



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Ana Beatriz Raimundo de Castro

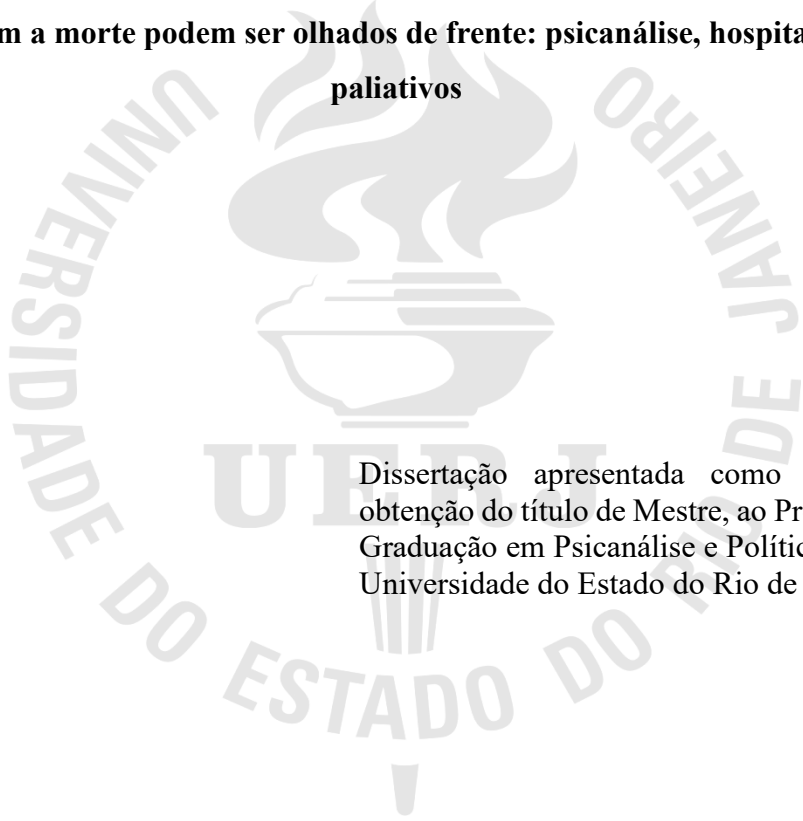
**Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente: psicanálise, hospital e cuidados paliativos**

Rio de Janeiro

2022

Ana Beatriz Raimundo de Castro

**Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente: psicanálise, hospital e cuidados paliativos**



Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sonia Altoé

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CEH/A

C355 Castro, Ana Beatriz Raimundo de.  
Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente: psicanálise, hospital e cuidados paliativos / Ana Beatriz Raimundo de Castro. - 2022.  
103 f.

Orientadora: Sonia Altoé.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia

1. Psicanálise - Teses. 2. Cuidados Paliativos - Teses. 3. Hospital - Teses. 4. Luto - Teses. I. Altoé, Sonia II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia III. Título.

es CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ana Beatriz Raimundo de Castro

**Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente: psicanálise, hospital e cuidados paliativos**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 29 de setembro de 2022.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Elisabete Altoé (Orientadora)  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gloria Maria Castilho  
Instituto de Psicologia - UERJ

---

Prof. Dr. Luciano da Fonseca Elia  
Instituto de Psicologia - UERJ

Rio de Janeiro

2022

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Ricardo pela cumplicidade e parceria sem os quais esse trabalho não teria sido possível. E por sempre acreditar em mim e ajudar a sustentar todos os meus sonhos e objetivos.

Aos meus pais Linda e Joaquim, que me ensinaram o valor da educação e a quem devo toda minha perseverança e a força que me movimenta na vida.

Aos meus irmãos e grandes parceiros da vida Edilson e Alberto, que são minha fonte de inspiração, meu porto seguro e minha alegria.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sônia Altoé, pela generosidade com que me recebeu, pela leitura cuidadosa do trabalho, pela disponibilidade com a qual acolheu e acompanhou essa pesquisa, pelas pontuações potentes e instigadoras que possibilitaram este estudo.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Glória Maria Castilho, que, com seu grande conhecimento e delicadeza clínica, sempre contribuiu muito para minha formação profissional, e que é para mim, desde a residência do HUPE, um exemplo de profissional a ser seguido. E pela disponibilidade em aceitar participar da minha banca de defesa.

Ao Prof. Dr. Luciano Elia, pela disponibilidade em participar da minha banca de defesa do mestrado e pela generosidade com que sempre compartilha seu imenso conhecimento de forma clara e inspiradora.

A minha analista Paula Borsoi, que me ajudou a atravessar momentos de angústia suscitados por essa pesquisa.

Aos meus amigos pela imensa parceria de vida.

A Deus por tudo.

Aos professores, à coordenação e à secretária Ana Maria do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ.

Aos colegas da turma do mestrado por compartilhar essa jornada.

Aos pacientes, familiares e equipe de saúde da instituição estudada.

Não é que eu tenha medo de morrer.  
É que eu não quero estar lá na hora que isso acontecer.

*Woody Allen*

Eu quero estar vivo na hora da minha morte.

*Donald Winnicott*

## RESUMO

CASTRO, A. B. R. de. *Nem o sol nem a morte podem ser olhados de frente: Psicanálise, hospital e cuidados paliativos*. 2022. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A presente dissertação surgiu a partir das questões suscitadas através da minha experiência como psicóloga no Instituto Nacional do Câncer na Unidade de Cuidados Paliativos. Esse trabalho tem como objetivo a discussão sobre as contribuições da psicanálise e da práxis do analista em um hospital de cuidados paliativos oncológicos exclusivos. A partir do levantamento e estudo do referencial bibliográfico e do registro clínico-institucional em diário de campo, foi realizada a análise das diferenças discursivas entre a ética da psicanálise e a filosofia dos cuidados paliativos; foram pensados os possíveis efeitos da incidência do discurso dos cuidados paliativos nos agentes envolvidos no processo e pela análise de fragmentos clínicos recolhidos sob transferência, foi incluída a pergunta sobre a importância da escuta que considere o sujeito em uma unidade de cuidados paliativos. Para o desenvolvimento da questão estudada, tracei a partir de Foucault e Canguilhem um histórico sobre a emergência da medicina moderna e sua relação com o nascimento dos cuidados paliativos. Com Menezes e outros autores contemporâneos da teoria dos cuidados paliativos, discuti a morte na contemporaneidade, a construção do ideário paliativista e o conceito de “boa morte”. Na sequência, a partir da obra de Freud, do ensino de Lacan e de autores contemporâneos da teoria psicanalítica, abordo as diferenças discursivas entre cuidados paliativos, ciência, psicologia e psicanálise.

Palavras-chave: Psicanálise. Cuidados Paliativos. Sujeito. Hospital. Luto. Ciência. Medicina. Oncologia.

## ABSTRACT

CASTRO, A. B. R. de. *Neither the sun nor death can be looked at head-on: Psychoanalysis, hospital and palliative care*. 2022. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) - Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

This dissertation arose from the questions raised through my experience as a psychologist at the Instituto Nacional do Câncer na Unidade de Cuidados Paliativos. This work aims to discuss the contributions of psychoanalysis and praxis of the analyst in a hospital of exclusive oncological palliative care. From the survey and study of the bibliographic reference and the clinical-institutional record in the field diary, the discursive differences between the ethics of psychoanalysis and the philosophy of palliative care were analyzed; the possible effects of the incidence of palliative care discourse on the agents involved in the process and the analysis of clinical fragments collected under transfer have been considered, was included the question on the importance of listening that considers the subject in a palliative care unit. For the development of the question studied I traced from Foucault and Canguilhem a history on the emergence of modern medicine and its relationship with the birth of palliative care. With Menezes and other contemporary authors of palliative care theory, I discussed death in contemporaneity, the construction of the Paliactivist ideology, and the concept of "good death". Then, from Freud's work, from Lacan's teaching and from contemporary authors of psychoanalytic theory, I approach the discursive differences between palliative care, science, psychology and psychoanalysis.

Keywords: Psychoanalysis. Palliative Care. Subject. Hospital. Mourning. Science. Medicine. Oncology.



## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
1	<b>MEDICINA MODERNA E CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	10
1.1	<b>Sobre a instituição hospitalar: situando o campo de atuação e algumas questões iniciais</b> .....	10
1.1.1	<u>Uma nova ruptura: algumas questões sobre a chegada ao HC IV</u> .....	14
1.2	<b>A emergência do hospital como instrumento terapêutico e da medicina como prática hospitalar</b> .....	17
1.3	<b>A medicina moderna e a exigência da normalização</b> .....	19
1.4	<b>A extrapolação do saber médico para os campos da vida</b> .....	23
1.5	<b>Cuidados Paliativos</b> .....	27
1.5.1	<u>Morte e medicina moderna</u> .....	27
1.5.2	<u>A emergência dos cuidados paliativos</u> .....	29
1.5.3	<u>A definição da “boa morte”</u> .....	31
2	<b>PSICANÁLISE E CUIDADOS PALIATIVOS</b> .....	34
2.1	<b>Morte, psicanálise e cuidados paliativos</b> .....	34
2.2	<b>O inconsciente, pulsão e os cuidados paliativos</b> .....	38
2.3	<b>O lugar do analista em cuidados paliativos</b> .....	41
2.4	<b>Cura e controle da morte</b> .....	47
2.5	<b>Morte, cura e laço social</b> .....	49
2.6	<b>Corpo e organismo</b> .....	55
3	<b>PSICANÁLISE E PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: SUJEITO, PERDA E LUTO</b> .....	66
3.1	<b>Psicanálise, ciência, psicologia e cuidados paliativos</b> .....	66
3.1.1	<u>Medicina, ciência e capitalismo</u> .....	69
3.2	<b>Notas sobre o sujeito em psicanálise</b> .....	73
3.3	<b>Diferenças discursivas entre psicologia e psicanálise em cuidados paliativos</b> ..	78
3.4	<b>Perda e luto</b> .....	83
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	95
	<b>ANEXO A - Tabelas</b> .....	101
	<b>ANEXO B - Escala – Performance Status de Karnofsky (KPS)</b> .....	103

## INTRODUÇÃO

A pesquisa desenvolvida nesta dissertação visa entender algumas das contribuições da práxis do psicanalista em um hospital de cuidados paliativos oncológicos exclusivos a partir da análise dos efeitos recolhidos da minha prática de escuta clínica, sob transferência, como psicóloga analista no Instituto Nacional do Câncer – Hospital do Câncer IV – Unidade de Cuidados Paliativos (INCA/HC IV).

Com o intuito de desenvolver a questão a ser investigada, no presente trabalho, realizo a articulação teórico-prática entre o estudo bibliográfico acerca dos principais conceitos da psicanálise e de parte importante do referencial que embasa a filosofia dos cuidados paliativos, entre as análises dos fragmentos de casos clínicos atendidos durante a minha prática na unidade e em outras unidades de saúde na qual atuei e entre as análises dos registros de situações institucionais e falas de profissionais em diário de campo durante a atuação nestas unidades.

Para melhor delineamento desse estudo é importante informar que o Hospital do Câncer IV é “responsável pelo atendimento ativo e integral aos pacientes encaminhados de outras unidades do Instituto com câncer avançado, sem possibilidades atuais de cura” (INCA, 2019, s/p). A unidade IV recebe pacientes com diferentes tumores em diferentes partes de seu corpo, assolados pelo fato de terem o diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida e sem cura.

É relevante também mencionar que a proposta dos cuidados paliativos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) - e que serve como diretriz ao HC IV -, visa à prevenção e ao alívio completo do sofrimento físico, emocional e espiritual do paciente paliativo. Em consonância com essa proposta e na busca por atingir a melhor assistência ao paciente são propostos alguns procedimentos técnicos, protocolos e modos de atuação definidos em cuidados paliativos.

Em minha atuação no HC IV comecei a observar o modo como muitas vezes o sofrimento e dificuldades apresentados pelos pacientes em tratamento paliativo e seus familiares contrastava com a expectativa do que seria um tratamento paliativo para os profissionais da unidade. Chamava minha atenção o fato de que muitas vezes os profissionais esperavam que todo o sofrimento do paciente pudesse ser aplacado e prevenido pelas intervenções e técnicas propostas pela filosofia dos cuidados paliativos. Notar essas diferenças de olhares acerca do sofrimento no tratamento em cuidados paliativos me levou a questionar se poderia haver nesse processo do tratamento uma tentativa de tamponar algo referente ao mal-estar em lidar com uma doença sem cura e ameaçadora da vida e as implicações deste processo. Além disso, fui levada a indagar que trabalho é possível ao psicanalista neste contexto.

Dito de outra forma, a partir da minha práxis como analista nesse hospital de cuidados

paliativos indago se há nesta instituição a tentativa de lidar com as situações de adoecimento graves e com a morte de modo a excluir o mal-estar intrínseco ao processo. E pergunto, ainda, atenta às preciosas indicações de Freud (1919[1918]/1996) acerca da direção para a expansão da psicanálise nas instituições, mantendo-se o rigor desta práxis e interrogando o mal-estar na cultura sem tamponá-lo, quais os efeitos particulares que essa tentativa de exclusão pode provocar nos pacientes e familiares.

Lançando luz a estes questionamentos, a afirmação de Lacan (1988) no final de *O seminário - Livro 3: As psicoses* para apontar as diferenças entre as posições do médico e do psicanalista - e que foi escolhida como parte do título desta dissertação - funcionou, para mim, como ponto de partida para articular algumas dessas reflexões sobre a questão do mal-estar em um hospital de cuidados paliativos oncológicos exclusivos. E, a partir dessas primeiras considerações, os capítulos deste trabalho foram desenvolvidos da seguinte maneira, como veremos a seguir.

No primeiro capítulo, para melhor esboço da questão, apresento a instituição hospitalar e as especificidades deste campo de atuação e mapeio a emergência de alguns discursos e práticas que o sustentam. Para isso, a partir dos textos de Foucault, Canguilhem e outros autores contemporâneos, realizo um breve estudo acerca do nascimento do hospital, das condições que possibilitaram sua emergência como tecnologia médica, do aparecimento da medicina social e sua relação com a medicina moderna científica, da constituição do olhar biomédico de saúde e da produção de normal e da normalização, assim como a extrapolação médica no século XX para todo o campo da vida. Com Menezes, trato da morte na contemporaneidade, da constituição dos cuidados paliativos como disciplina em resposta a uma lógica de cuidado tida como desumana e, por fim, da construção do ideário paliativista.

No segundo capítulo, a partir de Freud, Lacan e outros autores contemporâneos da psicanálise e da filosofia dos cuidados paliativos, discuto as diferenças discursivas entre a psicanálise e os cuidados paliativos diante da problemática da morte, da cura e da relação entre corpo e organismo. Para tratar disso, é importante abordar os conceitos psicanalíticos de inconsciente e pulsão.

No terceiro capítulo, abordo as diferenças discursivas entre cuidados paliativos, psicologia, ciência e psicanálise, e, para esse fim, recorro à obra de Freud, ao ensino de Lacan, bem como a autores contemporâneos da teoria psicanalítica. A partir disso, realizo uma leitura de qual o trabalho possível ao analista em um hospital de cuidados paliativos, passando pelo estudo dos conceitos de sujeito, da perda fundamental e do luto.

As articulações teóricas com os fragmentos clínicos e relatos de profissionais da instituição se darão ao longo dos três capítulos.

## 1 MEDICINA MODERNA E CUIDADOS PALIATIVOS

Navegar é preciso; viver não é preciso

*Fernando Pessoa*

No presente capítulo apresento meu campo de atuação e introduzo algumas questões suscitadas em minha práxis pelas peculiaridades deste campo, para, na sequência, buscar entender, a partir dessas especificidades apresentadas, a relação da medicina moderna com a filosofia dos cuidados paliativos. Nesse sentido, trabalho com Michel Foucault nos textos em que este aborda a temática do nascimento do hospital médico e da medicina hospitalar. A partir da medicina social, penso a emergência da medicina científica e articulo a possibilidade do surgimento da medicina moderna aos conceitos de normal e de normalização de Georges Canguilhem.

