

# **Por que encaminhar pacientes com doenças em Sistema Nervoso Central ao acompanhante terapêutico? Apresentação de um projeto realizado em um serviço de Oncologia Pediátrica na cidade de São Paulo**

**Eixo Temático:** A TÉCNICA DO AT EM SEUS DIVERSOS CAMPOS DE ATUAÇÃO  
(item: hospital)

## **Autores:**

CLARISSA CARVALHO FONGARO NARS

RENATA DE TOLEDO PETRILLI

Brasil

## **RESUMO**

Desde o surgimento do Acompanhamento Terapêutico como prática alternativa à internação psiquiátrica e sua indiscutível potencialidade, assistimos no Brasil uma ampliação deste campo de atuação, para além da saúde mental. Confluindo com essas propostas, este trabalho pretende apresentar o projeto realizado em um serviço de Oncologia Pediátrica da rede pública de São Paulo, realizado desde 2013, que se vale do AT como dispositivo de encaminhamento ao final do tratamento oncológico, ou mais recentemente, também para outros acometimentos em SNC. Além da historicização do projeto, apresentaremos recortes de casos ilustrando como este trabalho acontece, discutindo sua pertinência e alguns resultados observados. O trabalho será embasado na teoria de Freud a Lacan, valendo-se de conceitos como demanda e desejo, direção de tratamento, laço social e discurso analítico e universitário. Mostraremos que mesmo não se tendo mais câncer, pode-se ficar preso à condição da doença e demandas de alta complexidade como esta, que exigem uma constante abertura para pensar novas alternativas de tratamento, podem ser trabalhadas efetivamente no AT. Este se torna uma “ponte” entre o hospital e o paciente, trazendo aos acompanhados novas possibilidades de inserção no laço social.

**Palavras-chave:** acompanhamento terapêutico, oncologia pediátrica, Sistema Nervoso Central, psicanálise, direção de tratamento

**Link:** <https://utsu.be/fwlZwD9F6Wo>

# **Por que encaminhar pacientes com doenças em Sistema Nervoso Central ao acompanhante terapêutico? Apresentação de um projeto realizado em um serviço de Oncologia Pediátrica na cidade de São Paulo**

Desde o surgimento do Acompanhamento Terapêutico (AT) como prática alternativa à internação psiquiátrica e sua indiscutível potencialidade, assistimos no Brasil uma ampliação deste campo de atuação, para além da saúde mental. Há cada vez mais a inserção de acompanhantes terapêuticos (ats) nas escolas, nos campos do envelhecimento, da maternidade, por exemplo. De maneira particular, cito um trabalho com pacientes neurológicos (SANTOS, 2013), que em alguns aspectos irá se aproximar da proposta aqui apresentada. Isso faz sentido, na medida em que pensamos que o AT nasce no bojo da reforma psiquiátrica européia, e assim, no seu cerne, sempre esteve contida a desinstitucionalização (HERMANN, 2010, PALOMBINI, 2006).

Confluindo com o momento crescente da prática, apresentamos com esse trabalho uma intersecção entre o campo do AT e a área hospitalar, através de um projeto realizado em um serviço de Oncologia Pediátrica da rede pública de São Paulo, realizado desde 2012. Nele, o dispositivo do AT foi inicialmente utilizado para encaminhamento de pacientes que estivessem fora de tratamento, ou mais recentemente, também para outros acometimentos em Sistema Nervoso Central (SNC), como síndromes (que podem cursar com neoplasias em algum momento da vida).

Vale destacar que havia um contexto favorável para se pensar em tal intersecção com o campo hospitalar. Devido aos avanços da medicina, presenciamos cada vez mais um importante aumento das taxas de sobrevida do câncer infantil, que chegam atualmente a 70% (INCA, 2007) e, a partir do relato dos sobreviventes, foi se pensando cada vez mais no decorrer do tratamento com qualidade de vida (TELES E VALLE, 2009). Assim, o trabalho com os sobreviventes é bastante árduo, sobretudo ao se pensar nas crianças que tiveram tumores em SNC, uma vez que por sua localização, eles deixam severas marcas. Particularmente, são as crianças que mais precisarão de medidas multidisciplinares após o tratamento.

