o que é da ordem do significante, existe um resto que opera mesmo fora da significação ou da articulação significante.

Freud diz que nos deparamos na experiência psicanalítica com três impossibilidades: governar, educar e psicanalisar (Freud, 1996). Lacan adiciona ainda o impossível de se fazer desejar. A partir desses impossíveis, tem-se, respectivamente, o discurso do mestre, em que o poder e o saber dominam; o do universitário, o dominado pelo saber; o do analista, que se coloca no lugar do objeto a; e o da histérica, que interroga o mestre e produz um saber próprio.

Os discursos são constituídos por quatro elementos: o significante mestre (S1); o saber (S2); o objeto a (a); e o sujeito barrado (\$). Eles se organizam em quatro posições fixas: o agente, que organiza a produção discursiva; o outro, a quem o discurso se dirige; a produção, isto é, o efeito, produto do discurso; e a verdade, que sustenta o discurso, mas nunca é totalmente acessível (Lacan, 1992).

O discurso médico, que regula as relações em um hospital, está mais próximo ao discurso do mestre (Clavreul, 1983). No entanto, não podemos dizer que o discurso médico esteja restrito ao discurso do mestre. Na teoria lacaniana, os quatro discursos funcionam como polo de atração para todos os discursos existentes, em um movimento de balança constante. Portanto, em determinado momento, cada discurso estará relacionado a um dos quatro discursos lacanianos (Jorge, 1983). Clavreul (1983) aponta ainda a interdependência dos discursos: nenhum existe sem os outros três. No entanto, dá-se um lugar privilegiado ao discurso do mestre, pois ele é o discurso primeiro, que dá primazia ao S1. Ele é o constitutivo de todo discurso, nele se situa o inconsciente e seu sentido gozado.

No discurso do mestre, o lugar de agente é do significante mestre (S1), que se dirige ao Outro, aqui sendo o do saber (S2), ou seja, significantes em cadeia. Nesse processo, surge o sujeito cindido (\$) e há uma perda de gozo (a), perda essa que o mestre não consegue articular em seu discurso (Lacan, 1992). Aqui, o sujeito está sobre a barra, ele não participa do discurso manifesto, havendo importantes consequências (Jorge, 1983).

O discurso médico, bem como o discurso do mestre, exclui a subjetividade de quem fala, isto é, do médico, e de quem escuta, o doente. O médico não fala como representante de si mesmo, mas sim da instituição médica, sendo instrumento do discurso médico. “Ele só se autoriza por não ser ele próprio, pela anulação de si enquanto sujeito” (Jorge, 1983, p. 11). O mesmo acontece com o doente: o médico não se dirige à pessoa que está ali, e sim ao homem são que o paciente era e que graças ao saber médico voltará a ser. O doente é apenas o território em que a doença, objeto que é produto do discurso médico, se manifesta. Nesse sentido, pode-se dizer que não existe a relação médico-doente, e sim a relação instituição médica-doença (Jorge, 1983).

Portanto, o discurso médico tem uma função silenciadora, apagando a subjetividade de quem fala e fazendo-se valer apenas do que se inscreve em sua própria linguagem. Os significantes do sujeito são transformados em signos já preestabelecidos do discurso médico. Assim, a “falta de ar” descrita pelo paciente em um momento de urgência subjetiva é considerada pelo médico como “dispneia”. E o que do discurso do paciente não se inscreve no discurso médico é ignorado (Jorge, 1983). A nomeação vinda do discurso da ciência, pela via do discurso do mestre, deixa de fora o sujeito e sua significação. A função silenciadora do discurso médico também pode ser observada, uma vez que não são levados em consideração os significantes do sujeito na construção do sintoma.

O discurso médico não considera a dimensão do gozo, que designa uma outra forma de satisfação que o sujeito pode obter com seu mal-estar, com seu sintoma. Ele busca padronizar, normatizar os sintomas. A dimensão do gozo lhe é estranha, não se inscreve em seu discurso (Lacan, 2001). O discurso do mestre exclui a diferença, modo em que a subjetividade e o gozo se manifestam. O discurso do analista, por sua vez, considerará essa subjetividade e gozo que o discurso médico tenta calar (Jorge, 1983).

O discurso do analista se encontra no polo oposto ao discurso do mestre, sendo seu contraponto. Nesse discurso, o agente é o objeto *a*, resto de gozo que o sujeito tentará recuperar. Assim, o analista se faz causa do desejo do analisante para que a transferência auxilie o sujeito no seu trabalho de elaboração.

