

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

O TRABALHO PSICANALÍTICO JUNTO AOS PACIENTES EM FIM DE VIDA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Leiliane Silva de Almeida Ribeiro Cardeal

Sonia Alberti

Em *Microfísica do Poder* (1979), Foucault contextualiza historicamente o nascer das práticas de protocolização e medicalização do hospital resgatando o ponto de virada a partir do qual a medicina passa a capitanear o funcionamento dessa instituição, que não tinha por princípio a função de tratar e curar, mas sim de acolher e separar os pobres e doentes excluídos do restante da sociedade.

Até o começo do século XVIII, o hospital era uma “instituição de assistência”, à qual cabia a função de receber quem estava morrendo, enquanto mantinha a sociedade protegida dos perigos que o doente infligia através de seu contágio. Logo, o hospital era um “morredouro, um lugar para morrer” (FOUCAULT, 1979, p. 101). Sendo esta sua finalidade, era necessário apenas assistir material e espiritualmente aquele que ali buscava seus últimos cuidados, estando à frente dessa tarefa aqueles que buscavam realizar caridade, em sua maioria religiosos em troca da própria salvação.

Ao longo do tempo, as transformações enfrentadas pela instituição hospitalar passam a dar lugar para a narrativa da ciência, representada pela medicina. A preocupação com a objetividade científica, a precisão e a racionalidade mostram-se como meios para atingir a verdade. O olhar do homem passa a ser capaz de dominar as experiências e a posição do médico diante do doente precisa ser a de quem possui um saber sobre o que lhe afeta, e isso impõe a necessidade de falar da medicina como sendo um discurso próximo ao discurso de um mestre (MORETTO, 2019).

Se recordamos a trajetória na qual se situa o surgimento do hospital nessa nova ordem, é, antes de mais nada, para elucidar que, concomitante à disciplinarização do espaço hospitalar, aquele que ali é hospitalizado emerge como objeto da prática médica. O hospital passa a ser lugar de formação e transmissão de saber sobre um ser humano passível de ser isolado, observado e curado, o que diz de uma medicina individualizante. Por outro lado, pela mesma disciplina, é possível comparar registros e resultados, constatando fenômenos patológicos comuns a toda a população.

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Para Lacan (1966/2001), o surgimento da psicanálise como prática só é possível a partir de seu lugar que se constrói com a ciência, mas que coloca em questão a posição ocupada em alguns discursos que se propõem a dar respostas, a dizer sobre o sujeito. Na experiência psicanalítica no hospital geral testemunhamos as implicações da internação, da aproximação com o inassimilável da morte, que desvelam com mais radicalidade o encontro do sujeito com o efêmero da vida. Permeada pelo discurso técnico-científico, a instituição hospitalar passa a contribuir cada vez mais para a formação de sua imagem enquanto lugar de saber, espaço de cura. Diante disso, perguntamos: o que fazer diante de um paciente quando não há o que fazer do ponto de vista médico?

No presente ensaio, produto de nossa pesquisa de mestrado realizada no contexto de um hospital universitário, refletimos acerca das questões que marcam essa temporalidade última para o paciente na instituição, interrogando os efeitos da entrada da escuta analítica para o sujeito que é convidado a falar e as possibilidades de (re)posicionamento diante de suas questões que decorrem desse tempo de trabalho.

No hospital, o psicanalista costuma ser convocado, de uma maneira geral, para o atendimento daqueles pacientes vistos como "chorosos", "queixosos", para os que "falam demais, perguntam demais", "para os que negam cooperação durante exames e avaliações", ou ainda, para os casos de prognóstico difícil, quando as possibilidades de intervenções curativas se encerram. Foi do encontro com estes últimos que se desdobraram as questões por hora investigadas. Também desse encontro emergiu a surpresa ao nos deparamos com casos nos quais foi possível verificar que, mesmo diante de um diagnóstico incurável, algo do desejo insistia, fazendo frente ao pesar da notícia de aproximação da morte, conforme apontamos a seguir, a partir da vinheta de um caso clínico atendido.

N. paciente de 27 anos, após dar entrada no hospital com descompensação cardíaca, se encontra fragilizada e chorosa na Unidade Coronariana Intensiva, o que motiva a solicitação para que seja abordada pelo Serviço de Psicologia. Segue assistida por alguns dias no setor até ser encaminhada para investigação de outros sintomas pela Clínica Médica. Uma massa é encontrada em sua cervical e a paciente permanece internada e sendo escutada pela psicóloga. A equipe do setor faz um importante laço de trabalho com a analista demandando frequentemente a participação nas reuniões sobre seu caso, enfatizando a preocupação com aspectos emocionais, devido ao fato de N. ter um filho lactente de 11 meses e ter de ficar afastada dele. Junto a esta observação

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

se somavam inúmeros elogios à paciente por sua gentileza, amabilidade e o fato “de não dar trabalho”.