É importante salientar que essas marcas não são somente orgânicas. Um estudo na área (MEDIN, 2009), aponta que a experiência de sobreviver ao câncer deixa também marcas psíquicas. Assim, aos sobreviventes, torna-se mister, cada vez mais, propor cuidados avançados, assim como condições dignas de qualidade de vida e intervenções que proporcionem mudanças subjetivas e alívio de sofrimento para a própria criança e família (INCA, 2007).

Por fim, este hospital é uma instituição de alta complexidade do Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) e precisa de uma ampla estratégia terapêutica, quanto ao processo que almeja a cura dos seus pacientes, bem como a especialização de seus profissionais. Nele, o serviço de Psicologia está estruturado de maneira que cada psicóloga atua com uma clínica específica, sob uma Coordenação em comum e durante quase nove anos, estive presente na atuação com pacientes com doença em SNC e consecutivamente, seus familiares e profissionais. Este desenho também favoreceu a concretização do projeto aqui mencionado, pois como acompanhante terapêutica, além de psicóloga hospitalar, muitas eram minhas inquietações. Com isso, e a partir de reuniões com a Coordenadoria do serviço, foi possível unir teoria e prática e estabelecer um piloto que firmava uma parceria de estágio com um curso de formação em AT em São Paulo.

Neste primeiro momento, foi aberta a possibilidade para pacientes fora de tratamento, mas que estivessem em Cuidados Paliativos, ou seja, o AT entrou como uma medida de cuidado paliativo. Vale ressaltar que na ocasião, a intervenção foi pensada para um paciente específico, o G., em um momento que outras estratégias terapêuticas pareciam ter chegado a um limite. Este AT foi realizado no período de Março de 2012 à Fevereiro de 2013 e obteve resultados incríveis, já apresentados pelo próprio acompanhante<sup>1</sup> em outros momentos. Após esse período e com os bons resultados observados, o projeto ganhou corpo e se ampliou, também em termos de parceria com outras instituições de ensino. De 2013 para cá, mais dez pacientes com doença em SNC foram encaminhados para ats, como uma possibilidade de intervenção em tratamentos onde os dispositivos clássicos chegavam a um limite.

---

<sup>1</sup> RIQUENA, C. ; NARS, C. C. F. ; METZGER, C. ; PETRILLI, R. . **Uma interlocução entre câncer, cura e Acompanhamento Terapêutico.** 31/08/2012. Apresentação Oral realizada no Simpósio de Acompanhamento e Saúde Pública; Atenda Transmissão e Clínica em AT e Psicanálise. Local: Universidade Metodista de São Paulo. E RIQUENA, C. Jornada de Acompanhamento Terapêutico do Instituto A CASA. 2015.

Um dos aspectos que mais chamavam atenção para tal possibilidade era o fato de que, para alguns pacientes, parecia haver um forte “vínculo” com o hospital. A prática clínica mostra que muitos pacientes não se desvinculam tão facilmente após o final do tratamento e, não raro, há pacientes curados, mantendo tal vínculo. Como escutei certa vez de G: “prefiro ficar aqui do que na minha casa!”, ou como dizia P., um paciente que fora recentemente encaminhado ao AT: “esse é meu hospital, quero fazer a terapia aqui”.

Isso parece se dar, pois além da sobreposição dos efeitos orgânicos e psíquicos do câncer (que leva os pacientes a continuarem frequentando o hospital por conta de sua necessária reabilitação), está o ‘lugar’ que o hospital representa. Nesse sentido, a transferência parece ser maciça com a instituição e com seus profissionais, colocados em um lugar de total saber sobre o adoecimento, um lugar de extrema confiança que tratou e curou uma doença grave e que o paciente e sua família não abrem mão após o tratamento. Parece haver uma entrega absoluta para um *Outro* que detém um saber.

Em relação a isso, aponta-se aqui, um impasse: por cuidar, outro discurso por excelência (de um saber objetivo sobre o corpo) (Priszkułnik, 2000) não se pode dar voz ao sujeito. Rebello (2006), diz que “o tempo no hospital é o tempo do médico, da doença, da alta hospitalar e da equipe de enfermagem. Enfim, em nenhum momento é considerado o tempo do sujeito, que ali se encontra adoecido” (p. 145). Essa afirmação aponta para o fato de que há uma posição que prevalece no hospital, há um discurso predominante, o que nos é caro na formalização desse projeto e seus efeitos.