Enquanto no discurso do mestre é o sujeito barrado que está no lugar da verdade, não participando do discurso manifesto, no discurso do analista é o saber que está sob a barra. Isso quer dizer que o discurso do analista destitui o saber construído pelo mestre (Jorge, 1983). O analista, enquanto objeto *a*, comanda o discurso, movido pelo desejo do analisante, interrogando o sujeito para que ele vá de encontro à sua causa, ao seu próprio desejo. Ele deve ir contra toda vontade de dominar, assim será fácil deslizar para o discurso do mestre (Lacan, 1992). A posição do analista é de questionar esse princípio de uma ordem única, que tenta padronizar e adaptar os corpos e seus sintomas. O discurso do analista é avesso ao discurso médico, pois considera o sujeito em sua singularidade e particularidade.

E como o analista atua nesse ambiente dominado pelo discurso do mestre? Stevens (2003) aponta que não devemos agir como contramestres. Para o autor, não se trata de se opor ao mestre, nem de se pôr a seu serviço. O analista fura os S1 da instituição, barra-os, fazendo aparecer a opacidade desses significantes. Esse efeito é produzido na prática clínica quando o analista põe em primeiro plano o S1 do sintoma do paciente e não o do mestre.

O discurso médico, enquanto discurso do mestre, busca categorizar, dar diagnósticos. O discurso do analista vai por outra direção, buscando a particularidade na exceção. A própria situação de urgência subjetiva, que culmina na hospitalização, pode ser uma exceção na vida do sujeito (Belaga, 2006).

Para Miller (2008), o psicanalista representa a reivindicação, a rebelião do “como todo mundo” imposto pelo discurso do mestre. O discurso do analista reivindica o “não como todo mundo”, a particularidade do gozo. Para o autor, a Psicanálise está em um lugar frágil, sempre ameaçado, pois só se sustenta no desejo do analista de colocar o singular em questão.

### **Urgência subjetiva no contexto hospitalar**

Atuar em instituições traz à tona o manejo de conceitos clássicos da Psicanálise, como o tempo, o *setting* físico e a transferência. No trabalho com crianças hospitalizadas, o analista se depara com essas questões. A continuidade das sessões pode ser interrompida a qualquer momento, pois, além de a criança ou a família recusarem o atendimento, a criança pode receber alta, ser transferida de hospital ou vir a falecer. Um aspecto que marca a diferença do contexto da Psicanálise clássica é que, no hospital, geralmente o analista é quem vai até o paciente ou família, diferentemente do consultório, onde ele é procurado.

Devido ao ambiente físico, as sessões também passam por modificações: os atendimentos podem acontecer nos corredores, nos próprios leitos, com o analista de pé. Isso levanta importantes pontos, como nos casos de enfermarias onde os outros pacientes ouvem os atendimentos, e em alguns momentos até interferem no que está sendo falado, familiares que desejam estar no quarto durante o atendimento, constantes interrupções da equipe de saúde para aferições, limpeza do quarto, hora do banho, exames, entre outros. São cálculos e adaptações que o analista deve a todo momento considerar em seu trabalho.

O psicanalista é convocado ao ambiente hospitalar quando há urgência subjetiva de pacientes, familiares e equipe profissional. A urgência subjetiva é um momento em que o sujeito se depara com um real insuportável, traumático, ocorrendo, então, uma falha simbólica em seu discurso, um corte na cadeia significativa. O sujeito não encontra um lugar no Outro para sua palavra, sendo duramente confrontado com sua falta-a-ser, com sua castração (Moura, 2003).

Para Laurent (2006), o trauma é o que foge de toda programação, o que não é simbolizável pelo sujeito. Isso é que ocorre nas urgências subjetivas. Diz do real em jogo, assustador e insuportável, que não consegue ser codificado pelo discurso. O imaginário e o simbólico são afetados, deixando o sujeito sem palavras, sem imagens que representem a situação. Na falta da sustentação do simbólico, diversas respostas podem aparecer, como passagens ao ato, inibição, *acting out*, agressividade, entre outras.

A urgência subjetiva não diz de uma urgência psiquiátrica, econômica, social ou médica. Mesmo que um pouco de cada uma esteja presente na urgência subjetiva, ela diz respeito de algo além, que envolve o sujeito em uma situação de desestabilização psíquica (Seldes, 2006). Assim, se há uma urgência frente a um real traumático, é porque anteriormente havia algo particular que “resistia” bem, ou seja, um enodamento organizado. Imaginário, simbólico e real entrelaçados faziam com que o sujeito conseguisse fazer laço social e até mesmo com que ele não precisasse chegar ao ambulatório ou consultório do analista, isto é, que ele não tivesse uma urgência (Belaga, 2006).