Nas primeiras sessões com N. este comportamento se repete e ela se mostra muito sorridente, receptiva, narrando sua rotina hospitalar e falando sobre a saudade do filho. Conforme as visitas se intensificam a paciente começa a esboçar um certo mal-estar com relação à internação, a questões pessoais e familiares, de forma ainda muito polida e cuidadosa, sempre demonstrando muito interesse com relação ao seu quadro clínico e seu possível diagnóstico. A partir do momento em que toma ciência de que seu estado poderia indicar a presença de um tumor maligno, N. passa a trazer outras questões para atendimento, dentre elas, a constante necessidade de ter de “fingir estar bem”. Relata dificuldades na relação com a mãe e muita identificação com o pai, que segundo ela, “morreu sufocado tentando agradar o mundo e foi muito triste” e continua: “sabe o que é estranho, mas só posso falar para você? Me sinto triste. Não pela minha doença, por pensar que vou morrer. Acho que isso eu já aceitei. Mas uma tristeza pelo que deixei de viver, pelo tempo que perdi” (sic). Recordando sua história de vida, diz ter deixado de fazer muitas coisas por medo de entrar em conflitos, em especial com a mãe, contrária a seu casamento religioso, o que relembra como sendo um sonho de seu pai.

A partir da confirmação do diagnóstico de câncer avançado e seu prognóstico desfavorável, N. inicia acompanhamento pela Clínica de Cuidados Paliativos do hospital. Diante da impotência de continuar seu tratamento com vistas à cura, começa a falar sobre a possibilidade de realizar sua desejada cerimônia de casamento, o que faz ainda no hospital, vindo a falecer alguns dias depois.

Em *Recordar, Repetir e Elaborar*, Freud (1914/2010) insiste no fato de que para curar-se é preciso que o sujeito recorde o que foi esquecido de sua memória. Nesse processo, ele descreve que o paciente repete na relação com o analista comportamentos que atualizam elementos de sua história. Também afirma que os processos psíquicos não levam em consideração a realidade no sistema inconsciente. Não são ordenados nem estabelecem relação de referência ao tempo, tampouco se alteram com sua passagem. Portanto, podem ser descritos como *atemporais*. Essa concepção, que aborda de forma inovadora a questão da temporalidade, o permite formular que há um tempo que passa, mas que ao passar pode retificar um tempo já passado, atualizando-se no presente. Um tempo que tem efeitos no “só depois” (FREUD, 1915b/1974).

Na instituição hospitalar, interrogamos ainda como fica a questão da demanda, uma vez que quem se oferece para o atendimento é o analista. Ainda que haja um

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

pedido para atendimento, este é quase sempre feito de forma indireta, fruto do encaminhamento dos demais profissionais de saúde, o que denota a existência nesse espaço de uma fala para além daquele sujeito na sua singularidade. Desse lugar objetificado, o sujeito se vê às voltas com suas questões, dúvidas, angústias e silenciado até mesmo em seu sintoma. É depois, somente quando a fala do próprio sujeito surge na demanda, que podemos dizer que aparece aí uma demanda direta de tratamento (ALBERTI et al., 1994).

No caso de N., o trabalho de escuta é ofertado a ela mediante uma demanda médica, num primeiro tempo. Para que disso se desdobre uma demanda de tratamento é necessário que esse movimento seja feito pela paciente. Ela nos dá notícias da transferência à medida em que nossas conversas fazem com que desperte um desejo de falar mais sobre sua história. Seu interesse possibilita que ela se movimente do lugar de objeto a ser tratado, para conosco iniciar o tratamento da sua história.

Desse modo, para uma clínica do sujeito no hospital, é preciso realizar um trabalho no qual se faça do momento de encontro com o paciente um tempo propício para que ele possa vir a descobrir que existem traços em sua memória que dizem respeito à sua singularidade e desvelam elementos de sua história que somente ele “pode vir a saber, se estiver interessado” (ALBERTI et al., 1994, p. 25). Daí pode vir a se desdobrar num tempo posterior, dentro ou fora da instituição, a procura por alguém com quem falar e que o ajude a escutar sua fala, por uma demanda dele próprio, um movimento que exige a transformação da queixa em demanda de tratamento. Se configuraria assim uma recolocação da demanda com vistas à implicação do sujeito, o que pode ser pensado como a função do psicanalista no hospital (idem).