Voltaremos a essa teoria mais adiante, mas antes, alguns exemplos:

Em um atendimento de uma paciente já fora de tratamento oncológico, a L., que posteriormente seria encaminhada ao AT, ela diz: “essa doença que eu tenho”. Parecia haver uma entrega à condição de doente, que a objetalizava. L. já estava em atendimento psicológico há alguns anos, tendo sido encaminhada por sua médica, por apresentar pensamentos suicidas. Dizia que pensava em se matar, pois não conseguia fazer nada, nem sair de casa. Queria muito namorar, mas a justificativa para não fazer nada disso era sempre “a doença que tenho” (e uma leve sequela motora, que era suficiente para impedir a de se locomover). Foi encaminhada ao AT, pois há muito ficava isolada em sua casa. Após um ano de acompanhamento, pensando com a at como poderia sair mais de casa, havia conseguido procurar um benefício em dinheiro oferecido pelo governo, que parecia estar possibilitando outra posição subjetiva, inserindo-na de outra forma nas relações

sociais. Mesmo que ainda muito sozinha, agora tinha seu dinheiro. Passou a procurar pelo serviço de Psicologia para contar o que comprara no mês. E mais recentemente, para contar que finalmente havia beijado um rapaz! Não falou mais de sua doença.

P., também já estava há alguns anos fora de tratamento, apresentava “sintomatologia psiquiátrica”, além de uma severa sequela cognitiva que matinha seus médicos extremamente preocupados e agendando diversas consultas com especialistas. Eram necessárias muitas conversas com a equipe para tirá-lo do lugar de louco. P., em seus atendimentos psicológicos mostrava que era perfeitamente possível estabelecer relações, estar no laço social. Ali, não se apresentava como louco, brincava, contava o que fazia com os irmãos em casa. Por outro lado, por conta da sequela cognitiva, vinha se isolando e não querendo ir mais à escola. Assim, o AT é pensado como um aporte para tal trabalho. Findo o ano, ele é reinserido no meio escolar e aos poucos, o trabalho com a equipe, faz com que percebam do que se tratava “a loucura” ali apresentada, que também não aparecia em nenhum momento durante seu AT.

Assim sendo, após tantos acompanhados, com efeitos similares aos aqui relatados, para além dos pensamentos que estavam por trás na elaboração desse projeto<sup>2</sup>, foi possível começar a ampliar as reflexões. Para além de uma “ponte”, tendo o corpo do at como anteparo, para corpos que ficam objetalizados pela condição de um tratamento, este poderia contribuir para a circulação no laço social?

Para seguir com essa reflexão, é preciso ressaltar que o AT aqui está sendo pensado de uma maneira específica e que tem relação com sua própria história. Autores como Hermann (2010) nos fazem refletir sobre a evolução na história do AT, referenciando uma mudança de posição. O AT surge em um determinado cenário e contexto, como uma prática assistencialista (inserido em uma equipe de trabalho). Com a evolução do campo, o at pôde se transformar em um profissional independente, passando, por exemplo, a estabelecer parcerias e assim, se inserindo na equipe de outro modo. Como ele está ‘de fora’ da trama de demandas, pedidos, relações institucionais e familiares (HERMANN, 2001), pode trabalhar paralelamente a outros tratamentos e a

---

<sup>2</sup> que eram: poderia o AT contribuir para a saída do paciente da instituição? Pela característica do próprio dispositivo, poderia se pensar na facilitação do AT como a construção de uma mediação, funcionando como uma “ponte”, uma transição entre o hospital e a vida fora dele?

parceria lhe dará uma posição privilegiada para manejar diversas situações (METZGER & NARS, 2013).

É importante ressaltar também que esta abordagem para o AT é pensada através do referencial teórico da Psicanálise de Freud a Lacan. Hermann (2001) pontua que a formação psicanalítica é fundamental em uma prática como essa, que considere os elementos e os envolvidos no processo (equipe, família, próprio sujeito) através de certa posição ética. Quinet (2007) nos recorda que, como fundamenta Lacan, além de uma linha teórica, a Psicanálise é uma *práxis* que está referenciada em uma ética que situa o sujeito, seu inconsciente e o aparecimento do seu desejo como centrais em qualquer tratamento. Assim, em seu Seminário de 1959, Lacan retira a Psicanálise da esfera das regras, para situá-la na esfera da ética, que ele denomina como “Ética do Desejo”. De acordo com ela, deve-se levar em conta o desejo que é inconsciente e mais do que isto, não se pode responder às demandas tal e qual aparecem, pois assim o fazendo, não há espaço para o aparecimento do desejo e as possibilidades de trabalho ficam reduzidas. Assim, a direção de qualquer tratamento psicanalítico está em fazer advir o desejo para além da demanda, endereçada através da fala pelo sujeito ao analista (LACAN, 1958). Isso nos é interessante, pois como não se trata de regras, este tratamento pode ser realizado para além das quatro paredes de um consultório, apontando para um em comum entre a psicanálise na instituição e o campo do acompanhamento terapêutico.