A urgência subjetiva aparece também no contexto hospitalar com crianças portadoras de doenças crônicas, como diabetes, fibrose cística, doenças hepáticas, cardiopatias congênitas, artrite juvenil, câncer, insuficiência renal crônica, paralisia cerebral, entre outros. A doença crônica infantil é caracterizada por seu curso demorado, progressão, isto é, constante desenvolvimento do quadro clínico, necessidade de tratamentos prolongados e pelo impacto na capacidade funcional da criança, em suas habilidades físicas e psíquicas (Castro & Piccinini, 2002).

Mesmo com a evolução da tecnologia médica, que tem avançado no tratamento dessas doenças, essas crianças ainda têm que conviver com constantes hospitalizações, cirurgias e acompanhamentos com equipe de profissionais de saúde. A partir do momento do diagnóstico do quadro clínico, sua vida e a de sua família passarão por importantes mudanças que devem ser consideradas e elaboradas.

A criança, ao ser hospitalizada, perde muito de sua subjetividade. Perde suas roupas, nem sempre pode estar com seus brinquedos ou outros aparelhos. A dieta é a mesma para todos ou é estritamente determinada por um nutricionista, ou seja, ela não pode escolher o que comer. Às vezes não é possível que receba visita de amigos da escola devido às normas hospitalares. Até mesmo seu ciclo de sono é afetado devido às constantes interrupções da equipe de saúde. A situação nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) pediátricas é ainda mais complexa: horários de visitas rígidos, maiores intrusões ao seu corpo, como sondas, acessos, fístulas, constantes retiradas de sangue e aferição de dados vitais. Todos esses processos apagam pouco a pouco a particularidade, o que há de único nesse sujeito dividido.

Belaga (2006) afirma que nossa atuação deve começar com um propósito: que quem sofra em sua urgência tenha a quem dirigir seu sofrimento, tenha um espaço no campo do Outro, para que então o sujeito ressurgja. Esse espaço de escuta e acolhimento é o analista quem produz. O sujeito, ao saber que existe um campo em que possa falar sobre suas questões, permite que a cadeia significativa, antes interrompida, volte a deslizar. Esse campo de fala que possibilita o deslizamento da cadeia permite também que o sujeito volte a fazer laço social, laços que foram afetados ou interrompidos pela situação de hospitalização.

A abertura, a construção desse espaço de fala não significa que devemos ser compassivos com o sofrimento do sujeito. Acompanhar uma situação de hospitalização de uma criança pode ser impactante. Assim, não se trata de sofrer com ele. O trabalho do analista com crianças no hospital também não se trata de voltar às antigas configurações, ao que se era antes do que ocasionou a urgência. Não é um trabalho de recuperação, e sim de invenção. Trata-se de buscar novas saídas, novas soluções, um saber fazer com o ocorrido (Moura, 2000). É um momento de reconstruir a relação com o Outro que não existe. O paciente tenta se reidentificar com as antigas configurações, mas devemos conduzir para que ele as reinvente (Belaga, 2006).

## **O imaginário e a hospitalização infantil**

Frequentes internações hospitalares, cirurgias, e em alguns casos possíveis amputações afetam o imaginário da criança e a forma com que faz laço. Quem sou eu agora? É uma importante pergunta que deve aparecer como enigma (Moura, 2000). A criança e seu meio social devem aprender a lidar com a nova configuração do real que lhes é imposta. Ela precisará de cuidados intensivos? Haverá limitações físicas ou cognitivas? Como serão vistos a partir desse momento pela família e amigos? A rotina escolar será alterada? São perguntas cujo momento de concluir é precipitado para o sujeito, exigindo uma resposta antecipada.

A doença crônica impõe restrições físicas à criança, afeta a forma como ela faz laço social. Ela talvez não poderá participar da aula de educação física com seus amigos, ou brincar no parque no fim de semana. Em uma festa de aniversário, ela não poderá comer o que lhe é oferecido, devido a sua dieta restrita. Poderá perder um período significativo de aulas, ou uma viagem organizada pela família ou escola porque estará hospitalizada. São momentos significativos para a criança em que a forma de laço com o Outro passará por reinvenções.