Apresento com Foucault a extrapolação do saber médico, que indica a ampliação desse saber para além da demanda, para além do seu objeto anteriormente definido, a doença. O saber médico, na contemporaneidade, abarca todos os campos da vida. Associado a isso, ocorreu, nos últimos anos, grande desenvolvimento das tecnologias médicas que permitiram que se modificassem os limites entre a vida e a morte.

A partir das críticas aos excessos da medicina moderna por sua tentativa de prorrogar artificialmente a vida e de controlar a morte, emerge a discussão acerca dos cuidados paliativos. Porém, ao estudar o ideário dos cuidados paliativos frente à morte e pelo que recolhi em minha prática, levanto a reflexão e questionamento se estes não são uma ampliação da medicina moderna científica. Para melhor entendimento desta problematização, o capítulo é iniciado com a apresentação do hospital no qual esse estudo foi realizado.

### 1.1 Sobre a instituição hospitalar: situando o campo de atuação e algumas questões iniciais

Para melhor compreender o contexto institucional da minha questão, considero necessária uma breve explicação e caracterização do INCA:

O INCA é o órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Tais ações compreendem a assistência médico-hospitalar, prestada direta e gratuitamente aos pacientes com câncer como parte dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, e a atuação em áreas estratégicas, como prevenção e detecção precoce,

formação de profissionais especializados, desenvolvimento da pesquisa e geração de informação epidemiológica (INCA, 2019, s/p).

Dentro da missão de “promover o controle do câncer com ações nacionais integradas em prevenção, assistência, ensino e pesquisa” (INCA, 2019, s/p), no que concerne à parte assistencial, o Instituto Nacional do Câncer é composto por cinco unidades hospitalares que se dividem por clínicas específicas e se situam em diferentes bairros da cidade do Rio de Janeiro. São elas: Hospital do Câncer I (HC I); Hospital do Câncer II (HC II); Hospital do Câncer III (HC III); Hospital do Câncer IV (HC IV) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO)<sup>1</sup>. As unidades contam com equipe médica e multidisciplinar própria e específica para cada clínica, visando ao atendimento integral e humanizado como preconizado no Sistema Único de Saúde (SUS).

Por fazer parte do SUS e ser considerado de alta complexidade<sup>2</sup>, o acesso às unidades hospitalares do INCA deve ser precedido pelo atendimento nas unidades de saúde de atenção básica (posto de saúde, ambulatório) e/ou de média complexidade (clínica especializada, hospital), onde será definido o diagnóstico de câncer.

Com o diagnóstico confirmado, na maior parte das vezes, de acordo com o tipo de câncer e com a localização do tumor, o atendimento será realizado por um serviço determinado. O primeiro atendimento no INCA ocorre da seguinte forma: para os serviços de Dermatologia e Pediatria do instituto os pacientes com o diagnóstico definido devem comparecer<sup>3</sup> à Triagem do INCA (INCA, 2019).

Já para os serviços de cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia geral – oncologia (todo o aparelho digestivo), cirurgia torácica oncológica, ginecologia oncológica, mastologia, neurocirurgia oncológica, tecido ósseo e conectivo, Hematologia, Urologia, Radioterapia e Braquiterapia - os agendamentos das avaliações iniciais para moradores do Estado do Rio de

<sup>1</sup> – O HC I, situado na Praça da Cruz Vermelha, é a maior unidade assistencial, composto por 11 andares no qual se concentram o maior número de clínicas atendidas no instituto e o maior fluxo de pacientes. Encontram-se no HC I as clínicas de Tórax, Neurocirurgia, Abdômen, Urologia, Cabeça e Pescoço, Pediatria, Hematologia, Oncologia Clínica e Clínica da Dor.

– O CEMO, situado dentro do prédio do HC I, é a unidade responsável pelo tratamento de doenças no sangue como anemia aplástica, leucemia, linfomas e outras enfermidades com indicação de transplante de células-tronco hematopoiéticas ou medula óssea.

– O HC II, situado no bairro do Santo Cristo, é a unidade de referência para o tratamento de câncer ginecológico e tumores do tecido ósseo e conectivo.

– O HC III, situado em Vila Isabel, especializado no tratamento do câncer de mama.

– O HC IV, também situado em Vila Isabel, é a unidade de Cuidados Paliativos do INCA.

<sup>2</sup> Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2020).

<sup>3</sup> Portando o encaminhamento médico e original e cópia dos seguintes documentos: identidade, CPF e comprovante de residência, e todos os laudos/exames atuais que comprovem o diagnóstico de câncer.

Janeiro são realizados pelo Sistema Estadual de Regulação (SER) e para moradores de outros estados pela Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC)<sup>4</sup> (INCA, 2019).

Após a realização deste fluxo, os pacientes que forem encaminhados para o INCA a partir do sistema de regulação serão agendados para o primeiro atendimento. Este é realizado por médicos especialistas, que analisam o caso. Após essa avaliação, e havendo possibilidade de tratamento da doença oncológica (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia), é feita a matrícula do paciente no INCA e a abertura do prontuário médico. Quando não há indicação para tratamento no INCA, os casos são encaminhados às unidades de origem, com as devidas orientações (INCA, 2019).

É importante ressaltar que o acesso ao HC IV - unidade de cuidados paliativos do INCA se dá a partir do encaminhamento das outras unidades assistenciais do INCA (HC I, HC II, HC III e CEMO) nas clínicas onde o paciente foi matriculado para realizar o tratamento (denominado na instituição clínica de origem). Desse modo, o HC IV não faz parte do sistema de regulação externo ao INCA.

Os pacientes matriculados no HC IV foram encaminhados das demais unidades assistenciais do INCA por apresentarem doença avançada e não terem mais possibilidade de realizar tratamento curativo ou para controle da doença. Após se esgotarem as propostas de tratamentos, este paciente recebe a notícia de que “não há mais nada a fazer nesta unidade e que ele será encaminhado para um hospital mais especializado que saberá cuidar melhor dele”, fala frequentemente trazida pelos pacientes na chegada ao hospital.

O encaminhamento ao HC IV é deliberado após a avaliação da equipe médica da clínica de origem quanto à impossibilidade da continuidade do tratamento, por motivos diversos, como por exemplo: não ser possível a cirurgia; avanço rápido da doença; pelo tumor ser muito agressivo; diagnóstico tardio de uma doença já avançada; metástases; pelo fato do paciente não responder aos tratamentos de quimioterapia ou radioterapia; pelo fato do paciente ter outras comorbidades de saúde que o impedem de realizar um tratamento oncológico, entre outros.

---

<sup>4</sup> A solicitação de agendamento para pacientes do município do Rio de Janeiro no SER pode ser feita diretamente nas Unidades Básicas de Saúde onde forem atendidos. Pacientes dos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro devem procurar as Secretarias de Saúde dos seus municípios para solicitar o agendamento. Já moradores de outros estados são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde e/ou Secretarias Estaduais de Saúde para cadastro na CNRAC. Os sistemas de regulação gerenciam as vagas disponíveis e definem onde será feito o atendimento, segundo critérios como proximidade com a residência do paciente e complexidade do caso. O objetivo principal é dar mais conforto para o paciente, que não precisará se deslocar por longas distâncias e reduzir as filas de espera. Caso o sistema de regulação encaminhe o paciente para o INCA, é necessário que ele se apresente na data agendada com: autorização de consulta e exame, original e cópia dos documentos de identidade, CPF, comprovante de residência e todos os laudos/ exames atuais que comprovem o diagnóstico de câncer (INCA, 2019).

A equipe de referência comunica ao paciente e/ou familiar desta deliberação e solicita o atendimento do posto avançado do HC IV<sup>5</sup> para explicar os objetivos e propostas do atendimento paliativo. Nesta consulta também é informado a ausência de centro de terapia intensiva (CTI), de respiradores e a não reanimação cardíaca na unidade. Após o atendimento do posto avançado, que pode ocorrer durante a internação ou ambulatoriamente, o paciente e/ou familiar podem aceitar ou recusar a mudança para unidade de cuidados paliativos. Porém, ao recusar, este pode ser reencaminhado ao posto avançado em outros momentos. Observo que, após serem reencaminhados, grande parte dos que haviam recusado o encaminhamento acabam aceitando, por diferentes razões.

Após o atendimento no posto avançado, havendo concordância, é realizado o encaminhamento para o HC IV. O encaminhamento pode se dar das seguintes formas: transferência direta da internação da unidade de origem para a internação do HC IV (para pacientes de maior gravidade), transferência para o ambulatório (para pacientes com KPS<sup>6</sup> superior a 50%) e transferência para a assistência domiciliar (para pacientes com KPS menor ou igual a 50%).

Por se tratar de uma unidade de cuidados paliativos e estar em consonância com a filosofia que embasa esse fazer, o HC IV trabalha com equipes multiprofissionais<sup>7</sup>, ponto nevrálgico dessa filosofia, e conta com uma estrutura para a prestação de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, internação hospitalar e serviço de pronto atendimento 24 horas.

Porém, por acreditar na importância de que o paciente em cuidados paliativos deve estar em sua casa, próximo à sua família e à sua rede territorial, a unidade objetiva que as internações sejam breves e que ocorram apenas nas situações estritamente necessárias. Para facilitar a permanência em casa, o hospital fornece o material utilizado pelo paciente, o oxigênio domiciliar e os medicamentos para o controle de sintomas e bem-estar<sup>8</sup> (INCA, 2019). O ambulatório do HC IV, visando a um maior conforto para os pacientes, realiza o agendamento

---

<sup>5</sup> Os postos avançados presentes nos HC I, HC II e HC III são representantes do HC IV nas demais unidades assistenciais do INCA. Devido à separação física das unidades, o HC IV se constituiu como um hospital de cuidados paliativos exclusivos. Atualmente os atendimentos nos postos avançados são realizados pela equipe de enfermagem do HC IV.

<sup>6</sup> Performance Status de Karnofsky. Escala utilizada no HC IV para avaliação de funcionalidade. Escala em anexos.

<sup>7</sup> Observando os quadros de produtividade das unidades, em anexos, percebemos que o número de consultas multidisciplinares é superior às consultas médicas apenas no HC IV.

<sup>8</sup> O HC IV conta com o apoio do serviço de voluntários que fornecem cesta básica aos pacientes que necessitam, independente da modalidade de acompanhamento (ambulatório e assistência domiciliar), após avaliação do serviço social.

das consultas médicas e da equipe multidisciplinar<sup>9</sup> no mesmo dia para diminuir o deslocamento do paciente levando em consideração as limitações funcionais e a distância percorrida pelos pacientes que nem sempre residem no município do Rio de Janeiro.

A assistência domiciliar é o atendimento realizado na casa do paciente pela equipe médica e multidisciplinar. O HC IV realiza visitas num raio de distância de até 60 km do hospital, nas áreas que não são consideradas de conflito urbano. São realizadas cerca de seis visitas por dia por profissional, dentro do horário comercial (entre 8h e 17h), no carro do INCA. O agendamento das visitas ocorre no dia anterior a sua realização, por contato telefônico no qual é comunicado a especialidade e o nome do profissional que realizará a visita. Toda a medicação e material utilizados pelo paciente da assistência domiciliar são levados ao domicílio pelos profissionais.

Após a realização deste fluxo, o paciente começa o acompanhamento no Hospital do Câncer IV. Noto que esse início do tratamento, por se tratar de uma unidade de cuidados paliativos oncológicos exclusivos, coloca inúmeras questões aos pacientes, as quais recolho a partir de minha escuta e que serão discutidas no próximo subtópico.

### 1.1.1 Uma nova ruptura: algumas questões sobre a chegada ao HC IV

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito<sup>10</sup> definido em 1990 e atualizado em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (OMS, 1990/2002, s/p).

Os cuidados paliativos como preconizados pela OMS devem ser prestados ao paciente com um diagnóstico de uma doença ameaçadora da vida desde o início de seu tratamento. A equipe assistencial curativa (de forma mais ativa) e a equipe paliativista (de forma menos ativa) devem atuar juntas desde o início. Havendo o agravamento da doença, deve ocorrer uma inversão gradativa do nível de intervenção da equipe paliativa e a diminuição da equipe assistencial com viés curativo.

---

<sup>9</sup> O atendimento multidisciplinar é entendido como fundamental pela busca da integralidade. Sendo importante salientar que o formato de marcação das consultas deste ambulatório é distinto das outras unidades do INCA.

<sup>10</sup> Em 2018 o ministério da saúde publicou a resolução nº 41, que normatizou a oferta dos cuidados paliativos no SUS, essa define em seu 2º artigo, em consonância com a definição da OMS, o conceito de cuidados paliativos.



Entretanto, como já mencionado no presente trabalho, a passagem para a unidade de cuidados paliativos no INCA ocorre como uma ruptura. O paciente tem seu vínculo com a equipe que o acompanhou até então rompido e passa a ser acompanhado por uma equipe completamente nova. Isso produz questionamentos pela incidência de uma nova perda somada às perdas com as quais este paciente já está lidando no momento, além de nos levar a pensar a função institucional de uma unidade de cuidados paliativos completamente separada das unidades curativas. O encaminhamento para o HC IV é trazido pelos pacientes como sendo um momento delicado, pois, além de receberem a notícia da incurabilidade e do seu agravamento clínico, esse é marcado pela ruptura do vínculo com a equipe que o estava acompanhando, às vezes por anos, e pela completa mudança em relação à proposta terapêutica.

A alteração do endereço da unidade de tratamento aparece nas falas dos pacientes como mais um impacto para lidar, como a concretização dessa ruptura. *“Ir para Vila Isabel é como receber um atestado de óbito em vida”*. *“Desde quando entramos no Inca escutamos que ir para Vila Isabel é sinônimo de ir para o morredouro”*. *“Lá em Vila Isabel é a unidade que você vai quando está nas últimas... É o final da linha”*. *“Meu maior medo quando eu vim para o Inca era escutar que iria para Vila Isabel... e para meu desespero aqui estou”*. *“Eu sei que se morre em qualquer unidade do Inca, mas aqui em Vila Isabel é morte certa”*.

Esta última fala exemplifica de forma mais clara o “dentro/fora” que o HC IV representa para os pacientes do INCA, e me lança a pergunta se essa separação física das unidades pode estar ligada ao esforço institucional de tentar retirar a morte e o fracasso terapêutico do cenário oncológico e cirúrgico da medicina curativa, situando-os na unidade de cuidados paliativos exclusivos.

Outro ponto que recolho nas falas dos pacientes e que é trazido como um importante dificultador do processo de chegada ao HC IV é a mudança da proposta do tratamento. Estes mencionam que, antes da transferência para o HC IV, a proposta inicial de tratamento era a de combate à doença, visando à cura ou estagnação ou redução da doença. Mas, a partir da deliberação dos cuidados paliativos, a proposta passa a ser de controle dos sintomas e melhora da qualidade de vida frente a uma doença incurável e em progressão. E é esperado que o paciente compreenda essa alteração em sua proposta terapêutica e que possa ser colaborativo em seu tratamento.

Considera-se que o paciente que até então deveria ter *“coragem para lutar contra a doença”* (falas dos profissionais da unidade), nesse momento passe a *“aceitar o fluxo natural da doença em seu corpo e aproveitar a qualidade de vida que lhe resta”* (falas dos profissionais da unidade). Observo, assim, que a postura que era entendida como *“força ou resiliência”* (falas

dos profissionais da unidade) passa automaticamente a ser entendida como “*negação ou dificuldade de aceitação*” (falas dos profissionais da unidade) com a deliberação para o HC IV sem nenhuma interrogação sobre as temporalidades singulares e sobre os efeitos que a própria instituição produz.

Neste cenário, a maioria dos pacientes que chegam ao hospital buscam o auxílio do serviço de psicologia<sup>11</sup>. Diferente de outras unidades hospitalares nas quais já trabalhei, há no HC IV uma maior procura, por demanda espontânea, ao serviço de psicologia por parte dos pacientes e familiares. Fato que produz algumas indagações, pois acredito que essa busca está ligada à tentativa de produzir algum contorno frente à série de perdas à qual esse paciente e seus familiares foram submetidos ao longo do processo de adoecimento, diagnóstico, tratamento, encaminhamento e das perdas anunciadas que estão por vir.