Em confluência com essa possibilidade de ampliação do campo, surge outro operador bastante importante para pensarmos o AT no contexto hospitalar (e também a Psicanálise na instituição), que é a teoria dos discursos de Lacan. Ele a introduz no ano de 1969, em seu Seminário “O avesso da Psicanálise”.

Neste seminário, Lacan ensina que o discurso está para além da fala e tem relação com determinada posição que o sujeito ocupa no laço social. Lacan nomeia essas posições de discursos, pois de acordo com sua releitura de Freud, os laços são tecidos e estruturados pela linguagem e o homem é um ser linguajeiro. Quinet (2009) nos lembra de que Lacan pôde formular esta teoria através do texto freudiano “Mal Estar na Civilização”. Freud considerava o relacionamento com o outro a maior fonte de sofrimento entre os homens e nela, é preciso sempre abdicar de algo, não se podendo obter um gozo pleno. Assim, para ele, o mal estar na civilização seria o mal estar dos laços sociais, que guarda sempre um impossível de se realizar, de se falar. Na ocasião, Freud se

debruça sobre as profissões do impossível, que para ele seriam governar, educar e a que ele mesmo funda, analisar. Além disso, haveria uma quarta posição no laço social, que é o fazer desejar, descoberto por ele através do tratamento com as histéricas.

Em sua releitura, Lacan vai caracterizar essas profissões impossíveis como os quatro discursos: o discurso do mestre, quando se trata de governar, onde o poder domina; o discurso universitário, quando se trata de educar, onde o saber domina; o discurso da histérica, quando se trata do fazer desejar, onde o sujeito da interrogação domina; e por fim, o discurso do analista, quando se trata do psicanalizar, onde quem domina se apaga como sujeito para fazer emergir o sujeito do analisando.

Para desenvolver essa teoria, Lacan apresenta elementos e formaliza detalhadamente como cada um deles aparece nos discursos, teorizando que para circular entre os discursos, são necessários quartos de giros, onde os elementos mudam de lugar. Aqui, não vamos adentrar no detalhamento desta teoria, mas queremos destacar que, no hospital, parece haver uma báscula predominante entre dois discursos: o do mestre e o do universitário, ou seja, prevalecem os discursos a favor da ordem e do saber. É importante destacar também que essa predominância é necessária para que se efetive um tratamento médico, mas não sem consequências: o sujeito doente fica destituído de seu saber, objetificando-se. Além disso, “não há tratamento que não seja efetivado a partir de um discurso” (QUINET, 2009, p. 19), ou seja, as relações entre o médico e o paciente, só podem entrar em um desses discursos.

No entanto, pela própria teoria do giro discursivo, a inserção da Psicanálise no hospital vem instaurar uma possibilidade: a de que se opere o discurso do analista ali também. Abre-se assim, um campo fértil: o de fazer advir o sujeito e seu desejo, inconsciente, que pode aparecer através de sua fala. Em contato a todo tempo com a objetificação dos pacientes, ao escuta-los, interrogando-os e os convidando a falar, o psicanalista (e nesse caso o at orientado pelo referencial teórico da psicanálise) tenta fazer operar este discurso onde o único a ficar na posição de objeto é ele próprio.

Assim, ao escutar pacientes que estivessem apresentando severas dificuldades de enlaçamento social, fortemente objetalizados pelo lugar da doença e da hospitalização, o encaminhado ao at seria uma aposta de que poderia haver um deslocamento de uma posição de ‘doente’ à outras possibilidades. O at poderia entrar como esse (que inclusive com o suporte do seu corpo) possibilita um novo ou uma outra forma de (re)enlaçamento

(no) social, implicando o sujeito sua vida e também com seu corpo e, orientando o projeto terapêutico para o seu desejo e interesses, para além do hospital.

### **Referências Bibliográficas**

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro9.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf) Acesso em: 15.Set.2014.