O neurótico, que se pergunta quem é ele no desejo do Outro, que lhe endereça a questão *che vuoi*, “que queres?” (Lacan, 1998a), terá que se haver com essa indagação ao ser hospitalizado. A criança com doença crônica muitas vezes pode se sentir indesejável, pensando que não responde mais ao ideal imaginário de seus pais. Ela pode dizer que prefere não receber visitas para não incomodar a família, que prefere ficar sozinha “para descansar”. São afirmações que à primeira vista podem parecer banais, mas dizem do valor que ela supõe ter. Deve-se investigar e fazer com que a criança fale para que se esclareça o lugar que ela se dá no desejo do Outro.

O analista deve considerar em sua atuação que a doença está ligada ao imaginário corporal da criança. Marcas de cirurgias, órgãos e membros fracos, pouco desenvolvidos, uso de aparelhos para auxiliar o movimento ou respiração, fazem com que seu corpo seja um constante lembrete de sua doença. Além disso, em uma situação de hospitalização, a quantidade de sondas, acessos e aferições constantes podem ser invasivos para a criança. Todos esses aspectos afetam sua percepção de corpo.

O real da doença crônica afeta também a imagem construída pelos pais desde antes do nascimento da criança. Eles fazem planos, imaginam como a criança será, se vai ser igual ao pai ou igual à mãe, qual será sua profissão, etc. É uma elaboração psíquica construída durante muito tempo, até mesmo anos. Em nenhuma dessas construções imaginárias se encontra a existência de uma doença crônica e todas as consequências que ela traz. Não é um processo simples para os cuidadores restituírem uma nova concepção imaginária. Aí está também mais um ponto de atuação do analista, auxiliando-os a reinventar esse imaginário.

### **A demanda de análise**

Em situações de hospitalização, o sujeito pode se perguntar: “por que isso acontece comigo?”. Isso revela um questionamento ao Outro e traz consigo uma suposição de que há uma exceção ao conjunto, isto é, a *ex-sistência* de alguém que não sofre. A posição do analista não é a de responder a essa questão, mas sim sustentá-la para que também se torne um enigma, e, possivelmente, demanda de análise (Moura, 2000). A partir daí outras questões surgirão do movimento da cadeia significante, possibilitando o processo elaboração da hospitalização e da doença crônica, tanto para a criança quanto para sua família, que também se pergunta sobre o motivo desse sofrimento.

Em um contexto de Psicanálise clássica, são raros os casos em que a criança por si só busca análise. Na maior parte das vezes, ela chega ao consultório com demanda de análise dos pais, de outros membros da família, da instituição escolar. Pode-se dizer que o mesmo acontece no hospital. O chamado ao analista vem da equipe profissional e dos familiares acompanhantes. Somos convocados com uma demanda já “pronta”: a criança está depressiva, está agitada, não quer aderir ao tratamento, etc. Na instituição surgem diversas demandas, que devem ser escutadas e acolhidas pelo analista, mas temos que ir além delas, não podendo focar no nível descritivo, na dimensão do fato, e sim na dimensão do dizer (Miller, 1997).

Um fator que contribui para que a demanda venha de terceiros é que, em um momento de urgência subjetiva, o paciente está ainda mais assujeitado ao Outro, tornando mais difícil que ele solicite ajuda (Moura, 2000). O paciente nessa situação encontra-se tão angustiado que pode não conseguir encontrar saídas. Nesses casos, a equipe multiprofissional e a família avaliam inicialmente a necessidade de atendimento psicológico.

Em uma situação que envolve a criança hospitalizada, esse assujeitamento é ainda mais marcante. Médicos, enfermeiros, familiares decidem todos os processos da conduta do tratamento pela criança. Ela é tida apenas como um corpo doente que não é habitado por desejos, questionamentos e particularidades. O assujeitamento tem efeitos na criança. É importante que a criança apareça e seja notada em meio a tantos atravessamentos institucionais, que o analista seja um outro com quem a criança possa falar sobre a hospitalização, expressar seus medos, suas fantasias e suas elaborações.

O analista trabalha, então, a partir da criação de um espaço de escuta, para que surja uma demanda do paciente, para que seu sintoma se torne um enigma. A demanda de análise surge, portanto, *a posteriori*, em um outro tempo.

Bem como no atendimento a adultos, o analista deve implicar a criança no processo de análise, pois ela também é um sujeito do inconsciente e deve responsabilizar-se por seu tratamento. Devemos introduzir, assim, o sintoma da criança em seu discurso, no deslizamento de seus significantes, fazendo com que o sujeito reapareça e se responsabilize por seu sintoma (Sotelo, 2006).

No entanto, é importante dizer que, como a demanda inicial de tratamento vem de outras pessoas, nem sempre surge uma demanda analítica por parte do paciente. O que é uma demanda para a instituição hospitalar ou para a família pode não fazer questão para o paciente (Seldes, 2006).