Considero também que essa maior procura possa estar ligada à fala constante dos profissionais da equipe de saúde ofertando aos pacientes o atendimento pela equipe de psicologia. Pois, como ouço de alguns profissionais, há o entendimento por parte do corpo técnico que ali atua de que o paciente em cuidados paliativos precisa de suporte da psicologia para “*ressignificar a vida e a morte*”. Desse modo, o encaminhamento para a psicologia pode acontecer como uma prescrição dentro do protocolo técnico do paliativista. Assim como pela oferta, quando é deliberada a transferência, de que na unidade IV serão melhores cuidados e poderão “*ser atendidos pela psicologia*”, fala trazida por alguns pacientes ao buscarem o auxílio do serviço na unidade. A grande oferta do atendimento da psicologia por parte dos outros profissionais de saúde aos pacientes me leva a pensar se essa oferta não seria como uma consolação pela impossibilidade da cura, como vemos nas falas abaixo:

Quando ligaram aqui para casa para informar que viria a psicóloga para minha mãe, eu e meus irmãos começamos a chorar, ela é paciente do Inca há 10 anos e nunca tinha passado pela psicologia. Então é óbvio que se estão mandando a psicóloga em casa é porque é o fim da linha, ela vai morrer, e você veio pra dizer, para ela e pra gente, que ela vai morrer (fala de filho de paciente).

“*Ela precisa ser atendida pela psicologia, é direito dela, já que ela não pode fazer mais nada e que o hospital não pode fazer mais nada por ela*” (fala de uma filha ao solicitar o atendimento da psicologia para sua mãe).

É que falaram lá, antes dela vir pra cá (HC IV) que aqui ela teria um atendimento humanizado, que teria direito a psicologia, fisioterapia, atendimento em casa, e que seria melhor para ela, pois teria qualidade de vida. Que aqui no hospital de vocês tem amor, e outras coisas assim. Na hora eu achei bom pra ela ser cuidada. É que falaram

<sup>11</sup> No momento, o serviço de psicologia é composto por cinco psicólogas estatutárias e recebe alunos dos cursos de residência e *fellow* em psicologia. Ao logo do texto discorreremos sobre o funcionamento do serviço e sobre nossas indagações acerca deste funcionamento.

que aqui (HC IV) era cuidado e lá (unidade de origem) era tratamento. Mas depois eu pensei melhor... e parecia que estavam nos dando um prêmio de consolação. Já que não tem cura, tem cuidado. Mas como é que tem tratamento sem cuidado? Ela não tinha que ter sido tratada de forma humana desde o início? Sabe o que parece? Que é pra gente não reclamar e aceitar de modo pacífico que ela vai morrer, como se ainda tivéssemos que agradecer (fala da filha de paciente).

Nas últimas décadas houve a ascensão das discussões acerca dos cuidados paliativos no Brasil. Menezes e Barbosa (2013) apontam que as possíveis causas para a construção dos cuidados paliativos como novo modelo de assistência passam pela crítica a um modo de gestão dos cuidados considerado desumano, frio, racionalizado e institucionalizado que visavam controlar as circunstâncias do morrer ao invés do processo de autonomia do doente.

Dentro das principais correntes que balizam a filosofia dos cuidados paliativos perpassam o entendimento da morte como um processo natural do fluxo de vida e a ênfase na autonomia e dignidade da morte. “A morte é entendida como um processo pleno de sentidos, etapa final de uma jornada individual” (BARBOSA; MENEZES, 2013, p. 2654). Entendo que há implícito nessa expectativa de fechamento de um ciclo a suposição da vida como regular, boa e sem percalços.

A partir dessas primeiras considerações acerca do hospital no qual atuo, identifiquei ser necessário pensar algumas questões pertinentes ao nascimento do hospital e da medicina científica, para entender as especificidades de um hospital de cuidados paliativos, como veremos a seguir.

## **1.2 A emergência do hospital como instrumento terapêutico e da medicina como prática hospitalar**

Dando sequência a esse estudo pensarei neste tópico as relações entre o nascimento do hospital, a medicina científica e os cuidados paliativos. Foucault (1979a) faz uma análise sobre as condições históricas que possibilitaram a emergência do hospital como tecnologia médica. O autor data do final do século XVIII o nascimento desta instituição como instrumento terapêutico suscetível de produzir cura. Até então, o hospital e a medicina percorriam caminhos distintos, não havia a prática médica no hospital e nem a medicina era uma prática hospitalar.

Surge, portanto, um novo olhar sobre o hospital, que passa a ser um mecanismo de intervenção sobre a doença e o doente. E atenta-se para o fato de que os efeitos patológicos que possam ser produzidos por essa instituição devam ser corrigidos. “O hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele passa a fazer parte de um fato médico-hospitalar que se deve estudar como são estudados os climas, as doenças” (FOUCAULT, 1979a, p. 100).

Antes do século XVIII, o hospital configurava-se como um local de assistência aos pobres cuja função médica não aparecia. O pobre doente era visto como necessitado de assistência por ser pobre e como perigoso por ser portador de uma doença, sendo função do hospital tanto recolher o pobre, como proteger os outros do perigo por ele encarnado.

Quem atuava no hospital nesta época eram pessoas que tinham objetivo caritativo e religioso e que estavam ali para realizar obra de caridade e buscar a própria salvação. Configura-se, então, como um espaço que visava à salvação das almas dos pobres assistidos e dos que prestavam os cuidados. O hospital não era um instrumento de cura, e sim de exclusão, assistência e transformação espiritual. É importante ressaltar que grande parte das características encontradas no hospital nessa época assemelham-se às características da proposta da assistência hospitalar em cuidados paliativos. Nesse sentido, considero que o hospital de cuidados paliativos acoplou características apresentadas por Foucault (1979a) do hospital como lugar de assistência e do hospital médico.

Paralelamente a este movimento, a medicina não tinha em sua justificativa científica nada que se relacionasse a uma medicina hospitalar. As medicinas dos séculos XVII e XVIII, como assinala Foucault (1979a), eram profundamente individualistas. O médico era qualificado como tal pela própria corporação dos médicos, após um percurso que incluía compreensão de textos e transmissão de receitas. A formação do médico não incluía a experiência hospitalar.

O autor supracitado afirma que apenas em meados do século XVIII aparece o médico de hospital, que será mais sábio quanto mais experiência hospitalar tiver. A seguir, veremos como essa transformação se deu, como a medicina se transformou em uma prática hospitalar e como a medicalização do hospital ocorreu.

Foucault (1979a) indica alguns fatores ligados a essa transformação. O primeiro deles não foi, ao contrário do que se poderia pensar, a busca de uma ação positiva sobre o doente e a doença, mas, sim, da anulação dos efeitos negativos do hospital. Houve, neste período, um movimento que visava impedir que o hospital fosse foco de desordem econômica ou médica. Para tal, uma tecnologia política de gestão dos homens chamada disciplina<sup>12</sup> foi utilizada.

A introdução dos mecanismos disciplinares no hospital possibilitou sua medicalização. “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal

---

<sup>12</sup> “A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII” (FOUCAULT, 1979a, p. 105). Antes do século XVIII também encontramos exemplos de disciplina, mas estas aconteciam de modo isolado e fragmentado. O que Foucault (1979a) ressalta é o fato de que a disciplina se transformou “em uma nova técnica de gestão dos homens” (p. 105).

responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1979a, p. 109). Porém, se ao médico são confiadas estas mudanças é porque houve também uma transformação do saber e da prática médica.

Foucault (1979a) afirma que a medicina no final do século XVIII tem como modelo de inteligibilidade da doença a classificação botânica de Lineu. A doença passa a ser entendida como fenômeno natural, que se desenvolverá e terá características observáveis, como as plantas. Nela a doença é a natureza, mas uma natureza que vem da ação específica do meio sobre o indivíduo. “É uma medicina do meio que está se constituindo, na medida em que a doença é concebida como um fenômeno natural obedecendo a leis naturais” (FOUCAULT, 1979a, p. 107). A cura era na perspectiva da medicina do meio, dirigida por uma intervenção médica endereçada não mais à doença em si, como na medicina da crise, mas ao que a circunda, o ar, a água e a temperatura do ambiente.

Para Foucault (1979a), é o ajuste destes dois processos, a disciplinarização do espaço hospitalar e a mudança da intervenção médica que possibilitam o nascimento do hospital médico. Admitindo-se a hipótese do duplo nascimento do hospital pelas técnicas do poder disciplinar e pela intervenção médica sobre o meio, pode-se compreender várias características que o hospital possui, como a questão dos diferentes espaços a ele ligado, sua relação com o esquadramento sanitário da cidade, a distribuição interna de seu espaço, o lugar central do médico na organização hospitalar e a organização de um exaustivo e permanente sistema de registro.

### **1.3 A medicina moderna e a exigência da normalização**

Vimos que no final do século XVIII o hospital passa a ser local privilegiado do saber médico e de um certo olhar sobre o adoecimento, as doenças e as intervenções para a cura. Foucault (1979b), no texto “O nascimento da medicina social”, afirma que a medicina moderna ou científica, nasceu nesta época, com Morgani e Bichat, com o aparecimento da anatomia patológica.

Este autor explica que, com o capitalismo que se desenvolveu no final do século XVIII e início do século XIX, houve a passagem da medicina individual para a medicina coletiva, a partir da socialização do corpo enquanto força produtiva e de trabalho. Desse modo, enfatiza Foucault (1979b):

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo

é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1979b, p. 80).

Foucault (1979b) mostra que na sociedade capitalista o corpo é investido por mecanismos de controle. E a medicina moderna é uma estratégia de intervenção para atingir o corpo, a partir de um olhar biológico. A socialização do corpo que caracterizou o nascimento da medicina social se deu, segundo o autor, em três etapas: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Nos interessa, neste trabalho, o viés da medicina social urbana.

Na França, em fins do século XVIII, aparece a segunda etapa da medicina social, que tem como suporte a urbanização. As cidades francesas não eram organizadas como uma unidade territorial, estas eram “como multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais” (FOUCAULT, 1979b, p. 85). Questão que ganha visibilidade como problema com a necessidade de unificação do poder urbano. Duas razões para isto são apontadas por Foucault (1979b): a econômica, na medida em que a cidade se torna um importante lugar de mercado e de produção. E a política, pois com o desenvolvimento das cidades e o aparecimento de uma população operária pobre, crescem as tensões políticas no interior da cidade, surgindo a necessidade de um “poder político capaz de esquadrihar esta população” (FOUCAULT, 1979b, p. 86).

A medicina urbana consiste essencialmente em três grandes objetivos. O primeiro é realizar uma análise dos lugares de acúmulo e amontoamento no espaço urbano, tendo como um dos principais focos de intervenção os cemitérios, que nesta época eram espaços confusos onde se aglomeravam os mortos. É interessante notar que, neste primeiro objetivo da medicina urbana de análise das regiões de amontoamento, é o químico, enquanto estudioso das relações entre o organismo vivo e o ar, que fica encarregado de dizer quais mudanças devem ser realizadas na estrutura e localização dos cemitérios.

O segundo objetivo é o controle da circulação das coisas e dos elementos, principalmente da água e do ar. Era uma crença desta época a ideia de que o ar tinha efeito direto sobre o organismo. O terceiro objetivo consiste na organização das distribuições e sequências. Problematiza-se onde colocar os diferentes elementos necessários à vida comum da cidade, de modo a evitar contaminações e doenças endêmicas.

Esta medicalização da cidade foi importante por algumas razões. A partir da medicina social urbana, a prática médica entra em contato com as ciências extra-médicas. “A inserção da prática médica em um *corpus* de ciência físico-química se fez por intermédio da urbanização” (FOUCAULT, 1979b, p. 92). A medicina urbana, apesar de ser uma medicina do ar e das coisas,

e não dos homens e dos corpos, já delineava a noção de meio que os naturalistas do final do século XVIII desenvolveram.

A relação entre organismo e meio será feita simultaneamente na ordem das ciências naturais e da medicina, por intermédio da medicina urbana. Não se passou da análise do organismo à análise do meio ambiente. A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para a constituição da medicina científica (FOUCAULT, 1979b, p. 93).

Acompanhamos com Foucault (1979b) a constituição da medicina social urbana e sua relação com a formação da medicina moderna ou científica, que tem como modo privilegiado de intervenção e produção de saber o foco no corpo como organismo biológico.

Koifman (2001) nos ajuda nessa discussão ao pensar, a partir do nascimento da medicina científica, o modo como se deu a construção do modelo biomédico em saúde, que reduz o ser humano ao seu organismo biológico. Houve, com a medicina moderna, um deslocamento epistemológico da medicina como arte de curar indivíduos doentes para disciplina das doenças. A vida deixou de ser o objeto central da prática médica e o corpo humano passou a ser entendido como uma máquina. Essa ruptura se deu com a anatomia e “instaurou uma nova racionalidade médica, moderna, que tinha como traço fundamental o mecanismo fisiologista do período clássico” (KOIFMAN, 2001, p. 51).

Com essas transformações os hospitais passaram a ser organizados como espaços clínicos de uma ciência das doenças, entendidas como entidades patológicas, e o corpo humano como a sede dessas doenças.

Na anatomia clínica do século XIX, o aprendizado das doenças se fez não pela observação da vida, mesmo que em corpos doentes, mas em corpos mortos [...] Assim, a saúde passou a ser vista como ausência de doença e a cura passou a significar a eliminação dos sintomas (KOIFMAN, 2001, p. 51).

A partir de então, surge uma dissimetria entre a doença do doente e a doença da medicina, pois há nessa operação a expropriação da doença do corpo do doente e este serve apenas para exemplificá-la. Emerge a entidade doença como verdade científica.

O modelo biomédico, alicerce consensual da moderna medicina científica, entende o corpo humano como uma máquina que possui partes que se relacionam obedecendo a leis naturais. Os fenômenos biológicos deste funcionamento são explicados pela química e pela física e requerem inspeções regulares de especialistas para detectar possíveis irregularidades neste funcionamento causadas por agentes externos, ou por falhas regulatórias deste organismo que ocasionam doenças. Nesta abordagem as doenças apenas podem ser descobertas por métodos científicos e pelo constante avanço tecnológico (KOIFMAN, 2001).

Partindo do princípio, concernente a esse modelo, de que a saúde e a vida saudável emergirão automaticamente da ciência, os tratamentos médicos consistiriam em esforços para reestruturar o funcionamento normal do corpo, para interromper processos degenerativos, ou para destruir invasores... A concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica, à manipulação técnica (KOIFMAN, 2001, p. 54).

O hospital tem sido lugar privilegiado onde o avanço científico e tecnológico exibem suas maiores marcas através da sofisticação de técnicas e de equipamentos. “O hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções” (PITTA, 1991, p. 39).

Houve, nos últimos anos, um grande desenvolvimento dos aparatos tecnológicos no campo médico na tentativa de aprimorar a intervenção sobre as doenças, de produzir cura e prolongar o tempo de vida. Porém, essa incorporação da tecnologia pelo saber médico não se deu sem produzir inúmeros equívocos, efeitos colaterais e algumas iatrogenias. Para além das questões pensadas pela complexidade no campo da saúde por essas crescentes tecnologias, podemos ampliar essa discussão a partir da tese de Canguilhem (1966) sobre o normal e o patológico. Nesta, o autor questiona o funcionamento da prática médica fragmentária e organicista e “mostra que a racionalidade anatomoclínica, interessada em enumerar e classificar doenças, revelou-se insuficiente, pois excluiu aspectos importantes do adoecimento do indivíduo” (KOIFMAN, 2001, p. 55).

Ao contextualizar historicamente a produção da normalização, Canguilhem (1966) afirma que normal é o termo utilizado no século XIX para designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. Importada da geometria, a palavra “normal” aparece nas ciências da vida em 1759 e o termo “normalização”, em 1834. Ao realizar uma pesquisa etimológica do termo “normal”, Canguilhem (1966) nos mostra que norma é a palavra latina que quer dizer pôr de pé, endireitar, retificar aquilo que é reto e desviante.

Quando se sabe que *norma* é a palavra latina que quer dizer esquadro e que *normalis* significa perpendicular, sabe-se praticamente tudo o que é preciso saber sobre o terreno de origem do sentido dos termos norma e normal trazidos para uma grande variedade de outros campos (CANGUILHEM, 1966, p. 211).