Brasil. Instituto do Câncer Infantil. INCA. *Particularidades do Câncer Infantil.* 2007. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=343](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343)>. 2007. Acesso em: 14.Set.2014.

HERMANN, M. C. A Clínica do acompanhamento terapêutico. *Revista Insight psicoterapia e psicanálise*, 11 (116), 26-32. 2001.

HERMANN, M. *Acompanhamento terapêutico e psicose: um articulador do real, simbólico e imaginário.* São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo, 2010, 285 p.

LACAN, J. (1958) *A direção do tratamento e os princípios do seu poder.* In: Escritos. RJ: Jorge Zahar, 1998.

MEDIN, G. Supervivientes de Cáncer Infantil. Efectos en el Tiempo. Un Estudio Cualitativo. *Psicooncología.* Vol 6, Num 2-3, 2009, pp 429-443.

METZGER, C. e NARS, C. C. F. *Acompanhamento Terapêutico e Saúde Mental.* In: Acompanhamento Terapêutico. HERMANN, C. M. e cols. Série Prática Clínica. Zagodoni Editora: SP, 2013.

PALOMBINI, A.L. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. *Psyche* (Sao Paulo) v.10 n.18 São Paulo set. 2006

PRISZKULNIK, L. CLÍNICA(S): DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. *Psicol. USP*, vol.11 n.1 São Paulo. 2000

QUINET, A. *Tratamento pelos Discursos* p 19-23. In: Psicose e laço Social. RJ: JZE, 2009.

QUINET, A. *As Quatro + 1 Condições de Análise.* RJ: Jorge Zahar, 2007.

REBELLO, L. *Ampliação de Sentido: Um paralelo entre a psicologia Hospitalar e o AT*. p. 143-155. In: Textos, Texturas e Tessituras. SP: Hucitec. 2006.

SANTOS, R. G. *Acompanhamento terapêutico de pacientes neurológicos: uma experiência de ensino em psicanálise*. São Paulo: USP, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-08102013-144925/pt-br.php>. Acesso em: 18.Set.2014.

TELES, S. S.; VALLE, E R M. Adulto sobrevivente de câncer infantil: uma revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*. vol.14 no.2 Maringá. p. 355-63. Abr./Junho 2009

## **¿Por qué encaminar pacientes con enfermedades en Sistema Nervioso Central al acompañante terapéutico? Presentación de un proyecto realizado en un servicio de Oncología Pediátrica en la ciudad de São Paulo**

Desde el surgimiento del Acompañamiento Terapéutico (AT) como práctica alternativa a la internación psiquiátrica y su indiscutible potencialidad, asistimos en Brasil una ampliación de este campo de actuación, además de la salud mental. Hay cada vez más la inserción de acompañantes terapéuticos (ats) en las escuelas, en los campos del envejecimiento, de la maternidad, por ejemplo. De manera particular, cito un trabajo con pacientes neurológicos (SANTOS, 2013), que en algunos aspectos se aproximará a la propuesta aquí presentada. Esto tiene sentido, en la medida en que pensamos que el AT nace en el seno de la reforma psiquiátrica europea, y así, en su núcleo, siempre estuvo contenida la desinstitucionalización (HERMANN, 2010, PALOMBINI, 2006).

Confluendo con el momento creciente de la práctica, presentamos con ese trabajo una intersección entre el campo del AT y el área hospitalar, a través de un proyecto realizado en un servicio de Oncología Pediátrica de la red pública de São Paulo, realizado desde 2012. En él, el dispositivo del AT fue inicialmente utilizado para encaminamiento de pacientes que estuvieran fuera de tratamiento, o más recientemente, también para otros acometimientos en Sistema Nervioso Central (SNC), como síndromes (que pueden cursar con neoplasias en algún momento de la vida).

Es importante destacar que había un contexto favorable para pensar en tal intersección con el campo hospitalar. Debido a los avances de la medicina, presenciamos cada vez más un importante aumento de las tasas de supervivencia del cáncer infantil, que llegan actualmente al 70% (INCA, 2007) y, a partir del relato de los sobrevivientes, se estaba pensando cada vez más en el transcurso del proceso tratamiento con calidad de vida (TELES Y VALLE, 2009). Así, el trabajo con los sobrevivientes es bastante arduo, sobre todo al pensar en los niños que tuvieron tumores en SNC, ya que por su ubicación, dejan severas marcas. En particular, son los niños que más necesitarán medidas multidisciplinares después del tratamiento.