## O hospital e o tempo lógico

O analista no contexto hospitalar não se orienta pelo tempo cronológico, como na Medicina, e sim pelo tempo do sujeito, pelo tempo lógico. O tempo lógico foi formalizado por Lacan (1998b) a partir do sofisma dos três prisioneiros e se divide em três momentos: o instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir.

Nesse sofisma, o diretor de um presídio propõe a três prisioneiros suas respectivas liberdades. Para isso, ele os coloca em uma cela onde há cinco discos: três brancos e dois pretos. O diretor cola um disco branco nas costas de cada um dos prisioneiros e lhes diz que o primeiro a adivinhar corretamente qual a cor de seu disco estará livre. Os prisioneiros iniciam um trabalho de raciocínio para decifrar a cor de seu disco, baseado nos discos dos outros e em suas reações. Os três prisioneiros saem juntos, evidenciando que hipoteticamente os três têm condições de solucionar o enigma (Lacan, 1998b).

Lacan, a partir do sofisma, apresenta os três modos do tempo. O instante de ver é o primeiro momento, no qual o tempo é igual a zero, instante em que o sujeito se depara com o real. Ainda não há raciocínio ou subjetivação, apenas a contemplação desse real. O segundo modo do tempo é o tempo de compreender, que pressupõe um momento de meditação. No sofisma, é o tempo em que os prisioneiros deduzem a partir do Outro a cor de seu disco. Por fim, tem-se o momento de concluir, no qual está presente a função da pressa, em que a conclusão é antecipada. É um momento que ofusca a objetividade do tempo de compreender, pois, se o prisioneiro não se apressar, os outros podem sair primeiro. Diz-se de um sujeito de pura lógica, que baseia sua decisão no tempo de parada dos outros dois prisioneiros. Essa asserção subjetiva só é verificada posteriormente, ou seja, o prisioneiro só saberá realmente se é branco ao sair. Aí está a certeza antecipada, que só se verifica por si mesma (Lacan, 1998b).

Em um hospital, o sujeito pode se fixar no instante de ver, quando ocorre a urgência subjetiva que desestabiliza sua cadeia significativa. Ele fica paralisado pelo trauma causado pelo

real. Ele pode também passar rapidamente ao momento de concluir, sem demorar-se no tempo de compreender. Lacan (1998b) diz que o tempo de compreender é incomensurável e pode se reduzir ao instante de ver. Podemos tomar por exemplo a morte repentina de um familiar, que exige do sujeito uma resposta antecipada sobre a morte, sobre sua própria castração, questões com as quais antes não havia se deparado. Moura (2000) vê a urgência subjetiva como um curto-circuito entre o instante de ver e o momento de concluir.

A atuação do analista é voltar o sujeito para o tempo de compreender, para que ele possa refletir e elaborar o que aconteceu, para que a cadeia significante volte a funcionar e o sujeito surja novamente no intervalo desses significantes. Além disso, o analista deve levar em consideração o discurso do mestre, que exige sempre respostas rápidas e precisas. O tempo lógico diz de um tempo próprio do sujeito, único e particular, que não responde à exigência do discurso do mestre (Moura, 2000).

### **A doença crônica infantil e o real da morte**

O hospital está cada vez mais associado com a morte e o morrer. Em épocas anteriores, as pessoas morriam em suas casas, em um ambiente mais acolhedor e afetivo, perto de seus familiares. A família e os amigos tinham mais participação nos últimos momentos do paciente, acompanhando-o e dando-lhe suporte. Devido ao desenvolvimento da ciência médica e seus avanços tecnológicos, atualmente morre-se no hospital, onde há um grande suporte clínico ao paciente, porém a família nem sempre pode estar presente (Carvalho, 1999). Assim, tem-se a percepção de que a morte no hospital é algo frio, rodeado de tristeza e solidão.

Ao chegar ao hospital, a morte e a finitude perpassam o imaginário da criança e de sua família. A angústia de castração em sua forma mais real e crua pode ser insuportável. Em enfermarias com mais leitos, pacientes e familiares assistem à morte de outros e os fazem ter diversas reações: inibições graves, sintomas depressivos, fantasias sobre o morrer e agressividade. No ambiente hospitalar, eles são confrontados de maneira direta com sua angústia de castração, tendo que se haver com a questão que não há garantias no Outro. O analista escuta essa angústia que é universal no particular do um a um (Moura, 2000).

