

SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

ESCUITA E TERMINALIDADE: DESAFIOS NA CENA HOSPITALAR

Gabriel Abbade dos Santos¹; Davi Alex Araújo Silva ²; Lucas Bondezan Alvares³

Universidade do Oeste Paulista¹ - gabrielabbadedossantos@gmail.com¹;
Universidade do Oeste Paulista² - davi_alexp@hotmail.com²; Universidade do
Oeste Paulista³ - lucas_psicologia@yahoo.com.br³

1. Introdução

O presente trabalho é resultado de atendimentos realizados às famílias de pacientes de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um Hospital Regional no interior de São Paulo e busca refletir por meio do referencial de Freud e Lacan o papel da escuta psicanalítica em tal contexto. A terminalidade nesse campo de tratamento é um fenômeno real que reflete no imaginário dos pacientes, familiares e profissionais, o que possibilita o espaço para o 'emergir' do sofrimento psíquico. Surge então a questão: Como realizar a escuta orientada pelos princípios psicanalíticos diante a terminalidade? Essa por sua vez, lança os sujeitos no Real evocando implicações psíquicas e processos de ressignificações sobre o seu adoecimento e sua morte, podendo ser a escuta analítica um caminho de possibilitar a construção do Simbólico. Frente a isso o papel da escuta analítica na atenção às famílias que se deparam com a perda iminente é o de promover o desinvestimento libidinal e a elaboração simbólica. A psicanálise é desafiada no contexto hospitalar uma vez que o profissional ali inserido é atravessado por demandas as quais podem vir tanto da equipe multiprofissional quanto dos próprios familiares inseridos em dinâmicas transferências complexas. A prática psicanalítica no contexto da UTI pode ser uma importante ferramenta para propiciar condições simbólicas na elaboração dos conflitos ali estabelecidos pelo oferecimento da escuta e da análise

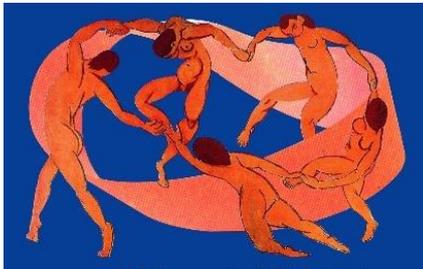


SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

transferencial. Surge então a importância de reconhecer a postura analítica como uma postura contiguamente terapêutica, realizando o manejo da transferência e a devida compreensão da “abstinência” proposta por Freud como via pela qual o acompanhamento pode ser conduzido. O que caracterizará a psicanálise na cena hospitalar é a capacidade de propor um espaço de subjetivação e subversão à lógica biomédica intervindo na dinâmica equipe-paciente-família. Considera-se nesse sentido que a psicanálise seja uma prática para além da simples técnica aplicada, sendo algo que se configura em ato, portanto, implicado.

2. Objetivo

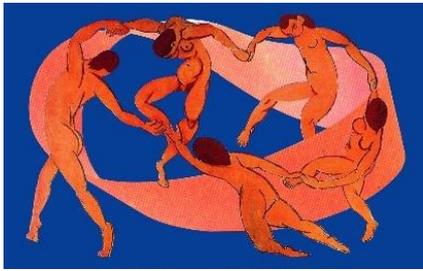
O objetivo é dialogar o campo das possibilidades que partem do desafio de exercer uma escuta guiada pelos princípios psicanalíticos de Freud e Lacan na UTI. Propõe este trabalho que as articulações feitas também se desdobram ao hospital geral como um todo. Conceitos teóricos da psicanálise de Freud-Lacan sempre estão postos na particularidade da cena hospitalar, sobretudo na UTI onde a morte e o luto compõem o cotidiano. A transferência que em sua dinâmica na instituição pode ser considerada complexa, o Real, Simbólico e o Imaginário (RSI), as formulações freudianas acerca do Luto e dos fluxos libidinais na catexia e na descatexia estão o tempo todo presentes no ambiente da UTI, sendo consideravelmente importante que sejam destacados e colocados em cena para a formalização de uma práxis da escuta qualificada em UTI e outros serviços de atenção terciária à saúde. Para uma prática “psi” em saúde, enquanto aquela que não se utiliza de fármacos e de disciplinarizações do comportamento e do pensamento, e sim que busca intervir no sujeito, considera-se importante levar em consideração o jogo discursivo desse campo de intervenção, e objetiva-se fazer tal esforço na articulação aqui proposta.