Ele chama de polêmico o conceito de normal, que qualifica negativamente o que não cabe em sua extensão, embora dependa de sua compreensão para se definir. “Normar, normalizar é impor uma exigência a uma existência” (CANGUILHEM, 1966, p. 211) e excluir o que nela não se encaixa, agregando valor com base em um modelo ideal.

Ao problematizar o que ocorre quando se estabelece uma norma de precisão para a vida, que não é precisa, o autor rompe com a tese de uma essência normal do organismo. Em



confronto com os conceitos de normalidade e normalização, que trazem uma exigência de regularidade e reparo, Canguilhem (1966) cunha o conceito de normatividade vital. A normatividade da vida é a capacidade de produzir as próprias normas a partir da singularidade do vivo, pois a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível. Não é a vida que coloca o valor de normal, mas, sim, o olhar do especialista. “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Uma norma única de vida é sentida privativamente, e não positivamente” (CANGUILHEM, 1966, p. 109).

Canguilhem (1966) privilegia a variação e a criação em sua definição de normativo. É pela potência contida na normatividade vital que o organismo se singulariza e se diferencia dos outros organismos. O estabelecimento de uma norma única contraria a vida, que é movimento. A partir da lógica da normalização, é possível para as ciências biomédicas produzir categorizações e os diagnósticos e basear seus estudos e procedimentos primordialmente nestas definições, em tabelas e estatísticas. Fato que traz implicações para o humano.

A vida só tem sentido na pessoa humana individualizada. A abstração da doença leva a uma idealização da prática médica. Tudo se passa como se o médico aprendesse a discorrer sobre as doenças para esquecer o fato definitivo da morte. Esse esquecimento, porém, afasta a medicina de um aspecto essencial da natureza humana: a consciência da fragilidade, a certeza da morte (KOIFMAN, 2001, p. 55).

#### 1.4 A extrapolação do saber médico para os campos da vida

As dinâmicas atuais da instituição hospitalar, do saber médico e dos modos de produção de saúde estão baseadas, cada vez mais, em uma visão biologicista, organicista e diagnóstica voltada para a cura enquanto remissão de sintomas, desconsiderando-se nesta busca por padrões de normalidade, na maioria das vezes, a dimensão da singularidade do vivo.

A partir do nascimento da medicina moderna científica e da constituição do modelo biomédico como seu principal direcionador, acompanhamos a expansão desse olhar para os demais campos da saúde. Observo que há na contemporaneidade um modo de entender saúde que é atravessado pelo modelo biomédico. Neste modelo a saúde é entendida a partir de um ponto de vista biológico e há proposições de estilos de vida adequados.

Situar a construção histórica do modelo biomédico de saúde é importante para que se possa entender alguns efeitos recolhidos em minha prática que tocam algo que se (re)produz dentro deste campo discursivo de saber. Como a dissociação corpo e mente, a configuração individualista de homem e as ideias de controle sobre a natureza que ganham força com o nascimento das ciências modernas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Penso que há no modelo biomédico a tentativa de equivaler vida e saúde a partir de uma definição científica fundada no conhecimento médico, biológico e em parâmetros estatísticos. Porém, a busca pela definição de saúde restrita à noção de bom funcionamento do organismo humano produz inúmeras dissonâncias, pois deixa escapar a necessária inseparabilidade das condições concretas da vida.

A tentativa de definir saúde como um conceito científico deixa de lado o que não é conhecimento sistematizado, uma vez que leva em consideração somente constantes ou limites orgânicos produzidos pela ciência básica e pela estatística na determinação do estado da normalidade ao qual se atribui um estatuto semelhante ao de saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 11).

A delimitação por um conceito científico é a tentativa de objetivar e apresentar em palavras as características de um objeto ou de uma ideia produzindo generalização. Porém, ponto que os sentidos da saúde e da doença, na experiência de cada um, não podem ser inteiramente expressos pela linguagem. O campo da experiência vivida não corresponde às definições precisas e escapa à elaboração conceitual. O campo científico expressa as identidades e não as diferenças dos fenômenos que pretende explicar “é um modelo que busca ‘representar’ a realidade sem levar em conta suas singularidades” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 15).

A definição da doença na medicina moderna, como já visto com Canguilhem (1966), está relacionada à diferença estabelecida entre normal e patológico a partir de parâmetros quantitativos que visam à objetividade, mas que, por necessitarem de um ponto de corte que faça essa separação, implicam necessariamente um juízo de valor. Fatores que produzem uma idealização e um imperativo de como se deve ser. “Ao circunscrever saúde a ausência de doenças, concebidas a partir da normalidade de parâmetros quantitativos, desconsidera-se uma dimensão mais ampla que é da saúde como potência para lidar com a existência” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 12).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doenças ou enfermidades” (s/p). Conceituação esta que aponta para a idealização da vida, como se ela fosse alheia aos obstáculos implícitos ao viver, e que toca na ampliação do saber médico, para além das doenças, na direção de um controle sobre a vida e os modos de existir.

Considero que a concepção moderna de saúde traz em sua definição um paradoxo: exclui a dimensão de potência de lidar com a existência, ao mesmo tempo que traz o imperativo do completo bem-estar que apenas pode ser fornecido pelo saber do especialista. Assim, produz fechamentos em relação às soluções singulares que tocam a cada existência, pois ampliam a

ação dos saberes da saúde para além do organismo englobando o campo do comportamento e, muitas vezes, patologizando o que se diferencia do padrão esperado.

Assim, a vida privada, as relações humanas, a própria existência é, cada vez mais, modulada por prescrições e dispositivos da tecnologia médica. As conquistas tecnológicas impõem tal ordem de legitimidade de que passam a integrar as configurações do corpo em todas suas expressões, da gestação à morte. Os exemplos são inúmeros e extensivos a praticamente todas as esferas da vida: alimentação, sexualidade, reprodução, sono etc. As funções humanas são, na sociedade contemporânea, reguladas por diferentes especialidades do campo da saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO 2013, p. 19).

No texto “A política de saúde no século XVIII”, Foucault (1979c) complexifica essa análise ao apontar que a medicina “privada” e a medicina “socializada” do século XVIII compõem diferentes faces de um mesmo processo que revelam uma estratégia global. Este situa que o crescimento de um mercado médico com clientela privadas, a qualificação das intervenções médicas, a maior demanda de cuidados por parte da família e indivíduo e o nascimento de uma medicina baseada nos exames, no diagnóstico e na terapêutica individual, são pontos que compõem a emergência da grande medicina do século XIX. Porém, esses não se deram separados de uma política de saúde e do entendimento das doenças como questão política e econômica. Há nessa junção de oposição e apoio mútuo a realização de uma nosopolítica.

A nosopolítica não foi inventada no século XVIII, mas foi nesta época que se colocou em cena seu novo funcionamento. Fica, então, evidenciada uma entrada importante na era da nosopolítica refletida. “A nosopolítica, mais do que o resultado de uma iniciativa vertical, aparece no século XVIII, como um problema de origens e direções múltiplas: a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral” (FOUCAULT, 1979c, p.195).

Observo que há neste movimento descrito por Foucault (1979c) um imperativo que engloba a saúde como um dever para cada pessoa, ao mesmo tempo, que a coloca como um objetivo geral no campo social. Emerge no século XVIII uma nova função do exercício do poder: “a disposição da sociedade como meio de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade” (FOUCAULT, 1979c, p. 197). Porém, salienta Foucault, o exercício dessa função se deu por uma “polícia médica”.

A nosopolítica do século XVIII tem como uma de suas características o privilégio da higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social. Emerge nessa época, buscando a preservação e manutenção da força de trabalho, a noção de “população - com suas variáveis de números, de repartição espacial ou cronológica, de longevidade e de saúde” (FOUCAULT, 1979c, p. 198). Cria-se um projeto de tecnologia da população que engloba em

sua problemática a questão do “corpo”<sup>13</sup> - dos indivíduos e das populações - para tentar assegurar, ao mesmo tempo, sua sujeição e utilidade.

Entendo que, com fins de atingir o “corpo”, há a ampliação da noção de regime, anteriormente entendida como regra de vida e forma de medicina preventiva, para regime coletivo de uma população visando ao desaparecimento das grandes epidemias, à diminuição da taxa de morbidade e o aumento da expectativa média de vida. Emerge a higiene como regime de saúde das populações, o que implica certo número de intervenções autoritárias por parte da medicina.

A medicina como técnica geral de saúde, mas do que como serviço das doenças e arte das curas, assume um lugar cada vez mais importante nas estruturas administrativas e nesta maquinaria de poder que, durante o século XVIII, não cessa de se estender e de se afirmar. O médico penetra em diferentes instâncias de poder (...) Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo (...). E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (FOUCAULT, 1979c, p. 202).

Ao tratar da medicalização indefinida, Foucault (2010) afirma que, no século XX, a medicina começou a funcionar fora do seu campo tradicional, que seria definido pela demanda do doente, seu sofrimento, sintomas, por um “domínio de objetos denominados doenças e que dá um estatuto médico à demanda” (FOUCAULT, 2010, p. 180). A medicina responde a demanda dos doentes apenas em alguns casos limitados. Ao ir além das doenças, que era dito seu domínio, a medicina apresenta-se na atualidade como ato de autoridade que se impõe ao indivíduo, independentemente de que ele esteja doente. Ressalto que outra característica desta medicina é que o domínio de objetos de sua intervenção se refere a outra coisa que não as doenças. O objeto de medicalização não é considerado doença nem para o médico nem para o indivíduo.

No século XX, a saúde foi convertida em objeto de intervenção médica. E tudo que diz respeito à garantia da saúde do indivíduo - salubridade da água, condições de moradia, regime urbanístico, entre outros - foi abarcado pelo campo de intervenção médica. Há a invenção da sociedade da norma pelo saber médico.

De fato, a medicina de intervenção autoritária em um campo cada vez mais amplo da existência individual ou coletiva é um fato absolutamente característico. Hoje a medicina é dotada de um poder autoritário e com funções normalizadoras que vão bem além da existência das doenças e da demanda do doente (...) O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpetua distinção entre normal e anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade (FOUCAULT, 2010, p. 181).

---

<sup>13</sup> Aspas utilizadas pelo autor.

No entanto, salienta Foucault (2010) que desde o século XVIII a medicina já se ocupava de aspectos para além de seu campo tradicional, mas a peculiaridade encontrada na extrapolação do campo deste saber, no século XX, está ligada aos avanços científicos alcançados por esta e ao fato da “medicina dos últimos decênios (...) não ter mais campo exterior” (FOUCAULT, 2010, p. 183). Para Foucault (2010), na contemporaneidade, ao tentarmos recorrer ao terreno exterior à medicina, percebe-se que ele já foi medicalizado. Fato que leva o autor a afirmar que vivemos em uma época em que não há campo que seja exterior à medicina.

Zorzanelli e Cruz (2018) apontam que Foucault (2010), iniciada no século XVIII e presente até os dias atuais, indica a “extrapolação da ciência médica à vida como um todo, ou seja, não haveria mais exterioridade ao saber médico nem fenômeno que não pudesse ser descrito por meio da relação do corpo com a medicina” (p. 722). Os autores afirmam que o foco da questão da higiene pública, ligado à eliminação de doenças epidêmicas, deu origem à classificação dos que se enquadravam ou não dentro dos padrões dessa prática. Nesse contexto, a higiene e o funcionamento da medicina tornam-se representantes do controle moral e social. Há a ampliação dos objetos da medicina que adentraram o espaço social.

Com Foucault (2010) e Zorzanelli e Cruz (2018), afirmo que a medicina no século XX tem uma característica, ainda não prevista nos séculos XVIII e XIX, que é a intervenção em diferentes aspectos da vida humana. Na contemporaneidade a medicina passou a ocupar o campo social de modo mais generalizado com uma intervenção sem demanda específica, incorporada aos campos do humano indistintamente.

## 1.5 Cuidados Paliativos

No presente tópico serão elaboradas reflexões críticas sobre a relação da medicina moderna e da extrapolação do saber médico, trabalhadas nos tópicos anteriores, com a emergência dos cuidados paliativos a partir dos modos como a morte foi sendo incluída nesses discursos.

### 1.5.1 Morte e medicina moderna

Acredito que, com o desenvolvimento tecnológico e padronização da medicina, acompanhamos o crescimento de procedimentos cada vez mais invasivos que contribuem para o prolongamento da vida, como a possibilidade de reanimação cardíaca, alimentação e respiração artificiais. Avanços importantes que culminaram no aumento da expectativa de vida

e na redução da taxa de mortalidade, equivocando algo na relação do homem com a morte. O modelo biomédico ao lidar com a vida dentro de uma perspectiva das ciências exatas deixa como resto a concepção de que a morte é evitável.

Junto a essa questão, houve também ao longo da história uma mudança do homem moderno na relação com a morte. Menezes (2004) se refere à exclusão da morte e do moribundo no campo social como uma das características fundamentais da modernidade. A autora utiliza o conceito cunhado por Ariès (1981) de “morte moderna” para falar do deslocamento da morte das casas para os hospitais e da administração desta pelo saber médico. “A medicina, seu saber e sua instituição tornaram-se referências centrais no que se refere a saúde, vida, sofrimento e morte” (MENEZES, 2004, p. 28).

No século XX, assiste-se ao crescimento de uma medicina que tem a capacidade de criar e prolongar vidas, o que tensionou a definição da morte dentro deste saber e os princípios éticos que regem essa ação. O emprego de tecnologias para a manutenção da vida produziu alterações tanto no conceito médico de morte como no entendimento do processo de morrer. A morte deixa de ser caracterizada pela parada cardíaca ou respiratória e passa a ser avaliada pelo critério da morte cerebral e, a partir disso, produzem-se alguns questionamentos sobre o momento de se interromper os cuidados ou de aumentar os esforços para a reanimação (MENEZES, 2004).

Com o aparato tecnológico da medicina, houve uma complexificação do fenômeno da morte e o aumento do alcance do poder médico no que tange a questão morte e vida. Na lógica de um modelo de assistência em saúde que se propõe científico, impessoal, objetivo e asséptico produziu-se a morte hospitalar, medicamente controlada, silenciosa, isolada, inconsciente e escamoteada. E elegeram-se o hospital, mais especificamente o centro de terapia intensiva (CTI), como local privilegiado para a morte moderna.

Na “morte moderna”, este (o doente) é entregue às mãos do poder médico, com poucas possibilidades de acesso ao conhecimento do que se passa consigo e de possíveis opções terapêuticas. O falecimento de um internado em um hospital torna-se um evento eminentemente medicalizado, um processo inscrito em rotinas institucionais que privilegiam a competência e eficácia da medicina (MENEZES, 2004, p. 32-33).

Avalio que o silenciamento e reclusão da morte nos CTIs pode ser relacionado com a percepção de fracasso atrelada à morte pelo saber médico. Os constantes avanços da medicina moderna reforçam a ideia de precisão e controle sobre a vida. Há a tentativa de driblar algo que toque a finitude humana. “Para o médico e para o hospital, a morte tornou-se antes de tudo um fracasso: é, pois, conveniente que ela perca sua importância central e cesse de mobilizar recursos e energias” (MENEZES, 2004, p. 35).

Os questionamentos apresentados acima ajudam a refletir sobre o lugar do HC IV no cenário do Inca e sobre o silenciamento que esse afastamento produz frente aos limites do saber médico. Penso que o exílio da unidade de cuidados paliativos assume o importante papel para sustentar o aumento do poder do saber médico na instituição, na busca de controle sobre a vida e a morte e da economia mínima de investimento no que aponta para os equívocos deste saber. Cala-se na instituição a voz dos que são tidos como fracasso desse saber e reforça-se a ideia de que controlar a vida é possível.

### 1.5.2 A emergência dos cuidados paliativos

Inúmeros questionamentos ao redor do mundo surgiram acerca das possíveis iatrogenias realizadas pelo modelo biomédico em nome da cura ou da manutenção da vida. Dentre eles, o questionamento sobre os limites dos procedimentos invasivos realizados em pacientes que não apresentavam mais possibilidade curativa e que, muitas vezes, acabavam morrendo isolados e alheios às escolhas de seu tratamento. Por dedicar seus esforços aos órgãos doentes, há na medicina moderna um distanciamento em relação ao cuidado do doente. Desse modo, este fica excluído da possibilidade de definição acerca dos limites em seu tratamento e da autonomia no seu processo de morrer. “No modelo da ‘morte moderna’, o doente que está morrendo é silenciado: não participa das decisões referentes à sua vida, doença e morte” (MENEZES, 2004, p. 34).