Podemos pensar com Freud a questão da morte e do morrer e a maneira como o adulto lida com isso ao se deparar com uma criança enferma. O autor, em *O esclarecimento sexual das crianças* (1976), interroga a razão pela qual os adultos não abordam questões sexuais com a criança. Seria uma esperança que esse “ocultamento” retardasse o aparecimento da pulsão sexual infantil? Seria por medo de despertar prematuramente essa pulsão? O mesmo pode ser entendido com a questão da morte, da angústia de castração. Por que é tão difícil para o adulto tratar desse ponto com a criança, em especial com aquelas com doenças crônicas, em que o real da morte é muito mais explícito?

A excessiva ocultação sobre as questões sexuais é o que impulsiona a criança a descobrir mais sobre elas. Como elas não se sentem satisfeitas com as respostas dadas pelos adultos, se veem impelidas a investigar mais, até encontrar uma resposta satisfatória. O convívio com outras crianças, a conversa entre elas, a observação de sua vida familiar e escolar contribuem para a investigação, liberando sua imaginação na tentativa de responder perguntas tão inquietantes (Freud, 1976).

No hospital, com seu ambiente cheio de regras e limitações, a criança frequentemente tem que se haver sozinha com suas angústias, ela nem sempre consegue encontrar no Outro, seja ele familiar ou da equipe de saúde, uma resposta ou ao menos um lugar em que possa falar

e elaborar sobre isso. Fantasias sobre a hospitalização e até mesmo o agravamento de um sintoma podem vir preencher o furo causado por esse real. A família e a equipe muitas vezes desconsideram a criança e seus desejos, suas inquietações. A criança é colocada em uma posição de objeto, esquece-se que ali há um sujeito que quer ser escutado.

Freud também coloca em discussão o despreparo da parte dos adultos. Eles são frutos de uma sociedade que tem o sexo e a morte como tabu. Assim, quando seus filhos lhe endereçam suas dúvidas, os próprios pais e cuidadores não sabem como responder (Freud, 1976). Como já exposto, o hospital antecipa o momento de concluir para o sujeito. Ele se depara com a questão da morte de uma forma de que não se pode escapar, que exige uma resposta naquele momento. Além disso, pode-se ter a demanda de uma resposta por parte da criança: o que está acontecendo com o seu corpo, o que são esses sintomas que ela está experienciando e até que ponto esses sintomas podem se desenvolver?

Freud diz não haver uma razão forte o suficiente para não abordar questões sexuais com as crianças. Se elas perguntam algo a um adulto e são ludibriadas ou obtêm meias respostas, elas continuam a estar inquietas em segredo, e passam a buscar outras formas de encontrar a solução. Vale ressaltar que o que Freud defende não é uma exposição verborrágica que explana com detalhes pontos da vida sexual para uma criança, ele afirma que “a curiosidade da criança nunca atingirá uma intensidade exagerada se for adequadamente satisfeita a cada etapa de sua aprendizagem” (Freud 1976, p. 77). Deve-se respeitar a progressão própria da criança, isto é, discutir com ela o que está sob sua capacidade de entendimento (Freud, 1976).

O esclarecimento sobre a morte deve ser pensado da mesma maneira, de forma gradual e contígua com o desenvolvimento da criança. O analista cria, nesse sentido, um espaço subjetivo em que ela possa falar sobre seus receios e preocupações. Se a equipe e a família, por suas próprias questões, evitam falar sobre isso com a criança, o analista deve ser ao menos um que não foge, ao menos um que se faz presente. Belaga (2006) aponta também que o analista, no hospital, deve ter prudência, deve saber até onde o sujeito pode suportar o trabalho, devido a suas próprias limitações e da situação de hospitalização, como a desestabilização psíquica do paciente e o tempo curto e incerto de atendimentos.

## Considerações finais

Tendo em vista o exposto, é possível perceber como o trabalho do analista com crianças com doenças crônicas em um hospital é desafiador. Trata-se de uma prática analítica com um *setting* diferente, em que conceitos clássicos da Psicanálise aparecem de forma singular, destoando da prática em consultório particular. Vale ressaltar, nesse sentido, a importância da formação do analista, tanto em sua própria análise quanto em supervisão e estudo teórico, permitindo-lhe lidar com as dificuldades advindas dessa prática e com os atravessamentos institucionais (Moura, 2003).

Laurent (1999) aponta que um dos papéis do analista é ajudar a civilização a articular as normas com as particularidades individuais. E deve fazer isso com humildade, sem esquecer que não é o único a realizar essa tarefa. Ela deve ser feita com outros. O autor ressalta que não se deve eliminar a particularidade para misturá-la com todos no universal em nome de um humanitarismo que prega que todos são iguais. Essa particularidade individual é esquecida no Exército, na Igreja, na saúde mental, em instituições totais onde predomina o discurso do mestre.