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

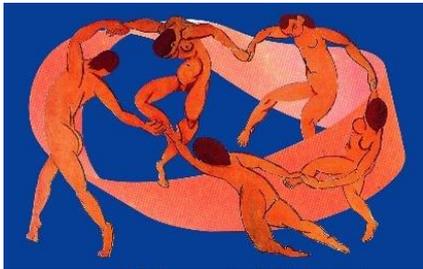
3. Escuta e Terminalidade: Desafios na Cena Hospitalar

A família em UTI vive insegurança, desconfiança, ou seja, se presentifica diante de uma crise ao ponto de inclusive serem considerados pacientes secundários e demandantes de um lugar para expressar os medos, a angústia e as fantasias diante do adoecimento e da terminalidade do paciente que acompanham (Souza, 2010). Para Fonseca (2004) instala-se um 'luto antecipatório' onde vivem desequilíbrio emocional. O acolhimento é uma diretriz do HumanizaSUS, que pretende fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde. No intuito de promover seus princípios como a integralidade e a universalidade, o acolhimento chega a ser proposto como uma estratégia da escuta, caracterizado por reconhecer o usuário dos serviços de saúde em sua singularidade (Brasil, 2010). Ao pensar no acolhimento dentro da atenção terciária, principalmente no ambiente da UTI, considera-se possível incluir a psicanálise, não como disciplina, mas como uma ética a essa prática de "acolher" de modo a produzir efeitos sob as particularidades desse local que incluem a angústia, o medo e as fantasias já citadas. Isso é possível a partir do oferecimento de uma escuta que se guie pela ética da psicanálise, mais especificamente a de Freud e Lacan. Ao acompanhar a vivência dessa angústia por parte das famílias, encontra-se evidente o investimento e desinvestimento libidinal de cada membro da família para com seu ente querido. Para Freud (1917), quando a libido se desliga de um objeto ao qual estava investida, como acontece no luto, volta-se ao Eu sendo passível de ser contra investida. Porém, numa identificação narcísica com o objeto perdido a libido incapaz de ser contra investida em um novo objeto pode concentrar-se no Eu resultando na melancolia (Freud, 1917). O exercício de investir, desinvestir, reinvestir a libido marca a experiência da família que acompanha o paciente em estado grave ou terminal, e a angústia vivida pelos membros familiares caracteriza o encontro com o real do inconsciente. Para Lacan, (1953) Real, Simbólico e Imaginário são três registros da realidade humana, sendo: o Real como algo impossível de



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

explicação, ao que não se encontram palavras e nem sentido. Há algo do real na angústia, aquilo que é indizível e inimaginável (Lacan, 1953). O Imaginário pode ser entendido como um tipo de registro da realidade psíquica dotado de sentido pleno e que é característico da constituição do Eu, diferentemente do Simbólico, como o que marca a experiência analítica, ou seja, um tipo de registro no qual os significantes podem ser articulados (Lacan, 1953). A escuta que se guia a partir da psicanálise de Freud-Lacan considera a todo instante estes três registros como constituintes da realidade psíquica dos seres. A perda, a morte do outro é aqui um encontro com o Real, a angústia vivida, o indizível é o ponto pelo qual a escuta pode ser desenhada de modo a permitir ao sujeito que articule seu sofrimento pela via do simbólico. O caminho para a viabilização de tal articulação se encontra no manejo transferencial. Compreender o hospital em sua complexidade é levar em consideração a transferência como o motor da escuta, sendo ela única e particular de cada sujeito. O que se configura como transferência nessa perspectiva não se limita à relação entre aquele que escuta e que é escutado. É um campo, que devido ao fenômeno da repetição, faz com que o sujeito ao se relacionar com o outro transfira fragmentos de seu modo constitutivo de se relacionar. Há na repetição “*parcela que se dirige não só para o analista, mas para todos os âmbitos da situação presente*” (Freud, 1914, p. 151, grifo nosso). Para Freud (1917) toda disposição à transferência não se justifica pela relação analítica, é algo que já estava posto no sujeito e que a situação da análise apenas a viabiliza. Talvez seja a partir desse caminho que Lacan infere que toda contratransferência é na verdade transferência do analista, sendo assim um erro compreender a transferência como uma relação dual (Lacan, 1998). Compreender a transferência como um fenômeno ‘viabilizado’ e não ‘provocado’ pela situação analítica nos abre possibilidades para considerar que ocorre em toda a vida. O fato de o hospital ser um lugar marcado por inúmeros profissionais representantes de suas respectivas áreas do saber, saber-mestre, assim como a compreensão de que a transferência é um campo relacional da repetição e