Os cuidados paliativos emergem a partir das críticas aos excessos de uma medicina que presta uma assistência racionalizada, que produz grande quantidade de medicalização frente ao processo de fim da vida e que intervém na autonomia do doente em seu processo de finitude. Estes cuidados surgem como resposta às soluções dadas pela medicina moderna ao processo de morrer. A proposta dos cuidados paliativos passa por assistir ao moribundo até seu último dia de vida, prestando cuidados que visem compreendê-lo em sua integralidade, minimizar sua dor e outros sintomas físicos, seu sofrimento emocional e espiritual e suas limitações sociais. Além disso, inclui-se prestar cuidados a sua família, que é entendida como parte do cuidado, ou seja, paciente e família são entendidos como uma unidade de cuidados.

Dentro das críticas realizadas ao modelo médico moderno, encontra-se a falta de comunicação ou a comunicação inadequada entre o médico e o paciente como um dos dificultadores para que possam ser feitas as escolhas ao longo do processo. No ideário paliativista o indivíduo que está morrendo deve ter o controle de todos os momentos em seu processo de morrer, devendo exercer seu protagonismo e realizar suas escolhas a partir das

claras informações técnicas que recebe. Busca-se, para tal, que a comunicação seja assertiva, cuidadosa e sincera. Na filosofia dos cuidados paliativos acredita-se que pela boa comunicação entre o paciente, médicos, equipe de saúde e familiares que a morte seja vivenciada como a fase final de uma etapa.

Contraopondo-se ao modelo da “morte moderna”, eminentemente curativo, no qual o doente é despossuído de voz a nova modalidade de assistência valoriza os desejos do enfermo. O diálogo entre os atores sociais envolvidos no processo do morrer é central na proposta inovadora: uma vez explicitados os limites da ação do médico e dos desejos do doente, é possível a deliberação sobre o período de vida ainda restante, a escolha de procedimentos e a despedida das pessoas de suas relações- com o suporte de uma equipe multidisciplinar (MENEZES, 2004, p. 37).

Nas importantes discussões acerca da busca pela autonomia do paciente diante da condução de seu tratamento na fase final da vida, chama minha atenção que lhe seja pedido mudar de posição em relação ao modo como era convocado e lidar com seu tratamento de saúde. Pois, até então, ao paciente cabia aceitar o saber do especialista no tratamento a ser realizado; o sucesso do tratamento estava nas mãos do especialista. E a partir do momento em que algo nesse tratamento não alcançou o êxito esperado, cabem ao paciente a autonomia e as escolhas acerca de seu tratamento paliativo e da qualidade de vida.

Nessa operação, identifico que algo do fracasso diante do tratamento e do lidar com a morte ficam mais afastados do campo da medicina e são entendidos, sobretudo, como uma responsabilidade do paciente e da família. Principalmente se relacionarmos esse ponto ao que se discutia nos tópicos anteriores a respeito do modo como a medicina biomédica tenta desqualificar as soluções inventivas que cada um encontra para lidar com a relação corpo - saúde – doença e ratificar apenas o saber do especialista. Sendo assim, essa devolução para as mãos dos pacientes da autonomia e resolutividade para lidar com a doença no processo de finitude, me faz pensar se esse não seria também um movimento que tenta ocultar a morte do campo da medicina.

Em 1967, foi fundado em Londres, por Cicely Saunders, o primeiro *Hospice*<sup>14</sup> moderno, instituição de referência dos cuidados paliativos, novo modelo de assistência aos pacientes terminais. Desde então, esse novo modelo vem se difundindo em três planos distintos que se inter-relacionam. O primeiro plano seria o da divulgação e produção social do ideário paliativista em meios de comunicação mais amplos dirigidos à população em geral. O segundo está ligado ao nascimento dos cuidados paliativos como disciplina científica. E o terceiro plano, o do modelo da “morte contemporânea”, diz da implementação prática dos serviços de cuidados paliativos, pelos cuidados domiciliares, internação e ambulatório (MENEZES, 2004).

<sup>14</sup> “*Hospice* e cuidados paliativos são, essencialmente, a mesma coisa. Ambos os termos designam a filosofia de cuidar” (DOYLE, 2012, p. 22).



Atrelado a todos esses planos identifique um discurso comum que afirma o direito de morrer bem, com autonomia e dignidade. Com pano de fundo na cultura do individualismo, é cunhado o conceito de “boa morte” (MENEZES, 2004). O modelo da “morte contemporânea” divulga e busca a “boa morte”.

### 1.5.3 A definição da “boa morte”

Nos últimos anos houve uma extensa produção literária, em diversos países, que critica o modelo de “morte moderna” e que divulga o modelo de “morte contemporânea”. Há instruções práticas de como “morrer bem” e de relatos minuciosos de “belas e boas mortes” que visam auxiliar os doentes que estão morrendo e seus familiares, desconstruindo medos e ansiedades que podem advir com o processo. Nessas publicações escreve-se sobre a morte, os desejos dos pacientes e dos familiares frente à finitude, as tomadas de decisões, os sentimentos que aparecem ao longo do processo e apontam-se caminhos para avançar frente às possíveis dificuldades. Parte importante dessa literatura contém depoimentos de familiares e pacientes terminais (MENEZES, 2004).

Cotidianamente, identifique como ponto de relevância nesse contexto que a tomada de decisões por parte de quem está morrendo é ligada a três requisitos, sendo eles:

[...] o conhecimento do avanço da doença e da proximidade da morte, por comunicação da equipe médica; a expressão dos desejos e sentimentos do paciente para as pessoas de sua relação e, finalmente a escuta e atuação dos que cuidam dos doentes. O primeiro aspecto da “morte contemporânea” é a consciência do indivíduo da proximidade de sua morte (MENEZES, 2004, p. 40).

Nesse contexto, percebemos que cabe ao profissional de cuidados paliativos informar de modo claro o quadro clínico atual do paciente para ele e para a sua família. Ao profissional paliativista é designada a função de auxiliar nas resoluções de conflitos sociais, emocionais e espirituais, na mudança de sentidos difíceis atribuídos ao processo de morrer, nas organizações das pendências, entre outras atribuições. Como sinaliza Menezes (2004), bem como observo em minha prática, apesar da proposta de focar na autonomia e nas escolhas do doente, essas apenas são acolhidas se legitimadas pelos profissionais da equipe que acompanham o paciente.

Regidas pelo direcionamento da comunicação aberta, escuta e realização dos desejos do doente, as equipes em cuidados paliativos geralmente fornecem explicações detalhadas do que pode acontecer com o doente até seus últimos segundos, na expectativa de reduzir os temores relacionados à morte. Para que esse possa se organizar e, com os sintomas controlados, ter a

melhor qualidade de vida no tempo que lhe resta, pois “só se pode ‘morrer bem’ quando se vive intensa e expressivamente a última etapa da vida” (MENEZES, 2004, p. 42).

A morte é aqui entendida como parte de um ciclo que encerra a vida. E a etapa que a antecede é a última chance da realização de um trabalho existencial, de voltar-se para seu interior, de avaliação de sua história e da resolução das questões pendentes, necessário para alcançar a “boa morte”. Após a realização deste trabalho de interiorização, é esperado que o moribundo externar suas percepções e conclusões e que possa ser escutado, acolhido e reconhecido. “No novo modelo se apresenta a ideia de que o processo do morrer proporciona uma última oportunidade para que a pessoa se torne verdadeiramente autêntica, para que conheça sua identidade interior” (MENEZES, 2004, p. 43).

A “boa morte” está relacionada a uma morte com dignidade, mas, como aponta criticamente Menezes (2004), em nossa sociedade a categoria dignidade está relacionada às noções de individualismo, produtividade e autonomia, ligados a uma imagem de civilização. Apoiada em critérios biológicos, há nesse processo a ideia de controle sobre o corpo, sobre suas funções e sobre si. Morrer bem, nesse cenário, está ligado a um produto que deve ser entregue a partir da expressão de seu mundo interior. Há a exigência de produção até no momento de morrer.

A meta a ser atingida para se considerar que ocorreu uma “boa morte” é a entrega de um produto belo, de conclusão e fechamento do ciclo da vida. Para tal, é importante que o doente possa entender e aceitar sua própria finitude como parte de um processo. Preferencialmente de modo calmo, tranquilo, pacífico e civilizado, que remeta a beleza contida na morte.

Frequentemente, à imagem da ‘bela morte’ associa-se a ideia da ‘morte pacífica’, aliada à manutenção da identidade pessoal: a beleza está intimamente ligada às ideias de paz e harmonia. A ‘boa morte’ é produzida por quem está morrendo e o produto deve ser belo (MENEZES, 2004, p. 47).

A proposta dos cuidados paliativos de ser um saber que inclua o outro em sua totalidade, muitas vezes, coloca uma armadilha. Pois, ao contrário de abarcar ou incluir o paciente em sua integralidade e privilegiar sua autonomia, a busca pela totalidade produz fechamentos. Acredita-se que com a composição dos saberes pela multidisciplinaridade será possível dizer tudo de cada paciente e que nada sobre ele escapará. A partir de nossa experiência, identificamos que, na contramão de “dizer sobre”, esse somatório de saberes que se pretende total pode produzir silenciamentos.

Tais considerações me fazem indagar se a proposta dos cuidados paliativos, que critica a medicina científica, não realiza uma ampliação do saber médico. Na busca por incluir a

autonomia do doente, para que este possa atingir a “boa morte”, percebo que também o morrer é capturado pelo discurso médico. Não podendo vencer a morte, tenta-se prevê-la e controlá-la para que ela ocorra de modo mecanizado, com o desligamento silencioso do corpo e da alma sob o olhar do especialista. Minha hipótese é que a perspectiva dos cuidados paliativos está ligada à extrapolação da medicina (FOUCAULT, 2010), pois, neste saber, o que fica de fora é a singularidade, mas com a roupagem de que é o paciente exercendo sua autonomia, assim, se algo der errado é da responsabilidade dele.

Dando sequência ao trabalho, passaremos ao segundo capítulo no qual abordo as diferenças discursivas entre as posições da psicanálise e dos cuidados paliativos diante da morte, da cura, da relação corpo e organismo. Para tal, utilizei os conceitos psicanalíticos de inconsciente e pulsão e pensei sobre o lugar do analista na atuação em cuidados paliativos.

## 2 PSICANÁLISE E CUIDADOS PALIATIVOS

Una palabra no dice nada  
 Y al mismo tiempo lo esconde todo  
 Igual que el viento que esconde el agua  
 Como las flores que esconde el lodo...  
 Una verdad no dice nada  
 Y al mismo tiempo lo esconde todo...

*Carlos Varela*

Dando sequência à presente investigação, no segundo capítulo discorro sobre as contribuições da ética da psicanálise na atuação em cuidados paliativos, a partir da análise das diferenças discursivas entre a psicanálise e os cuidados paliativos diante das perguntas acerca da morte, da finitude, do corpo e do organismo. Para isso, recorro aos conceitos de inconsciente e de pulsão na psicanálise e trato do lugar do analista na instituição hospitalar de cuidados paliativos.

A emergência dos cuidados paliativos traz à tona importante discussão acerca dos excessos da medicina moderna e de seu olhar reducionista que considera apenas a doença e exclui o doente. Neste trabalho não questiono a importância dessa problematização. Porém, o que percebo em minha prática e a partir da leitura atenta das referências que fundamentam esse saber é que há nele a ampliação do olhar biomédico. Dito de outra forma, noto que o nascimento dos cuidados paliativos está ligado à extrapolação da medicina (FOUCAULT, 2010) para os campos da vida.

Para mim, os questionamentos levantados pelos cuidados paliativos são mais interessantes do que algumas de suas respostas, pois noto que parte do que é criticado não deixa de ser reproduzido no discurso dos cuidados paliativos. Lançando-me a seguinte pergunta, que foi trabalhada no presente capítulo: os cuidados paliativos não seriam uma tentativa de tamponar o furo próprio ao saber médico diante da impossibilidade de eliminar a morte e de controlar a vida? E quais as implicações para os envolvidos no processo (paciente, familiares e equipe) frente a essa tentativa?

### 2.1 Morte, psicanálise e cuidados paliativos

Para Pierre Malengreau (1995), no texto “Para uma clínica de cuidados paliativos”, a prática de acompanhar doentes terminais comporta o paradoxo de ser, ao mesmo tempo, antiga

e moderna. Antiga pelo fato da prática de tentar oferecer suporte ao mais real do sujeito, sua morte, acontecer desde a antiguidade. E moderna na medida em que o discurso dos cuidados paliativos “se constrói no ponto mesmo no qual o discurso da ciência é colocado em xeque” (MALENGREU, 1995, p. 87).

Os limites impostos por algumas doenças que, por diferentes razões, não respondem aos tratamentos médicos indicados e persistem em avançar, muitas vezes com sintomas refratários devastadores, colocam um impasse ao saber médico e tensionam a proposta da medicina científica que visa objetivar o funcionamento do organismo em parâmetros estatísticos, tal qual uma máquina. Ao se propor como um saber exato, a medicina moderna deixa como resto a suposição do controle da vida e produção da associação de que a imortalidade humana é possível e que em algum momento será atingida com o avanço tecnológico.

Contudo, não é difícil entender algo da captura que acontece nessa tentativa de resposta dos cuidados paliativos aos excessos da medicina. Quando se está inserido em uma unidade hospitalar, acompanham-se inúmeras situações de mortes de pacientes por descasos, por erro na administração de medicamentos, por falta de recursos tecnológicos e financeiros, entre outros, situações que poderiam teoricamente terem sido “evitadas” ou terem tido algum outro destino que não a morte.

Por outro lado, acompanham-se também pacientes que têm os corpos invadidos por procedimentos médicos que visam apenas impedir que estes venham a falecer, mesmo que não haja nenhuma proposta de tratamento ou possibilidade de retirar de seus corpos todas as máquinas que o mantêm vivo. “*Não será no meu plantão que ele(a) irá morrer*” (fala escutada de alguns médicos que trabalham em CTI ao longo do meu percurso).

Nas duas situações descritas acima, o que se evidencia é que, seja pela falta de recursos ou pelo excesso deles, é a questão da morte que fica escamoteada, pois há sempre uma justificativa que coloque a morte no campo da contingência. Nessas situações há sempre um terceiro a quem a falta é atribuída e que permite a simbolização da castração (NETTO; KERNKRAUT, 2019). Ou ela ocorreu por falta de recursos, ou não ocorreu pelo excesso deles, ou foi derivada desses excessos.

Ao lidar cotidianamente com situações como essas não é difícil ser atravessado pelos questionamentos do que poderia ter ocorrido de outra forma e de que a morte pode sempre ser evitada ou controlada, assim como pela ideia de que o que torna difícil o processo da morte é o modo como ela aconteceu. Cortinando algo do impossível que a morte traz à tona e da dificuldade em sustentar algo que não é suprimível, mas apenas suportado. “*Se tivesse acontecido de outra forma não teria sido tão difícil assim*”. “*Esse sofrimento da família é pelo modo como ele morreu*” (falas da enfermagem ao narrar um determinado falecimento).

É importante destacar que o modo como a morte se dá causa implicações e produz aumento no sofrimento dos envolvidos no processo, como, por exemplo, todos os impedimentos dos ritos de despedidas ocasionados pela pandemia de COVID-19. Porém, o que estou apontando aqui é que há um mal-estar ligado à morte. Era comum recolher falas de familiares dos pacientes do CTI cardíaco no qual atuei que atribuíam o difícil da perda de seu ente querido ao modo inesperado como ocorreu a morte. Diziam que se talvez tivesse ocorrido por uma *“doença com a progressão mais lenta, seria mais fácil”*, pois a *“pessoa vai morrendo aos poucos”*. É comum também escutar dos familiares dos pacientes da unidade de cuidados paliativos, no qual trabalho, que o difícil em perder o familiar foi por ter sido uma *“morte arrastada, por um adoecimento que vai matando a pessoa pouco a pouco”*, e que se talvez tivesse sido de *“modo mais abrupto, seria mais fácil”*. Essas falas indicam que há no próprio processo da perda e da morte uma dificuldade de lidar.