O mesmo acontece no hospital. O analista deve resgatar o sujeito que ali se encontra e que não é representado somente pelo significante da doença. Como abordado, a criança

hospitalizada perde muito de sua singularidade e, por ser analisada pela óptica do discurso médico, é vista apenas como um corpo habitado por uma doença que deve ser erradicada. O discurso médico ignora a existência de um sujeito desejante e que goza (Clavreul, 1983).

Laurent (1999) defende ainda que não se trata apenas de recordar, de resgatar essa particularidade. O analista deve também “transformá-la em algo útil, em um instrumento para todos” (p. 15). Na instituição hospitalar, podemos criar um espaço de reflexão da equipe, que foca sua atuação apenas no quadro clínico do paciente, deixando a dimensão do sujeito em um segundo plano. Utilizar também a particularidade para a construção e sustentação de um campo de fala do sujeito, para que os seus aspectos únicos resistam em uma instituição que, com normas universalizantes, tenta barrá-los a todo momento.

A Psicanálise vem sendo cada vez mais considerada pelo campo médico, uma vez que os efeitos terapêuticos da prática psicanalítica têm repercussão no discurso médico (Clavreul, 1983). No entanto, a posição da Psicanálise no campo médico é fundada por um mal-entendido primordial. Ela é convocada a partir dos universais da Medicina, mas apenas procede do particular, do singular. Trabalhar como analista no campo da Medicina demanda estar disposto a passar por esse mal-entendido, organizar uma prática que reconhece e lida diariamente com esse paradoxo (Ansermet, 2014).

## Referências

- Ansermet, F. (2014). Medicina e Psicanálise: elogio do mal-entendido. *Opção Lacaniana*, 13(5), 1-5. Recuperado em 21 abril, 2017, de [http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero\\_13/Medicina\\_e\\_psicanalise.pdf](http://www.opcaolacaniana.com.br/pdf/numero_13/Medicina_e_psicanalise.pdf)
- Belaga, G. (2006). Presentación. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (2a ed., pp. 11-12). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Carvalho, S. C. (1999). O luto na criança. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital: a criança e sua dor* (pp. 33-46). Rio de Janeiro: Revinter.
- Castro, E. K. de, & Piccinini, C. A. (2002). Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(3), 625-635. Recuperado em 15 março, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a16v15n3.pdf>
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Freud, S. (1976). O esclarecimento sexual das crianças. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 9, pp. 73-78). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1908).
- Freud, S. (1996). O mal-estar na civilização. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 38-92). Rio de Janeiro: Imago (Obra original publicada em 1930).
- Jorge, M. A. C. (1983). Discurso médico e discurso psicanalítico. In J. Clavreul, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico* (pp. 7-25). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Lacan, J. (1992). *O seminário, Livro 17: o avesso da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1970).
- Lacan, J. (2001). O lugar da Psicanálise na Medicina. *Opção Lacaniana* (Vol. 32, pp. 8-14). (Obra original publicada em 1966).

- Lacan, J. (1998a). Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 807-842, V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1960).
- Lacan, J. (1998b). O tempo lógico e a asserção de uma certeza antecipada. In J. Lacan, J. *Escritos* (pp. 197-213, V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1960).
- Laurent, E. (1999). O analista cidadão. *Curinga* (Vol. 13, pp. 12-19).
- Laurent, E. (2006). Hijos del trauma. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 23-29, 2a ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Miller, J.-A. (1997). *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Miller, J.-A. (2008). *Coisas de fineza em Psicanálise. Orientação Lacaniana III* (Vol. 11, pp. 1-70).
- Moura, M. D. (2000) Psicanálise e urgência subjetiva. In M. D. Moura (Org.). *Psicanálise e hospital* (pp. 3-15). Rio de Janeiro: Revinter.
- Moura, M. D. (2003) Apresentação. In M. D. Moura (Org). *Psicanálise e hospital 3. Tempo e morte, da urgência ao ato analítico* (pp. 1-5). Rio de Janeiro: Revinter.
- Seldes, R. (2006). La urgencia subjetiva, un nuevo tiempo. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 31-43, 2a ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (2006). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. In G. Belaga (Org.). *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital* (pp. 97-114, 2a ed.). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Stevens, A. (2007). A instituição: prática do ato. In Associação do Campo Freudiano. *Pertinências da psicanálise aplicada: trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos* (pp. 76-85). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