Pensar uma clínica entre pares diversos coloca constantemente a necessidade de questionar e produzir saídas possíveis para os impasses que ali se colocam. A Clínica dos Cuidados Paliativos (CP) – especialidade médica que tem se dedicado ao tratamento de pacientes com doenças em curso progressivo e sem possibilidades de cura – apresenta-se como um campo fértil, onde brotam as temáticas dos lutos, das perdas e da finitude, frutos espinhosos e que se aproximam do terreno da morte, do impossível de ser dito. Acompanhar um paciente nesse terreno exige um trabalho que possa viabilizar a sustentação da palavra para o sujeito, mesmo diante da aridez da travessia, o que justifica a presença do psicanalista compondo sua equipe multidisciplinar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO/2002), paliar um paciente é uma forma de cuidado, tendo como objetivo amenizar a dor e o sofrimento, sejam eles

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

de origem física, psicológica, social ou espiritual. Para isso, a comissão de uma equipe técnica de assistência em cuidados paliativos deve contar com pelo menos cinco categorias profissionais que são consideradas essenciais: medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social e psicologia.

Partindo da premissa da prevenção da dor, do sofrimento e dos sintomas, um acompanhamento efetivo exigiria um diagnóstico precoce, assim como as sucessivas avaliações e intervenções. Desde o primeiro momento em que o paciente se encontra diante de uma doença ameaçadora à sua vida, já existe uma indicação para a entrada em CP, ao contrário da crença existente de que seria uma atenção direcionada somente aos cuidados em fim de vida. No entanto, também se configura como uma clínica com importantes contribuições na assistência aos pacientes que se encontram diante da proximidade da morte e que sabem disso – pois todos nós podemos estar também à beira da morte com a diferença de que não o sabemos propriamente (MORETTO, 2019).

Face à impossibilidade da cura diante de uma doença que ameaça a vida, médicos e demais profissionais de saúde se organizam para pensar que tratamento possível deveria ser ofertado, e nessa direção se interroga quais seriam as contribuições, também, dos psicanalistas no seu fazer no hospital. Se por um lado, ao estabelecer a viabilidade de uma clínica de cuidados que não visa a cura, o discurso médico passou a tomar a morte e o incurável também enquanto objeto para sobre isso construir um saber, por outro, ao psicanalista é escancarado justamente o contrário, localizando nesse ponto o furo do saber. Para ele, trata-se da necessidade de promoção de um deslocamento de posição em que a morte e o incurável sejam incluídos, implicando em outra posição frente ao saber, elucidando a debilidade do saber médico diante dos limites que não são superáveis (MORAES E DARRIBA, 2022).

A psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross (2008) faz uma crítica aos moldes nos quais a ciência passou a se enquadrar, preocupando-se excessivamente com o avanço da técnica, contudo, mantendo uma postura conservadora diante de antigas questões desafiantes para a medicina, sendo a rejeição da morte uma delas. Orientando-se por uma leitura atravessada pela psicanálise, a autora concorda com o que Freud postula a respeito da defesa psíquica do homem com relação à própria morte, buscando mantê-la bem longe. O que justificaria o horror que está por trás de perguntas que se arrastam ao longo do tempo em torno dos cuidados de pacientes em fim de vida e que atualmente são pautas frequentes no âmbito dos CP: “contar ou não a um paciente sobre a gravidade de seu diagnóstico?”, “como dar tratamento a questões de pacientes que clamam pela interrupção da vida?”, “até onde devem ser respeitadas as crenças de um

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

paciente quando sua vida está sob ameaça?”, “qual o limite entre a autonomia do paciente e até onde cabe ao médico (por seu conhecimento técnico) estabelecer o momento da entrada/retirada de intervenções e protocolos?”.

Em *Nossa atitude perante a morte* (1915a/2015), Freud nos adverte da inconfundível tendência de não falar sobre a morte como tentativa de se manter convencido da própria imortalidade. Ou ainda, admitimos a morte no mundo da ficção, como no teatro, na literatura, onde encontramos “pessoas que sabem morrer [...]”. Apenas lá se verifica a condição sob a qual poderíamos nos reconciliar com a morte: de que por trás de todas as vicissitudes da vida nos restasse ainda uma vida intacta” (1915a/2015, p. 233).