A morte como impossível a suportar, coloca ao sujeito a impossibilidade de lhe responder, de acordo com os meios que lhe são próprios [...]. A existência de cada um é feita de encontros com alguma coisa que não pode ser evitada, e é isso que a proximidade da morte real presentifica e mobiliza na estrutura subjetiva (MALENGREAU, 1995, p. 87).

Ao longo do percurso de trabalho em instituições de saúde também fui inúmeras vezes atravessada pelos questionamentos acerca dos modos de produção do cuidado e, claro, da produção do “não cuidado” que encontrei pelo caminho. Intrigavam-me as razões pelas quais se desconsideravam, grande parte das vezes, a dimensão do sofrimento do outro. A partir da atuação em hospitais, recolhem-se muitas falas sobre os efeitos e produções de sofrimento que o próprio processo de hospitalização acarreta e que cada hospital singularmente produz. Neste contexto, não é difícil que algo em torno da pergunta do sujeito fique encoberto pelas questões institucionais e pelos discursos da saúde e da medicina.

O hospital muitas vezes é atravessado por uma série de problemas e dificuldades que nos faz crer que uma melhor “organização” de seu funcionamento extirparia o sofrimento ali presentificado. Operação essa que desconsidera o sofrimento próprio ao humano no processo de adoecer e diante da morte e que tenta tamponar algo do mal-estar intrínseco ao processo.

Os cuidados paliativos criticam o modo como a morte é deixada de lado no discurso da medicina curativa e consideram que este tema seja ali um “tabu”. Na minha perspectiva, essa filosofia atribui todos os mal-entendidos que ocorrem no processo de comunicação da morte e da incurabilidade ao modo como a comunicação se deu. Falam da importância de uma comunicação assertiva e sincera sobre a morte com pacientes e familiares, para que estes possam ser protagonistas de seu tratamento até o fim da vida e para que possam resolver as questões pendentes. Acredita-se que “do silêncio, ocultamento e negação passou-se à colocação

da morte em discurso” (MENEZES, 2004, 37). E, a partir dessa inferência, foram criados protocolos de comunicação de más notícias para que os profissionais falem sobre a morte com seus pacientes de forma clara e segura.

Basicamente, a proposta dos profissionais de cuidados paliativos consiste em assistir o moribundo até seus últimos momentos, buscando minimizar tanto quanto for possível seu desconforto e em dar suporte emocional e espiritual a seus familiares. O ideal é que o indivíduo que está morrendo tenha controle do processo de morte, realizando escolhas a partir das informações sobre as técnicas médicas e espirituais que considerar adequadas. A palavra de ordem é a comunicação franca entre profissionais de saúde e pacientes [...] (MENEZES, 2004, p. 37).

Porém, como será visto mais à frente, Freud, em sua obra, e Lacan, em seu ensino, advertem que nem tudo é passível de ser simbolizado. E posso dizer que os mal-entendidos na comunicação não passam apenas pela necessidade de ajuste das palavras, ou seja, por mais que a comunicação seja “cuidada”, não há equivalência exata entre o que se fala e o que se escuta. Além do fato de que o modo como a notícia é dada, dizem alguns pacientes, não tira dela seu fator de “má notícia” e nem a particularidade com que cada um poderá recebê-la. Menos ainda, o trabalho singular que cada um terá que realizar para lidar com ela, como podemos observar nas falas abaixo dirigidas a mim.

*“Sabe o que é? Eles não entendem. Por mais que falem com jeitinho... o que está sendo dito é que vou morrer... e para isso não tem jeitinho que dê jeito”.* (Paciente Ezequiel<sup>15</sup>).

*“Eu falei, eu expliquei tudo direitinho com a maior calma, mas eu acho que ela não entendeu. Pois disse para mim que ‘ok’ o que eu falei, mas que sabe que vai ficar boa e que será curada”* (Profissional médico).

*“Eu já expliquei inúmeras vezes para ele (paciente) que ele não vai mais andar, e mesmo assim, todo dia ele pergunta para todo mundo se vai andar. Acho que ele não quer é entender”* (Profissional médico).

Não é possível que ela não entenda que a filha está morrendo, eu já expliquei para ela de modo claro. Bia (meu nome), eu acho que ela está sofrendo tanto, que ela não tá dando conta de entender. Eu explico para ela, ela sabe me responder tudo direitinho que eu falei, sabe até reproduzir minha fala, mas sei lá, minha sensação é que ela não escuta nada do que eu digo, exatamente para não interferir no que ela acredita” (Profissional médico).

Essas falas mostram algo dessa discrepância que a linguagem comporta na relação com o humano, descortinada pela psicanálise desde seu início. Freud, fundador da psicanálise, a partir da escuta das histéricas, faz a revolucionária descoberta do inconsciente e equivoca a equivalência atribuída, até então, entre psíquico e consciente. Essa descoberta fundamental situa uma nova concepção do humano, dos processos psíquicos e do sofrimento mental e

---

<sup>15</sup> Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

inaugura uma forma específica para abordá-los. A história do conceito de inconsciente confunde-se com a própria história da psicanálise, pois este estaria na base do seu surgimento.

## 2.2 O inconsciente, pulsão e os cuidados paliativos

E quando alguém me pergunta  
 Como se faz pra nadar  
 Explico que eu não navego  
 Quem me navega é o mar  
 Não sou eu quem me navega  
 Quem me navega é o mar (...)  
 A onda que me carrega  
 Ela mesma é quem me traz (...)

*Paulinho da Viola*

No artigo metapsicológico “O Inconsciente”, Freud (1915a/1996) mostra que a equivalência entre psíquico e consciente é equivocada e baseada na superestima dada à consciência e defende a tese da existência de processos psíquicos inconscientes. A partir de sua descoberta, Freud demonstra que os processos inconscientes se produzem à margem da consciência e independem dela e desaloja a consciência do lugar central do psiquismo. O inconsciente freudiano coloca em cena a noção de um sujeito dividido, que comporta a ausência de um eixo ordenador no qual os processos psíquicos se centrariam.

Em “Uma dificuldade no caminho da psicanálise”, Freud (1917/1996) escreve que, como é sabido, a psicanálise preocupa-se com o esclarecimento do que ocasiona os processos de adoecimento psíquico. Porém, o modo como este aborda a questão é pela “vida pulsional na mente” (FREUD, 1917/1996, p. 147) e as hipóteses sobre as pulsões do homem formam a base da concepção de doença nervosa na psicanálise. Freud ainda salienta que o modo como a psicologia é ensinada academicamente fornece-nos respostas bastante inadequadas às questões que dizem da vida mental, principalmente no que concerne às pulsões.

A libido é definida por Freud (1917/1996) como a força pela qual a pulsão sexual está representada na mente, como todas as tendências eróticas e como toda capacidade de amar. A partir da análise entre o embate das forças de autopreservação do eu e as pulsões sexuais, Freud explica que no início do desenvolvimento do homem toda sua libido estava vinculada ao próprio eu. E apenas a partir da ligação desta à satisfação das primeiras necessidades vitais, que a libido



flui do eu para os objetos externos. Sendo assim, possível para a libido desvincular o investimento nos objetos e regressar para o eu. Essa mobilidade da libido é apontada como necessária para um equilíbrio da vida mental. Freud denomina a condição em que o eu retém a libido como narcisismo.

Assim, na nossa concepção, o indivíduo progride do narcisismo para o amor objetal, não cremos, porém, que toda sua libido passe do eu para os objetos. Determinada quantidade de libido é sempre retida pelo eu; mesmo quando o amor objetal é altamente desenvolvido, persiste certa quantidade de narcisismo. O eu é um grande reservatório, do qual flui a libido destinada aos objetos e para o qual regressa, vinda dos objetos. A libido objetal era inicialmente libido do eu e pode ser outra vez convertida em tal. Para completa sanidade, é essencial que a libido não perca essa mobilidade plena (FREUD, 1917/1996, p. 149).

Para Freud, o narcisismo universal dos homens sofreu três importantes golpes das pesquisas científicas, sendo eles: o primeiro, denominado golpe cosmológico, pela teoria do heliocentrismo de Copérnico, no século XVI, que, ao afirmar que a Terra girava em torno do Sol, e não o contrário - como se acreditava - retira da Terra o lugar de centralidade no Universo.

O segundo golpe, o biológico, a partir da teoria evolucionista de Charles Darwin, que defendeu a descendência entre as espécies por processos de mutações, que coloca a origem do homem no mesmo plano dos outros animais, retira sua pretendida superioridade e equivoca sua acreditada ascendência divina.

E o terceiro golpe, de natureza psicológica, e talvez o que mais fira o narcisismo do homem. As descobertas de Freud de que os processos mentais são, em si, inconscientes e que só atingem o eu de forma parcial e incompleta, e que as pulsões sexuais não podem ser inteiramente domadas, retiram da consciência a centralidade da organização e controle da vida mental. Acreditava-se que a vida mental era idêntica à consciência, produzindo-se a ideia de que sabemos de todos os processos que se passam na mente e que, a partir da vontade, dirigida a essas informações, o eu era ordenado.

Essas duas descobertas de Freud “equivalem, contudo, à afirmação de que *o eu não é o senhor da sua própria casa*” (FREUD, 1917/1996, p. 153, grifo do autor), apontando, assim, a complexidade que implica o psiquismo, que é inconsciente, investido por pulsões, atravessado por processos independentes, múltiplos, antagônicos e incompatíveis entre si e sobre cujas determinações sabemos apenas parcialmente. “Se há desejo, diz Lacan, é por haver inconsciente, isto é, linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos, e que há sempre algo no nível da linguagem que está para além da consciência” (QUINET, 1988, p. 12).

A descoberta do inconsciente constitui um momento importante que fundamenta o que concerne ao conceito de sujeito na psicanálise, demarcando uma fronteira entre uma teoria do

sujeito e uma teoria do indivíduo. O conceito de inconsciente separa a psicanálise e a filosofia racionalista e as correntes psicológicas que dela derivam (BARRATO, 2002).

Barrato (2002) afirma que a visão da consciência como sendo ordenadora dos processos mentais e a crença da atividade consciente apreendendo-se através do movimento "reflexivo" foram aceitas por muitos teóricos ao longo dos anos. “O sujeito racional é aquele capaz não somente de pensar, mas, sobretudo, é o que se mostra apto a apreender-se a si próprio como um ser pensante. Este foi o passo inaugural dado por Descartes na célebre formulação ‘Penso, logo sou’” (BARRATO, 2002, p. 159). A partir de Descartes, instaura-se ao sujeito o ato de pensar desde a consciência, este torna-se uma “substância pensante”, que tem na consciência sua morada e como atributos a racionalidade, intencionalidade e autonomia.

Freud, ao subverter, com a descoberta do inconsciente, a concepção clássica de sujeito do conhecimento, tal como inaugurada por Descartes, põe em cena uma dupla revolução. Primeiramente, ao afirmar que o inconsciente pensa, Freud desaloja a consciência como sede privilegiada do ato de pensar, alterando assim o privilégio concedido aos pensamentos racionais. Em segundo lugar, promove uma ruptura tópica ao asseverar que o ser e o pensar não se situam no mesmo lugar. A não-convergência tópica entre o ser e o pensar faz com que o sujeito freudiano seja marcado por uma irremediável cisão. [...] Para Freud, os processos de atividades mentais não se ordenam em torno da função da consciência, logo, esta não pode ser homologada ao psíquico. É verdade que a consciência faz parte do psíquico, contudo, não o totaliza (BARRATO, 2002, p. 159-160).

Freud coloca em pauta a existência de uma ordem psíquica de estatuto inconsciente, lançando luz ao fato de que o humano é atravessado por processos de pensamentos que se produzem à margem da consciência e que são regidos por leis lógicas que diferem das que regem os processos racionais conscientes de pensamento. Aponta, assim, para a impossibilidade de haver ali uma síntese, uma univocidade, gerada e mantida pela consciência. “O sujeito freudiano é habitado por pensamentos e desejos que nele operam à revelia de qualquer controle racional” (BARRATO, 2002, p. 160).

As formulações acerca do inconsciente se deram ao longo de um percurso na obra freudiana e sofreram alterações a partir das emergências dos conceitos de fantasia, trauma, pulsão de morte, recalque, entre outros. Em sua primeira tópica, Freud realiza a formalização conceitual do inconsciente e confere-lhe contornos teóricos que permitem demarcar a especificidade que o inconsciente tem na psicanálise. Nesta tópica ele concebe o aparelho psíquico sendo composto por três sistemas: o inconsciente, o pré-consciente e a consciência, e regidos pelas leis da condensação e do deslocamento, leis universais que operam sobre representações singulares.

O inconsciente apresentado por Freud na primeira tópica é construído inteiramente pelo processo de recalque. A partir do recalque primário, a pulsão “encontra uma primeira

expressão psíquica” (FREUD, 1940[1938]/1996, p. 156). É introduzido no registro da representação a pulsão, assim, o psíquico é o lugar que, por receber os representantes da pulsão, inaugura os processos inconscientes. Esse fato inaugural da representação da pulsão nos aponta, de saída, a impossibilidade de conceber o inconsciente freudiano como inato e orgânico.

Barrato (2009) sintetiza as elaborações freudianas presentes na primeira tópica da seguinte forma: o inconsciente é um sistema constituído por representações associadas entre si, este seria a verdadeira instância na qual os pensamentos se produzem, e esses pensamentos podem encontrar um meio de sua expressão pela via simbólica da palavra.

Em “Algumas observações sobre o inconsciente” (1923/1996), artigo que anuncia o texto “O eu e o isso” (1923/1996), Freud afirma que na primeira tópica o inconsciente apresentava as seguintes formas de uso: a descritiva, que atribuía uma qualidade específica a um estado mental, e a dinâmica, que atribuía uma função específica a um estado mental. A partir da sua segunda tópica, Freud realiza uma revisão teórica e introduz uma terceira forma de uso do inconsciente definida como “não participante” (BARRATO, 2002). Essa terceira forma de uso indica que o recalcado não totaliza o inconsciente.

Ao definir que o inconsciente não se equivale ao sistema de representações recalçadas, Freud cunha a segunda tópica, com as instâncias tópicas do isso, eu e supereu, estabelecendo ainda as relações que estas têm com o inconsciente, tal como formulado na primeira tópica. A partir da definição de que ser inconsciente não é exclusivo do pólo pulsional, Freud designa com nome de isso o lugar da pulsão. A segunda tópica reafirma a supremacia conferida aos processos inconscientes, “acrescido agora do fato de que, ao lado dos representantes da pulsão presentes no *isso*, o inconsciente abriga ainda um conjunto de representações provenientes de identificações constitutivas das instâncias narcísicas” (BARRATO, 2002, p. 167).

### 2.3 O lugar do analista em cuidados paliativos

Eu queria falar com você, te contar o que aconteceu.

É que conversar mesmo, assim de mim, eu só converso com você.

Aos outros, que vem aqui, eu só respondo as perguntas mesmo.

*Fala de paciente*

É que pra você eu posso contar o que aconteceu de verdade.

Para os outros aqui eu contei a história meio mudada.

*Fala de paciente*

A psicanálise, ao inserir algo da impossibilidade na comunicação, pela noção de inconsciente e por seu posicionamento diante da falta, traz importantes contribuições no campo de atuação dos cuidados paliativos. Observo que este campo atribui todos os dissensos e percalços da comunicação à cognição, à capacidade de entendimento e à forma de falar. Em minhas trocas com a equipe nas discussões de caso recolho efeitos dessa transmissão da psicanálise. Como observa-se nestas falas dirigidas a mim:

Bia (meu apelido) eu preciso falar com você de um paciente, eu já entendi que você não vai resolver, mas eu não sei mais o que fazer com ela, nada do que eu passo (medicamentos) tira a dor dela, já estou com as medicações na dose teto, fico angustiada toda vez que tenho que ir lá, porque não tenho mais nada para oferecer pra ela, e conversar com você me ajuda a sustentar alguma coisa pra eu ir lá (profissional médico).