### Resumo

O presente artigo tem como objetivo abordar aspectos da hospitalização de crianças com doenças crônicas e as contribuições da psicanálise de orientação lacaniana. Primeiramente, procedeu-se uma caracterização do discurso médico e do discurso psicanalítico, apontando-lhes as particularidades e divergências. Serão discutidas, a partir da revisão da literatura, as possibilidades do trabalho do psicanalista no ambiente hospitalar, bem como a urgência subjetiva que acomete a criança hospitalizada, considerando o imaginário da criança e da família envolvidos no processo de adoecimento. Coloca-se em questão a entrada no tratamento e a demanda de análise, o manejo com o tempo do tratamento durante a internação. Estará também em questão o trabalho da equipe ao lidar com as questões cruciais do sujeito e da família, como a morte e a existência, diante do real da morte que se apresenta no tratamento da criança com doença crônica no hospital. Ancorado em tais pontos, são apresentadas as possibilidades e limites de atuação do psicanalista no trabalho com crianças com doenças crônicas em um hospital.

**Palavras-chave:** Criança. Doenças crônicas. Hospital. Psicanálise. Sujeito.

### Children with cronical diseases and the hospital: Psychoanalysis contributions

#### Abstract

The present study aims to address aspects of children with chronic diseases hospitalization and the contributions of Lacanian psychoanalysis. Firstly, a characterization of the medical discourse and the discourse of psychoanalysis was carried out, pointing out its particularities and divergences. Based on literature review, the possibilities of the analyst's work in a hospital, as well as the subjective urgency that affects a hospitalized child, considering his/her imaginary and his/hers family will be discussed. The beginning of treatment, the demand for analysis, and the management of time during hospitalization will be deliberated. It will also be debated the work of the team while dealing with questions such as death and existence, against the real of death that surrounds children treatment in a hospital. Anchored in such points, the possibilities and limits of the analyst's performance in the work with children with chronic diseases in the hospital are presented.

**Keywords:** Children. Chronic diseases. Hospital. Psychoanalysis. Subject.

### L'enfant malade chronique et l'hôpital: les contributions de la psychanalyse

#### Résumé

Cet article veut présenter une approche des aspects de l'hospitalisation des enfants malades chroniques et les contributions de la psychanalyse lacanienne. En premier, on a procédé une caractérisation du discours médical et du discours psychanalytique, en présentant leurs particularités et leurs divergences. À partir de la littérature, on discute les possibilités de travail

Andrade, A. K. A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da Psicanálise

du psychanalyste dans une ambiance h opitali ere et l'urgence subjective soufferte par un enfant h opitalis e, en considerant l'imaginaire de cet enfant et sa famille dans un processus pathologique. On met en question l'entrée dans un traitement et la demande d'analyse, la gestion du temps de traitement pendant l'hospitalisation. On met en évidence aussi le travail d'équipe vers les questions du sujet et de la famille, comme la mort et l'existence, devant le réel de la mort présente durant le traitement de l'enfant malade chronique dans un hôpital. Ancr e dans ces points, on présente les possibilités et les limites d'action du psychanalyste dans un travail avec des enfants malades chroniques dans un hôpital.

**Mots-clés:** Enfant. Maladies chroniques. Hôpital. Psychanalyse. Sujet.

### **El ni o con enfermedad cr nica y el hospital: las contribuciones del psicoan lisis**

#### **Resumen**

El presente artículo tiene como objetivo tratar aspectos de la hospitalización de niños con enfermedades cr nicas y las contribuciones del psicoanálisis de orientación lacaniana. En primer lugar se procedió la caracterización del discurso médico y del discurso del psicoanálisis, apuntando sus particularidades y divergencias. Serán discutidas, a partir de revisión literaria, las posibilidades del trabajo del psicoanalista en un hospital, mas allá de la urgencia subjetiva que afecta al niño hospitalizado, considerando su imaginario y de su familia envueltos en el proceso de enfermedad. Estará en cuestión la entrada en tratamiento y la demanda de análisis, el manejo con el tiempo del tratamiento durante la hospitalización. Estará también en cuestión el trabajo de la équipe al lidiar con cuestiones cruciales del sujeto y de la familia, como la muerte y la existencia, delante del real de la muerte que se presenta en el tratamiento del niño con enfermedad cr nica en el hospital. Anclado en esos puntos, serán presentadas las posibilidades y límites de actuación del psicoanalista en el trabajo con niños con enfermedades cr nicas en un hospital.

**Palabras clave:** Niños. Enfermedades cr nicas. Hospital. Psicoanálisis. Sujeto.