Es importante señalar que estas marcas no son sólo orgánicas. Un estudio en el área (MEDIN, 2009), apunta que la experiencia de sobrevivir al cáncer deja también marcas psíquicas. Así, a los sobrevivientes, se vuelve cada vez más, proponer cuidados avanzados, así como condiciones dignas de calidad de vida e intervenciones que proporcionen cambios subjetivos y alivio de sufrimiento para el propio niño y familia (INCA, 2007).

Por último, este hospital es una institución de alta complejidad del Sistema Único de Salud Brasileño (SUS) y necesita una amplia estrategia terapéutica, en cuanto al proceso que anhela la curación de sus pacientes, así como la especialización de sus profesionales. En él, el servicio de Psicología está estructurado de manera que cada psicóloga actúa con una clínica específica, bajo una Coordinación en común y durante casi nueve años, estuve presente en la actuación con pacientes con enfermedad en SNC y consecutivamente, sus familiares y profesionales. Este diseño también favoreció la concreción del proyecto aquí mencionado, pues como acompañante terapéutica, además de psicóloga hospitalaria, muchas eran mis inquietudes. Con ello, ya partir de reuniones con la Coordinadora del servicio, fue posible unir teoría y práctica y establecer un piloto que firmar una asociación de pasantía con un curso de formación en AT en São Paulo.

En este primer momento, fue abierta la posibilidad para pacientes fuera de tratamiento, pero que estuvieran en Cuidados Paliativos, o sea, el AT entró como una medida de cuidado paliativo. Es importante resaltar que en la ocasión, la intervención fue pensada para un paciente específico, G., en un momento que otras estrategias terapéuticas parecían haber llegado a un límite. Este AT fue realizado en el período de marzo de 2012 a febrero de 2013 y obtuvo resultados increíbles, ya presentados por el propio acompañante en otros momentos<sup>3</sup>. Después de ese período y con los buenos resultados observados, el proyecto ganó cuerpo y se amplió, también en términos de asociación con otras instituciones de enseñanza. De 2013 para acá, más diez pacientes con enfermedad en SNC fueron encaminados a ats, como una posibilidad de intervención en tratamientos donde los dispositivos clásicos llegaban a un límite.

---

<sup>3</sup> En el trabajo original, están contenidas las referencias a esas presentaciones. Aquí omitidas para no reconocimiento de los autores del presente trabajo.

Uno de los aspectos que más llamaban atención a tal posibilidad era el hecho de que, para algunos pacientes, parecía haber un fuerte "vínculo" con el hospital. La práctica clínica muestra que muchos pacientes no se desvinculan tan fácilmente después del final del tratamiento y, no es raro, hay pacientes curados, manteniendo tal vínculo. Como he escuchado cierta vez de G: "prefiero quedarme aquí que en mi casa!", O como decía P., un paciente que había sido recientemente enviado al AT: "ese es mi hospital, quiero hacer la terapia aquí".

Esto parece darse, pues además de la superposición de los efectos orgánicos y psíquicos del cáncer (que lleva a los pacientes a continuar frecuentando el hospital por cuenta de su necesaria rehabilitación), está el 'lugar' que el hospital representa. En este sentido, la transferencia parece ser masiva con la institución y con sus profesionales, colocados en un lugar de total saber sobre el enfermo, un lugar de extrema confianza que trató y curó una enfermedad grave y que el paciente y su familia no se abren después el tratamiento. Parece haber una entrega absoluta para un Otro que tiene un saber.

En relación a eso, se apunta aquí, un impasse: por cuidar, otro discurso por excelencia (de un saber objetivo sobre el cuerpo) (Priszkulnik, 2000) no se puede dar voz al sujeto. Rebello (2006), dice que "el tiempo en el hospital es el tiempo del médico, de la enfermedad, del alta hospitalaria y del equipo de enfermería. En fin, en ningún momento es considerado el tiempo del sujeto, que allí se encuentra enfermo "(p. 145). Esta afirmación apunta al hecho de que hay una posición que prevalece en el hospital, hay un discurso predominante, lo que nos es caro en la formalización de ese proyecto y sus efectos.