Eu estava achando que ele não estava entendendo, estava perdendo a paciência de explicar, pois não é possível que ele não entendesse, mas aí conversando com você eu pensei que talvez não é que não estivesse entendendo, mas talvez fosse muito sofrimento para ele lidar... sendo sincera com você nem eu consigo ir lá e ficar vendo e escutando aquele sofrimento todo, quem dirá vivê-lo (profissional médico).

*“É que você é uma psicóloga diferente. Tem uma postura diferente. Não vai lá fazendo... escuta antes... Acho que isso ajuda bastante os pacientes e até a gente”* (profissional da enfermagem).

Essas falas nos ajudam a pensar que o que “não será resolvido, mas precisa ser falado”, o “diferente”, diz sobre um posicionamento diante do saber ligado ao lugar do analista. Como percebo no meu trabalho como psicanalista no hospital na clínica de cuidados paliativos, a minha contribuição ali não passa pela soma de um saber a mais, ou, como diz Malengreau (1995, p. 87), “um a mais de saber”.

Como discutido ao longo deste trabalho, noto, a partir da literatura de referência da filosofia dos cuidados paliativos e da minha atuação nesse campo, que a resposta desta filosofia frente à medicina curativa implica acreditar que, através de alguns “ajustes no saber”, o sofrimento dos pacientes diante da morte pode ser controlado ou até mesmo prevenido. Podemos notar isso, por exemplo, nessa fala de um profissional da unidade a respeito de como ele entende os cuidados paliativos diante da prevenção e alívio do sofrimento existencial: “É importante falar sobre a incurabilidade porque aí o paciente já vai trabalhando o luto e aceitando melhor sua morte, aí ele não sofre tanto”.

Malengreau faz uma importante análise sobre o lugar do psicanalista na clínica dos cuidados paliativos, afirmando que a atuação nessa clínica confronta os ditos profissionais de saúde com os limites de seu saber e de seu poder, visto que essa prática se inscreve em um movimento maior que percebe o mal-estar na civilização ganhar formas marcadas pelos limites

do discurso científico. O autor faz uma leitura da etimologia do termo cuidado paliativo: “paliativo vem do latim *palliare*, que literalmente significa encobrir com um manto, e por extensão, cobrir um mal que não encontra verdadeiro remédio” (MALENGREAU, 1995, p. 87). Segue afirmando que os atendimentos em cuidados paliativos se referem a “um impossível de suportar” (MALENGREAU, 1995, p. 87), pois trata-se de buscar meios para lidar com algo que não pode ser evitado. Motivos pelos quais faz a reflexão de que a incidência da ética nessa prática deve ser fundamental, para orientá-la e para determinar as escolhas técnicas que devem prevalecer, a cada vez. O risco é de que se responda a esse “impossível de suportar” (MALENGREAU, 1995, p. 87) pelo lugar do saber do especialista.

A partir dessa colocação e da minha experiência de trabalho no hospital, entendo que é exatamente deste lugar de especialista que os cuidados paliativos respondem ao impossível da morte. A proposta do atendimento multidisciplinar, ponto crucial desta filosofia, visa atingir pelo somatório de saberes a completude do paciente paliativo. Identifico como direcionamento no trabalho em cuidados paliativos a busca por entender o paciente em suas dimensões biológica, social, psicológica e espiritual e por resolver as pendências em todas essas dimensões da vida, para que não haja nenhuma falta. Podemos afirmar que, a partir da teoria psicanalítica, o que fica encoberto pelo manto paliativo é a castração, da qual esse nada quer saber. Desse modo, digo que, na tentativa de organizar o que e como fazer diante da morte, o que permanece de fora do discurso dos cuidados paliativos é o mal-estar do encontro com a finitude.

É importante ressaltar que houve um grande avanço que os cuidados paliativos produziram em termos de controle de sintomas, redução de situações entendidas como de maleficência, de possibilitar que os pacientes que ali se encontrem possam falar sobre o que lhes acometem, entre outros. Mas, do ponto de vista de um psicanalista, algumas questões se levantam, como as implicações causadas para os pacientes pelo aumento do poder médico em outros campos da vida e da produção de especialismos até para o momento da morte. Além disso, há a produção de silenciamentos pelo modo generalizado com que a busca pelo controle sobre o morrer, a dignidade do morrer, a boa morte, o bem, tratam as questões que tocam a singularidade.

Através da experiência de trabalho e atravessada pela teoria psicanalítica, o que posso apreender é a importância de sustentar a escuta do paciente, ao invés de dar a ele respostas prontas frente ao imponderado da vida. A oferta da escuta para aqueles que se deparam com a notícia da incurabilidade é importante pelo modo como o real se impôs ali, sem recobrimentos. Minha aposta é que algum bordejamento seja possível frente à angústia suscitada pelo encontro com o real da doença e da finitude.

Em 2009, finalizei a residência do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) e iniciei a especialização em formato de residência do Inca. Logo em seguida, comecei a trabalhar como psicóloga em um hospital do estado do Rio de Janeiro. Nesse hospital, eu me surpreendia a todo tempo com alguns absurdos e me perguntava: “como pode isso acontecer?”. Questionamentos que estavam ligados ao fato de que grande parte da equipe do hospital era plantonista. Desse modo, não havia equipe de referência para os pacientes e estes se sentiam, como muitos diziam, “largados/abandonados”.

Ali conheci José, paciente internado na clínica médica com diagnóstico de câncer avançado. Algumas pessoas da equipe teriam dito para ele que havia uma psicóloga no final de semana que trabalhava no Inca. José, então, pediu para ser atendido pela psicóloga que era do Inca. Assim, chega a mim essa demanda de atendimento a José. Quando entro na enfermaria para atendê-lo, ele me recebe muito contente e diz: “*eu gostaria muito de ter sido atendido pelo Inca, mas eu não fui aceito. Mas agora parte do Inca veio aqui me atender*”. Explico para José que eu era aluna de especialização na unidade de ginecologia do Inca. Ele, em tom de brincadeira, diz: “*Que pena. Senão você poderia me levar para lá*”.

José teve seu câncer diagnosticado, já em estágio avançado, durante uma cirurgia que estava realizando por estar investigando outra doença. Durante a cirurgia, notou-se um extenso câncer metastático, do qual foi possível remover apenas uma parte. Na sequência, José foi encaminhado para realizar tratamento quimioterápico na oncologia. A proposta de tratamento de José era para controle da doença, pois não havia mais possibilidade de cura. Ao me relatar esse acontecimento, José faz referência ao fato de não ter sido aceito pelo Inca, pois já haviam “*mexido em seu câncer*”. A partir do sistema de regulação hospitalar, José foi encaminhado para esse hospital no qual estava internado pelo agravamento dos sintomas.

José relata que aguardou meses para conseguir a vaga no hospital para iniciar seu tratamento com quimioterapia, mas que, para sua decepção, se deparou com o fato de que o hospital para o qual havia sido encaminhado não contava com um setor de oncologia estruturado, motivo pelo qual José ainda não havia iniciado a quimioterapia, e não tinha previsão para iniciar.

A internação de José já dura quase dois meses e, com o passar dos dias, seu estado de saúde se agrava muito. Ele sempre solicitava os atendimentos da psicologia nos dias em que eu estava de plantão. Pedia que eu retornasse para que ele pudesse continuar e me “*contar sua história*”. Em um sábado, quando chego à sua enfermaria, ele estava gritando de dor e em meio a sua agonia me diz: “*Ana (meu nome), me ajuda, eu não aguento mais de dor. Fala com a médica. Ela não veio aqui ainda*”. Em um movimento como que “desesperado” diante de tal

cena, vou em busca da médica, que me diz não saber o que fazer para controlar a dor do paciente e que, apesar da unidade estar se tornando referência para tratamento de câncer, ainda não conta com recursos e profissionais capacitados para tal. Comenta sobre sua tentativa de transferir o paciente para outro hospital, mas que não conseguiu devido a unidade ser cadastrada para o tratamento, mesmo sem tê-lo ainda, e fala que tentará otimizar a analgesia de José. Ao fim do plantão de 12 horas, José diz estar se sentindo um pouco melhor e agradece a disponibilidade e por escutá-lo, pedindo que eu retorne no dia seguinte.

No domingo, José oscilava entre momentos de confusão mental e de orientação. E em uma de minhas idas até seu leito, este olha para mim, segura minha mão e diz: “*Ana, me tira daqui. Eu estou sofrendo muito... me leva para o Inca. Pode ser o Inca da mulher mesmo*”. Sem ter uma resposta possível, em silêncio, apenas olho para José, que após uma pausa me diz: “*mas obrigado, Ana, por vir mesmo assim. Obrigado por me ouvir*”, e me pede para chamar seu filho que estava como acompanhante. Quando o filho entra na enfermaria, José diz: “*Essa é a Ana, ela é a minha psicóloga. Ela vem lá do Inca para me ouvir. Conversa com ele, Ana, sobre aquelas coisas que te falei*”. E esse foi meu último atendimento a José, que faleceu no dia seguinte, sofrendo e com a dor mal controlada.

Esse caso que acompanhei há doze anos ainda me traz muitos questionamentos. Na época em que aconteceu, muitas de minhas perguntas giravam em torno de um processo de morrer não cuidado e das faltas de recursos institucionais mínimos para o tratamento. Principalmente por estar atuando, ao mesmo tempo, em duas instituições do Sistema Único de Saúde (SUS) que dispunham de recursos tão discrepantes. Indagava-me se o destino de José teria sido outro se ele tivesse sido encaminhado para uma instituição do SUS com mais recursos. Impressionava-me que duas instituições dentro do SUS dispusessem de recursos tão diferentes. E indignava-me que uma unidade hospitalar fosse cadastrada no sistema de regulação para um tratamento que ela ainda não podia oferecer.

Percebo que, na época em que se passou essa situação, fui atravessada por uma sensação de impotência que dificultou a leitura sobre o lugar do analista no hospital. Pois a escuta de José, que foi difícil de sustentar, e esses questionamentos sobre as desigualdades do sistema de saúde brasileiro foram tratados por mim como sendo a mesma questão, não incluindo a singularidade de José.

A ênfase que dei sobre o que poderia ter sido diferente se o nosso sistema de saúde não fosse desigual me fez acreditar que todo o sofrimento que José enfrentava naquele momento de sua vida estava ligado apenas a esse ponto. Somente após minha entrada no HC IV, seis anos depois, percebi que a leitura feita por mim do caso, na época em que ele ocorreu, era parecida

com a que os cuidados paliativos fazem em relação à morte e ao morrer. Foi nesse “só depois”, conforme fui caminhando em minha formação na psicanálise, que pude me dar conta de que essa leitura não incluía o mal-estar próprio aos limites impostos pelas doenças, pela morte e pelas contingências da vida.

Os questionamentos que tenho em relação às iniquidades produzidas pelas desigualdades sociais e do sistema de saúde brasileiro permanecem, assim como a busca diária pela construção e defesa do SUS. Porém, esses não mais se confundem com a sustentação da minha escuta de analista no hospital. Muitas elaborações me foram necessárias ao longo desses anos e a psicanálise é uma importante ferramenta para ampliar a leitura, por vezes reducionista e limitada, que a atuação em uma unidade pública hospitalar pode produzir.

Alguns anos foram necessários para que a releitura desse caso fosse possível para mim. Ao visitar as anotações feitas do caso na época, percebo que José pôde, de alguma forma, ser escutado para tentar dar contorno a algo da angústia que aquele momento tão intenso lhe propiciava. Este sempre pedia para eu voltar e, ao falar de sua história, disse que queria repensar a relação com o filho. Falava que a relação deles não era boa e que sempre brigavam, principalmente por ser José “*muito ríspido, durão e exigente*”. Disse que nunca conseguiu entender o filho e que o filho talvez nunca o tenha entendido, pois eram muito parecidos. “*E sabe como é, Ana, dá choque*”.

Em um dos atendimentos mencionou que não queria que o filho o visse assim, tão “frágil”, motivo pelo qual não permitia a ida do filho ao hospital. Tinha esperanças de que iria para casa de alta hospitalar e que poderia conversar com o filho em casa. Após alguns atendimentos, afirmou que nossas conversas o ajudaram a “*ter coragem de pedir ao filho para vir ao hospital*” e que também gostaria que o filho me conhecesse. José pede ao filho que venha ao hospital e este vai para ficar como acompanhante naquela que seria sua última semana de vida.

Após me apresentar ao filho e pedir para eu conversar com ele, José olha para o filho e diz: “*conversa com a Ana, ela me ajudou a rever algumas coisas de como eu era. Nós somos muito parecidos, e esse meu jeito me fez sofrer muito. E eu não quero que você sofra assim*”. Revisitar esse caso ajudou a apreender que a psicanálise nos ensina que a clínica não é possível sem incluir os limites próprios da experiência do ser falante e que as perguntas sobre acolhimento, autonomia, cuidado, são importantes em um serviço de saúde, mas não dão conta da problemática que implica o sujeito.



## 2.4 Cura e controle da morte

“Os paliativistas se distinguem dos colegas pela aceitação da morte e seu diferencial consiste na habilidade de controlar as contingências do processo de morrer” (MENEZES, 2004, p. 123). Assim Menezes descreve criticamente, em seu livro, o que é apresentado pelo discurso dos cuidados paliativos como seu grande diferencial em relação à medicina moderna. Por minha análise, posso dizer que isso constitui um importante paradoxo, pois os paliativistas, como colocado acima pela autora, buscam compreender a morte como um processo natural, mas, ao mesmo tempo, acreditam ser possível controlar o modo como o processo da morte se dará. O que me faz inferir que, nesse discurso, o que é chamado de aceitação da morte deixa de fora qualquer mal-estar que a morte possa causar.

Uma outra forma de falar sobre isso é afirmar que a morte, dentro da maneira como é considerada pelos cuidados paliativos, inclui apenas a morte do organismo. É como se os paliativistas dissessem: “ainda não podemos te impedir de morrer, mas podemos te garantir que sua morte seja dentro de um esperado definido pelo escopo da medicina”. Ora, mas não é a morte exatamente esse acontecimento sem garantias?

As ideias que foram acima colocadas acerca dos ditos da medicina, sobre a inevitabilidade da morte e de seu controle, atravessam e têm implicações em todos aqueles que participam da instituição hospitalar, não só os profissionais, mas também os pacientes e os familiares, como tem sido possível observar no meu trabalho através da minha escuta.

O diagnóstico de câncer nem sempre é simples, pois muitas vezes a doença se comporta de forma silenciosa sem manifestar sinais ou sintomas significativos. Não sendo incomum aos pacientes que chegam ao HC IV terem descoberto a doença já em fase avançada. Escutando a difícil notícia de que sua doença já se encontrava em estágio avançado, como vemos nesses relatos de diferentes pacientes ao me contarem como receberam o diagnóstico do câncer:

*“Esse seu câncer é muito antigo, tem pelo menos uns 20 anos”. “Essa doença já tomou outros órgãos do seu corpo, é muito grave”. “Esse câncer não é novo, por isso está desse tamanho”. “Sua doença não tem mais cura, tentaremos controlá-la”. “Não temos como retirar a doença, você terá que conviver com ela”. “Seu câncer é muito agressivo e já foi descoberto num momento que já havia muitas metástases”.*

Parte importante dos pacientes afirma que, mesmo após escutarem tão duras palavras, seguiam esperando a cura pela medicina. Como exemplifica o relato de Maria (paciente) a seguir:

Eu pergunto para todo médico novo que conheço se meu câncer realmente não tem cura, pois vai que em algum momento algum deles responda algo diferente e diga que

sim, que tem cura para minha doença. Porque não é possível que dentro da medicina não haja nenhum tratamento de cura para mim, pra minha doença. Mas o difícil nisso tudo é que sempre escuto deles a mesma coisa: 'seu câncer não tem cura e você vai morrer com ele'. Eu realmente sei que eles não podem ter certeza de que eu vou morrer do câncer. Pois posso morrer de qualquer coisa antes do câncer me matar, mas eles têm certeza de que vou morrer com ele (câncer). E eu não queria era morrer com ele no meu corpo, sabe (Maria, paciente).