A análise de Foucault (1979) sobre o nascimento do hospital, bem como os ensinamentos deixados por este para a fundamentação da clínica médica, nos fazem evocar a historicidade dessa instituição que abandona seu espaço de “morredouro” para se ocupar da missão de curar. Uma tarefa que exige onerosos custos e investimentos. Se “paliar” remete a encobrir, atenuar, remediar de forma provisória, adiar, protelar (conforme dicionário de verbetes)¹, na perspectiva contemporânea sobre o trabalho realizado num hospital (que objetiva a cura por excelência), ser comunicado da elegibilidade para um plano de cuidados que apresenta atenuantes ao sofrimento, a impotência com relação a cura, o remediar no lugar da garantia dos remédios, costuma ser angustiante para pacientes e familiares. Os CP parecem abrigar a ideia de um desinvestimento nestes pacientes.

Com *Luto e Melancolia* (1917/2020), Freud abre caminhos para pensar sobre o enigmático trabalho de luto, embora ainda deixe algumas lacunas enquanto enigma. Ele confirma a impossibilidade de apontar quais os meios econômicos envolvidos na dolorosa tarefa do luto. Porém, nos deixa uma preciosa indicação que podemos tomar como norte na escuta de pacientes terminais. O autor ressalta que, uma vez que a libido do Eu está disponível, é possível ao enlutado voltar a se enveredar por suas satisfações narcísicas de estar vivo. E é precisamente este ponto que desejamos sublinhar. Se um paciente em vistas de sua terminalidade é tratado como mero objeto de cuidados da equipe, extensão dos aparelhos que o mantém vivo, ele passa a ser tomado como morto antes mesmo de sua morte. Estando morto, desacreditado de investimento, que lugar há para alguma possibilidade de manifestação desejante?

¹Dicionário on-line Michaelis. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Ainda que em proximidade com a morte, ele se encontra vivo, portanto, um sujeito passível de manifestações por satisfazer – eternas enquanto durem, parafraseando Moraes, e sustentando o estatuto de imortalidade do sujeito do inconsciente. Não estamos, do mesmo modo, propondo que seja possível uma universalização desse trabalho, ou ainda, apresentando uma ideia romântica a respeito do trabalho de luto na clínica com os pacientes em fim de vida e que seja válida para todos. O que a investigação teórica e a práxis revela é que somente no singular de cada caso é possível pinçar quais seriam os limites e indicações para aquele caso específico, sendo necessário levar em consideração tanto as questões da clínica do paciente quanto o contexto da instituição, a construção prévia do trabalho em equipe, os atravessamentos políticos, religiosos e sociais, dentre uma multiplicidade de fatores.

Quando N. resolve deixar cair o semblante de felicidade, anteparo sustentado em nome da manutenção do lugar de paciente amável e colaborativa, para ser escutada no momento de sua tristeza ao ser notificada do diagnóstico fatal, dá início ao que viria a se tornar uma demanda de trabalho. Sua fala pôde fazer aflorar um sujeito desejan- te de saber um pouco mais do que indicavam aqueles dados em seu prontuário. Ao falar, revelou que repetia na cena hospitalar um comportamento que trazia de sua história pessoal. Foi falando da identificação com seu pai que conseguiu, mesmo no pouco tempo de trabalho, realizar alguma separação possível, inclusive reconhecendo que ele havia morrido sem conseguir investir suas ambições e que ela desejava fazer diferente. O luto pelo tempo perdido e pela posição ocupada durante a vida permitiram que certa invenção fosse possível com o pouco tempo e recursos que tinha.

Pela via da escuta foi possível afirmar que no luto há algo de único que toca no que há de mais singular para cada um e remonta ao que incide sobre cada sujeito, a cada vez, como mais uma edição da falta. Com a psicanálise percebemos que ainda nesse momento da vida de um sujeito pode haver muito o que fazer.

Referências Bibliográficas:

ALBERTI et al. A demanda do sujeito no hospital. *Cad. psicol. (Rio J., 1994), (1): 22-25, jan.- jun. 1994.*

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ANAIS

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

FREUD, S. (1917a). Luto e melancolia. In: _____. *Neurose, Psicose, Perversão*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2020.

_____. (1915a). Nossa atitude perante a morte. In: _____. *Obras Completas, Volume 12*. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

_____. (1915b). *O inconsciente*. In: _____. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

KÜBLER-ROSS, E. (1969) *Sobre a morte e o morrer*: o que os doentes terminais têm a ensinar a médicos, enfermeiros, religiosas e aos seus próprios parentes. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

LACAN, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, p. 8-14, 2001.

MORAES, L. F.; DARRIBA, V. A. A carta reavida: o lugar do analista e a prática em cuidados paliativos. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 25(3), 560-577, set. 2022. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n3p560.4>>.

MORETTO, M. L. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo. Casa do Psicólogo. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.