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

não um fenômeno situacional, nos leva ao fato de que a transferência que ocorre entre equipe-paciente, equipe-família, família-equipe, família-paciente, também entre os próprios entes familiares, assim como entre cada membro familiar para com a própria instituição hospitalar, é em alguma instância uma só. O que talvez é possível de ser considerado como característica da cena hospitalar é que nesse espaço as dinâmicas transferenciais são complexas se comparadas a um contexto de consultório particular. Não é uma relação somente a dois que está em jogo, e sim uma relação entre inúmeros sujeitos, e é por isso que devemos conhecer e não nos esquecer de que a transferência se localiza na singularidade de cada um. É fundamental considerar as dinâmicas transferenciais como um campo relacional da repetição e que não é a pessoa do analista algo que determina e caracteriza esse campo. Na UTI, quem explica a morte é a ciência médica, maior representante do discurso médico que se configura no formato do discurso do mestre. Nesse discurso não há fracasso com relação a morte, a ciência médica encontra seu êxito na cura, mas nunca seu fracasso diante da morte, pois em seu discurso não há sujeito. É o discurso psicanalítico, o oposto ao discurso médico, pois o discurso do mestre é o avesso da psicanálise (Lacan, 1992; ClavreauL, 1983). Com isso, devemos reconhecer que nesse lugar a escuta psicanalítica não está para a ordem médica e sim para a ordem do sujeito (Moretto, 2001). Eis aqui o desafio, pois a psicanálise exige a subversão desse discurso médico dominante. Atendo-se ao real da angústia dos familiares, o analista em ato põe mais enunciação do que enunciado, subverte o discurso médico e produz algo do discurso analítico (Lacan, 1992). Desse modo, há uma superação da noção clássica de “setting analítico” entendendo que o que configura a intervenção é o ato e o que legitima a prática da psicanálise, a ética do desejo. O ato analítico dá à ética da psicanálise o lugar que antes era do estatuto do setting (Quinet, 2008). A escuta em psicanálise provoca desejo no sujeito, desejo esse de um saber que não seja totalizante e que permita articulação entre significado e significante, permitindo assim o acesso do sujeito a um saber que não se sabe



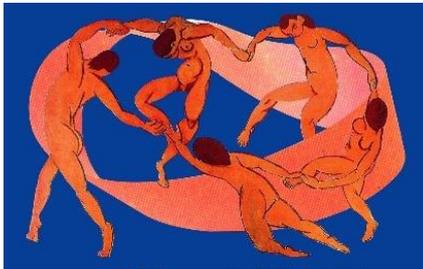
SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

(Lacan, 1992). É a angústia e o pré-luto da família um ponto de partida para que esse acesso simbólico seja possibilitado, mas não obtido como um ideal da escuta. Onde há sofrimento psíquico há sujeito e a possibilidade de realizar uma escuta e é necessário dar importância a esse ato, mesmo que não se configure como uma análise. Refletir a prática da psicanálise inserida na instituição-hospital é pensar em arriscar algo analítico em condições não analíticas (Decat de Moura, 2000). Realizar esse esforço a partir de Lacan é pensar no giro discursivo da prática, promover revoluções dos discursos sempre na ordem do sujeito (Lacan, 1992). Desse modo, ao inclinar-se à família em UTI o desafio se encontra justamente na produção de uma escuta pelo Real, e que se possibilitará na instituição-hospital através do movimento de revolução discursiva e de subversão da ordem que não for a do sujeito.

Palavras Chave: Psicanálise; Hospital; Terminalidade.

Referências

- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: Poder e Impotência do Discurso Médico*. São Paulo: Brasiliense.
- Decat de Moura, M. (2000) "Psicanálise e urgência subjetiva. In: *Psicanálise e hospital*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p 3-15.
- Fonseca, J. P. (2004). *Luto Antecipatório*. Campinas: Ed. Livro Pleno
- Freud, S. Recordar, Repetir e Elaborar (1914). In. *Obras Completas: Tradução Paulo César de Souza*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol. 10, p. 147-158.
- Freud, S. Teoria Geral das Neuroses (1917). In. *Obras Completas: Sérgio Telleroli*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, vol 13, p. 463-482.
- Lacan, J. (1958). A direção do tratamento e os princípios de seu poder. *Os Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998
- Lacan, J. (1953). O Simbólico, o Imaginário e o Real. In: *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.



SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE

Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Quinet, A. (1992). *As 4 + 1 Condições para a Análise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009, 12ª edição.

Souza, R. P. (2010). *Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva*. São Paulo: Atheneu.