Volveremos a esta teoría más adelante, pero antes, algunos ejemplos:

En una atención de una paciente ya fuera de tratamiento oncológico, L., que posteriormente sería encaminada al AT, ella dice: "esa enfermedad que yo tengo". Parecía haber una entrega a la condición de enfermo, que la objetalizaba. L. ya estaba en atención psicológica hace algunos años, habiendo sido encaminada por su médica, por presentar pensamientos suicidas. Dice que pensaba en matarse, pues no podía hacer nada, ni salir de casa. Quería mucho enamorarse, pero la justificación para no hacer nada de eso era siempre "la enfermedad que tengo" (y una leve secuela motora, que era

suficiente para impedirla de moverse). Fue encaminada al AT, pues hace mucho quedaba aislada en su casa. Después de un año de seguimiento, pensando en cómo podría salir más de casa, había logrado buscar un beneficio en dinero ofrecido por el gobierno, que parecía estar posibilitando otra posición subjetiva, insertándola de otra forma en las relaciones sociales. Aunque todavía estaba sola, ahora tenía su dinero. Pasó a buscar por el servicio de Psicología para contar lo que había comprado en el mes. ¡Y más recientemente, para contar que finalmente había besado a un muchacho! No habló más de su enfermedad.

P., también desde hace algunos años fuera de tratamiento, presentaba "sintomatología psiquiátrica", además de una severa secuela cognitiva que ponía a sus médicos extremadamente preocupados y programando diversas consultas con especialistas. Eran necesarias muchas conversaciones con el equipo para sacarlo del lugar de loco. P., en sus atenciones psicológicas mostraba que era perfectamente posible establecer relaciones, estar en el lazo social. Allí, no se presentaba como loco, jugaba, contaba lo que hacía con los hermanos en casa. Por otro lado, por la secuela cognitiva, venía aislándose y no queriendo ir más a la escuela. Así, el AT se piensa como un aporte para tal trabajo. Al final del año, es reintegrado en el medio escolar y poco a poco, el trabajo con el equipo, hace que perciban de lo que se trataba "la locura" allí presentada, que tampoco aparecía en ningún momento durante su AT.

Así, después de tantos acompañados, con efectos similares a los aquí relatados, además de los pensamientos que estaban detrás en la elaboración de ese proyecto<sup>4</sup>, fue posible comenzar a ampliar las reflexiones. Además de un "puente", teniendo el cuerpo del AT como antepaso, para cuerpos que quedan objetalizados por la condición de un tratamiento, éste podría contribuir a la circulación en el lazo social?

Para seguir con esa reflexión, hay que resaltar que el AT aquí está siendo pensado de una manera específica y que tiene relación con su propia historia. Los autores como Hermann (2010) nos hacen reflexionar sobre la evolución en la historia del AT, haciendo

---

<sup>4</sup> que eran: ¿podría el AT contribuir a la salida del paciente de la institución? Por la característica del propio dispositivo, podría pensarse en la facilitación del AT como la construcción de una mediación, funcionando como un "puente", una transición entre el hospital y la vida fuera de él?

referencia a un cambio de posición. El AT surge en un determinado escenario y contexto, como una práctica asistencialista (insertado en un equipo de trabajo). Con la evolución del campo, el AT pudo transformarse en un profesional independiente, pasando, por ejemplo, a establecer alianzas y así, insertándose en el equipo de otro modo. Como él está fuera de la trama de demandas, peticiones, relaciones institucionales y familiares (HERMANN, 2001), puede trabajar paralelamente a otros tratamientos y la asociación le dará una posición privilegiada para manejar diversas situaciones (METZGER & NARS, 2013).

Es importante resaltar también que este abordaje para el AT es pensado a través del referencial teórico del Psicoanálisis de Freud a Lacan. Hermann (2001) señala que la formación psicoanalítica es fundamental en una práctica como ésta, que considere los elementos y los involucrados en el proceso (equipo, familia, propio sujeto) a través de cierta posición ética. En el caso de la psicoanálisis, el psicoanálisis es una praxis que está referenciada en una ética que sitúa al sujeto, su inconsciente y la aparición de su deseo como centrales en cualquier tratamiento, como fundamenta Lacan, además de una línea teórica, la Psicoanálisis. Así, en su Seminario de 1959, Lacan retira el psicoanálisis de la esfera de las reglas, para situarla en la esfera de la ética, que él denomina como "Ética del Deseo". De acuerdo con ella, se debe tener en cuenta el deseo que es inconsciente y más que esto, no se puede responder a las demandas tal y qué aparecen, pues así haciéndolo, no hay espacio para la aparición del deseo y las posibilidades de trabajo se reducen. Así, la dirección de cualquier tratamiento psicoanalítico está en hacer venir el deseo más allá de la demanda, dirigida a través del habla por el sujeto al analista (LACAN, 1958). Esto nos es interesante, pues como no se trata de reglas, este tratamiento puede ser realizado más allá de las cuatro paredes de un consultorio, apuntando hacia uno en común entre el psicoanálisis en la institución y el campo del acompañamiento terapéutico.

En confluencia con esa posibilidad de ampliación del campo, surge otro operador bastante importante para pensar el AT en el contexto hospitalar (y también el Psicoanálisis en la institución), que es la teoría de los discursos de Lacan. Él la introduce en el año 1969, en su Seminario "El revés del Psicoanálisis".

En este seminario, Lacan enseña que el discurso está más allá del habla y tiene relación con determinada posición que el sujeto ocupa en el lazo social. Lacan nombra esas posiciones de discursos, pues de acuerdo con su relectura de Freud, los lazos son tejidos y estructurados por el lenguaje y el hombre es un ser del lingüaje. Quinet (2009) nos recuerda que Lacan pudo formular esta teoría a través del texto freudiano "Malestar en la civilización". Freud consideraba la relación con el otro la mayor fuente de sufrimiento entre los hombres y en ella, es preciso siempre abdicar de algo, no pudiéndose obtener un gozo pleno. Así, para él, el malestar en la civilización sería el malestar de los lazos sociales, que siempre guarda un imposible de realizarse, de hablar. En la ocasión, Freud se inclinó sobre las profesiones de lo imposible, que para él serían gobernar, educar y la que él mismo funda, analizar. Además, habría una cuarta posición en el lazo social, que es el hacer desear, descubierto por él a través del tratamiento con las histéricas.

En su relectura, Lacan va a caracterizar esas profesiones imposibles como los cuatro discursos: el discurso del maestro, cuando se trata de gobernar, donde el poder domina; el discurso universitario, cuando se trata de educar, donde el saber domina; el discurso de la histérica, cuando se trata del hacer desear, donde el sujeto de la interrogación domina; y por último, el discurso del analista, cuando se trata del psicoanalista, donde quien domina se apaga como sujeto para hacer emerger al sujeto del analizado.

Para desarrollar esta teoría, Lacan presenta elementos y formaliza detalladamente cómo cada uno de ellos aparece en los discursos, teorizando que para circular entre los discursos, son necesarios cuartos de giros, donde los elementos cambian de lugar. En este caso, no vamos a adentrar en el detalle de esta teoría, pero queremos destacar que, en el hospital, parece haber una báscula predominante entre dos discursos: el del maestro y el del universitario, o sea, prevalecen los discursos a favor del orden y del saber. Es importante destacar también que esa predominancia es necesaria para que se efectúe un tratamiento médico, pero no sin consecuencias: el sujeto enfermo queda destituido de su saber, objetivándose. "No hay tratamiento que no se efectúe a partir de un discurso" (QUINET, 2009, p.19), es decir, las relaciones entre el médico y el paciente, sólo pueden entrar en uno de esos discursos.

Sin embargo, por la propia teoría del giro discursivo, la inserción del psicoanálisis en el hospital viene a instaurar una posibilidad: la de que se opere el discurso del analista allí también. Se abre así un campo fértil: el de hacer venir al sujeto y su deseo, inconsciente, que puede aparecer a través de su charla. En contacto con todo el tiempo con la objetivación de los pacientes, al escucharlos, interrogándolos y invitándolos a hablar, el psicoanalista (y en ese caso el at orientado por el referencial teórico del psicoanálisis) intenta hacer operar este discurso donde el único a quedarse en la posición de objeto es él mismo.

Así, al escuchar a pacientes que presentaban severas dificultades de vinculación social, fuertemente objetalizados por el lugar de la enfermedad y de la hospitalización, el encaminado al at sería una apuesta de que podría haber un desplazamiento de una posición de 'enfermo' a otras posibilidades. El at podría entrar como ese (que incluso con el soporte de su cuerpo) posibilita un nuevo u otra forma de (re) enlazado (no) social, implicando al sujeto con su vida y también con su cuerpo, orientando el proyecto terapéutico hacia su deseo e intereses, más allá del hospital.