Está é a fala de Maria, uma paciente jovem, que tem diagnóstico de um dos cânceres que tem rastreio para detecção precoce, muitas linhas de tratamento quimioterápico, inclusive para câncer avançado, tratamento por radioterapia e tratamento com hormônios, mas que, como ela dizia:

[...] muito agressivo esse meu câncer, ele não respondeu a nenhuma das inúmeras linhas de quimioterapia que fiz. E eu ainda queria ficar fazendo mais, mas o médico disse: 'Você vai morrer da quimioterapia. Ela vai matar você'. E me encaminhou para cá (HC IV). Eu não queria vir, preferia ficar fazendo a quimio, estava muito mal fazendo a quimio, não conseguia mais andar, perdi a consciência, fiquei desorientada, precisei ser internada, fiquei muito inchada, sentia muitas dores [...], mas pelo menos eu tinha a esperança de ficar curada (Maria, paciente).

A fala de Maria remete às várias falas escutadas ao longo dos anos de trabalho nesta unidade que tocam no ponto da demanda de cura dirigida ao saber médico, mesmo quando algo dessa impossibilidade já foi sinalizado pelo encaminhamento ao HC IV. É importante destacar que a incidência da notícia da impossibilidade de cura e do diagnóstico de câncer é singular para cada paciente, assim como os recursos que cada um terá para lidar com essa situação. Singularidade essa que fica exemplificada na seguinte fala do jovem paciente Felipe dirigida a mim:

O difícil não foi o diagnóstico, eu já tenho esse câncer desde a adolescência, estava acostumado com ele, em fazer o tratamento para ele. O difícil para mim foram as palavras, foram essas palavras: 'não tem mais tratamento para o seu câncer, não há mais o que fazer, ele vai evoluir até matar você'. Essas palavras nunca mais saíram da minha cabeça. Vira e mexe eu fico pensando nelas. Quando eu voltei do hospital nesse dia eu perdi toda a vontade de fazer qualquer coisa, eu me deitei na cama e não mais quis sair dali eu não queria comer, não queria beber água, eu não queria fazer absolutamente nada, só ficar deitado na cama. Eu deprimi. Foi como se eu já tivesse morrido. Era como um velório em vida. Foi um período muito difícil. Hoje já estou um pouco melhor, mas ainda não consigo esquecer aquelas palavras. Por isso te digo, o mais difícil para mim foram as palavras.

A fala de Felipe nos ensina o caráter absolutamente singular da incidência da linguagem e que a construção de técnicas e protocolos que buscam dar sentidos *a priori* para as experiências dos pacientes, tal como propõe algumas correntes dos cuidados paliativos, não é possível. Na contramão dessa proposta, cabe ao psicanalista que atua em cuidados paliativos a escuta dos pacientes que se defrontaram com o real da doença e da incurabilidade, acolhendo as respostas singulares que possam advir desse encontro. Dito de outro modo, nossa aposta é

que, a partir da escuta da singularidade do que advém defronte a possibilidade da finitude, algum enlace com a questão do desejo seja possível.

## 2.5 Morte, cura e laço social

A gente quer ter voz ativa  
 No nosso destino mandar  
 Mas eis que chega a roda-viva  
 E carrega o destino pra lá (...)  
 Faz tempo que a gente cultiva  
 A mais linda roseira que há  
 Mas eis que chega a roda-viva  
 E carrega a roseira pra lá  
 Roda mundo, roda-gigante  
 Rodamoinho, roda pião  
 O tempo rodou num instante  
 Nas voltas do meu coração (...)

*Chico Buarque*

As falas descritas no tópico anterior ilustram como aparece na escuta sob transferência dos pacientes e familiares a expectativa de que a medicina possa sempre evitar a morte ou controlar seu andamento, fato que chama minha atenção pela frequência com que acontece. Sem buscar generalizações e atenta ao fato de que as falas são sempre únicas, como nos ensina Freud ao longo de sua obra, cabe-nos a pergunta sobre as implicações no campo social dos discursos vigentes quando recolhemos no campo institucional diferentes falas que tocam um determinado ponto. Acredito que a interrogação sobre os efeitos dos ditos da medicina no campo social seja importante, pois esses ditos produzem consequências na vida das pessoas.

Eu falo para todo mundo aqui (HC IV) que entendo a importância dos cuidados paliativos, que esse negócio da qualidade de vida é que é importante, mas aqui para você eu falo a verdade, eu não acredito em nada disso, eu espero é que eles me curem. Ou que pelo menos paralisem meu câncer para que ele não evolua mais. E é por isso que às vezes fica tudo tão confuso (Paciente Sergio).

Desde Freud, sabe-se da importância de se pensar a questão do humano necessariamente em sua inserção no campo e no laço social. A psicanálise equivocou a dicotomia social e individual defendida por algumas psicologias e afirma o processo de constituição do sujeito da

linguagem, o que nos auxilia a entender a importância de realizar perguntas sobre o laço social e sobre os discursos mais hegemônicos na contemporaneidade. Lacan (1992), no seminário 17, complexifica a análise freudiana ao instaurar uma forma singular de se entender o laço social, afirmando que é o discurso que faz laço. É a linguagem que estrutura e tece os laços sociais, denominados discursos, o que nos lança luz sobre o questionamento que está sendo desenvolvido neste trabalho.

Percebo em minha atuação em cuidados paliativos que um dos pontos em que a escuta do analista faz diferença é no que tange aos questionamentos acerca dos universais da saúde, do bem e sobre o posicionamento diante da falta. Na minha chegada à unidade, em um primeiro contato com o discurso ali regente dos cuidados paliativos, acreditei que havia um ponto de encontro entre a psicanálise e os cuidados paliativos, pois ambos, de alguma forma, estariam avisados da impossibilidade de prometer a cura. Os cuidados paliativos, por estarem lidando com uma doença sem possibilidade de tratamento, mas que requer cuidados exatamente por essa impossibilidade, e a psicanálise, por não entender a cura como a retomada de um estado anterior e por entender que a vida comporta o mal-estar; não há na psicanálise a busca por eliminar a angústia, o furo, a falta e o erro.

No entanto, a partir da práxis na unidade, percebi que havia em minha associação inicial um equívoco, porque, por mais que se tenha de saída a incurabilidade dos pacientes, o pano de fundo do discurso regente em cuidados paliativos ainda é a cura, nem que seja a cura do sofrimento por estar morrendo. Identifico em parte importante desse discurso que existe a promessa de resolução; se não se pode curar o orgânico, busca-se calá-lo, busca-se curar o psíquico, o social e o espiritual, busca-se a cura para a alma. Cura essa que está ligada à busca conclusiva da vida como um ciclo que não pode ficar sem a resposta do seu precioso sentido.

Noto que acontece aí uma dobra e a morte passa a ser entendida como sucesso, e não mais como fracasso da medicina. A morte encerra o belo percurso que é a vida e, dessa forma, nada que comporte o limite deve ali estar presente. Essa passa a ser coroada como o momento triunfal da possibilidade de entrar em contato com nossa verdade e com a nossa paz interior. Como percebe-se no relato da psicóloga Marie Hennezel (2004), em seu livro “A morte íntima”.

Dominique ergueu, literalmente, as pálpebras e me percebeu, ali. ‘Maria, vou morrer logo e quero agradecer-lhe a ajuda que me deu.’ Estando muito, muito fraca, sua voz apenas se ouve. “Tudo está bem agora, estou em paz.’ Uma lágrima escorre sobre sua face direita. Sinto-me abalada e beijo sua mão. Esse beijo significa toda a estima que lhe tenho, alegria escondida de vê-la, enfim, partir serenamente (HENNEZEL, 2004, p. 61).

No texto “O futuro de uma ilusão”, Freud (1927/1996) escreve sobre a importância do processo civilizatório para o humano e define civilização como tudo que elevou a vida humana

acima da condição animal, incluindo todo o conhecimento adquirido com o fim de controlar as forças da natureza, a extração de recursos da natureza para a satisfação humana, assim como todos os regulamentos necessários para a relação entre os homens. Sinaliza que foi pelos perigos impostos pela natureza que nos reunimos e criamos a civilização e que, mesmo que ninguém acredite que a natureza esteja inteiramente controlada e que sejamos pouco capazes de viver isoladamente, a civilização é sentida como um fardo pelos humanos por exigir destes sacrifícios e renúncias pulsionais. Freud aponta no texto algumas implicações que o processo civilizatório nos impõe e traz à tona nosso processo de desamparo fundamental.

Há os elementos que parecem escarnecer de qualquer controle humano; a terra, que treme, se escancara e sepulta toda vida humana e suas obras; a água, que inunda e afoga tudo num torvelinho; as tempestades, que arrastam tudo o que se lhe antepõe; as doenças, que só recentemente identificamos como sendo ataques oriundos de outros organismos, e finalmente, o penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será. É com essas forças que a natureza se ergue contra nós, majestosa, cruel e inexorável; uma vez mais nos traz à mente nossa fraqueza e desamparo, de que pensávamos ter fugido através do trabalho de civilização (FREUD, 1927/1996, p. 25-26).

A passagem de Freud descrita acima nos dá pistas sobre o lugar do enigma da morte na existência humana e nos mostra que algo frente ao confronto com essa impossibilidade de controle nos ameaça e toca o nosso desamparo fundamental. Doris Rinaldi (1995) nos lembra a afirmativa de Freud de que no inconsciente não há registro da morte e aponta que essa não inscrição se daria pela forma de negativo que o conceito abstrato da morte traz. Seguindo sua análise, esta nos mostra que nem conscientemente a morte pode ser experimentada, pois, quando morremos, não estamos mais presentes. E confere a essas impossibilidades o caráter de enigma da morte. “A morte surge, portanto, como um enigma, um vazio sobre o qual nada se sabe e que impõe esforço de simbolização” (RINALDI, 1995, p. 80).

Freud mostra que, para a humanidade em geral e para o ser humano, a vida é difícil de suportar. “A civilização de que participa impõem-lhe uma certa quantidade de privação, e outros homens lhe trazem outro tanto de sofrimentos [...] A isso se acrescentam os danos que a natureza indomada – que ele chama de Destino - lhe inflige” (FREUD, 1927/1996, p. 26). Essa incerteza, indaga Freud, poderia causar no homem um permanente estado de ansiosa expectativa e um prejuízo a seu narcisismo natural. Mas a civilização o poupa dessa tarefa a partir das respostas que incluem as forças superiores.

Com referência à distribuição dos destinos, a suspeita de que o desamparo da raça humana não poderia ser remediado, cria-se um “cabedal de ideias, nascido da necessidade que tem o homem de tornar tolerável seu desamparo, e construindo com o material das lembranças do desamparo de sua própria infância e da infância da raça humana” (FREUD, 1927/1996, p.

28). Surge daí a ideia de que a vida neste mundo serve a um propósito superior e, mesmo não se tendo clareza exata de qual seja esse propósito, considera-se que este significa um aperfeiçoamento da natureza do homem. Ao final da vida terrena, todo bem será recompensado, todo o mal será punido e todos os sofrimentos da vida se findarão.

Há ainda a crença na continuidade da vida após a morte e na sabedoria divina que conduza o curso das coisas, a partir da bondade e da justiça, que são os atributos, em nossa sociedade, do Deus que nos criou e com o qual buscamos um relacionamento de pai e filho. A partir da análise dessas crenças, Freud tenta nos mostrar que as ideias religiosas advêm da mesma necessidade de que todas as outras realizações da civilização, da necessidade de se proteger da força esmagadora da natureza. Freud (1927/1996) segue relacionando em seu texto, de maneira muito interessante, a necessidade de proteção com o desamparo e com o complexo paterno.

Freud (1927/1996) destaca que o nosso desamparo está ligado à prematuridade motora e que, ao nascer, o bebê humano está inteiramente dependente dos cuidados dos pais para sua sobrevivência. Quando crianças, estávamos certos de que nossos pais poderiam nos proteger dos perigos que conhecíamos. Porém, o desamparo, do qual nos fala Freud, não se findará com a vida adulta, pois não se trata de um momento do funcionamento do psiquismo, mas de uma condição que acompanha o sujeito por toda a sua existência, como sendo um sentimento estruturante.

Quando o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer uma criança para sempre, que nunca poderá passar sem proteção contra estranhos poderes superiores, empresta a esses poderes as características pertencentes à figura do pai; cria para si próprio os deuses a quem teme, a quem procura propiciar e a quem, não obstante confia sua própria proteção. Assim um anseio por um pai constitui um motivo idêntico à sua necessidade de proteção contra as consequências de sua debilidade humana. É a defesa contra um desamparo infantil que empresta suas feições características à reação do adulto ao desamparo que ele tem de reconhecer – reação que é, exatamente, a formação da religião (FREUD, 1927/1996, p. 34).

Um dos diferenciais dos cuidados paliativos em relação a outros campos da medicina é a inclusão do cuidado e tratamento da dimensão espiritual do paciente. Há algumas definições sobre a espiritualidade em cuidados paliativos, mas de uma forma geral essas definições permeiam a noção de espiritualidade como o sentido e o propósito de vida. Essa significação pode vir da religião, mas pode ser mais ampla do que isso, incluindo a relação com uma figura divina ou com a transcendência, entre outros.

Nesse discurso, acredita-se que todos esses fatores que incluem a espiritualidade podem influenciar o modo como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença. A espiritualidade é tomada como um dos indicadores da noção de saúde e pode ajudar no

tratamento auxiliando os doentes e seus cuidadores, proporcionando-lhes força e confiança para enfrentar o momento. O profissional de cuidados paliativos deve estar atento e preparado para lidar com as necessidades espirituais dos pacientes que estão ligadas ao seu reconhecimento enquanto pessoa, a busca pela reconciliação com a própria vida, a busca do sentido da transcendência e a busca pela esperança (MALHÃO, 2018).

Em cuidados paliativos, a espiritualidade é entendida como importante aliada para que o doente possa reconhecer a possibilidade de morte e assumi-la como parte integrante da sua existência. Para Malhão (2018), a espiritualidade apresenta duas dimensões, a primeira seria de sentido/significado à vida correlacionado com as crenças e a outra passa pela perspectiva de esperança e vida plena. Não é incomum em minha experiência escutar dos profissionais da unidade que um paciente que se encontra grave, torporoso, e que ainda não tenha falecido, tem a necessidade de resolução de uma pendência da vida, de algum perdão, ou de se despedir de alguém. Muitas vezes, a condução do caso passa por essa leitura, como no caso da paciente Viviane, que “não morria nunca”.

Viviane, paciente jovem, com diagnóstico de câncer avançado, estava internada na enfermaria devido às complicações de sua doença que levaram à perda de todos os movimentos de seu corpo do pescoço para baixo. Com muita vitalidade em seu olhar, uma das poucas partes de seu corpo que ainda se mexiam, esta contava que a história do seu adoecimento se confundia com a história do seu casamento. Dizia que sempre sonhou em casar e constituir uma família e que descobriu a doença durante sua lua de mel, havia aproximadamente dois anos. Falava, ao longo dos atendimentos, de todos os planos não realizados após o casamento, como: ser mãe, cuidar de sua própria casa, viajar e viver uma “vida normal” de recém-casada.

Passei a vida sonhando em me casar, mas eu não encontrava a pessoa certa para mim... sonhava também em ter minha própria casa, minhas coisas e poder cuidar de tudo do meu jeitinho, sabe. Mas como sou muito religiosa e minha família é muito tradicional, eu só poderia ter minha própria casa se eu me casasse. Não dava para sair de casa para morar sozinha, por exemplo... Eu fui ficando mais velha, e comecei a achar que esses sonhos não se realizariam. Foi quando conheci meu marido, ele é o amor da minha vida, é uma excelente pessoa e me ama muito... aí eu voltei a sonhar, queria ser mãe, ter minha própria casa... Eu trabalhei muito para isso, para ter minha casa...compramos nossa casa e decidimos nos casar [...]. Mas na lua de mel, comecei a passar muito mal, fui internada e recebi o diagnóstico de câncer. Meu mundo desabou, meu sonho foi se transformando em um pesadelo [...] O meu marido desde o início do meu tratamento sempre esteve ao meu lado, sempre diz que me ama muito. E apesar de isso ser bom, é também muito ruim. Fica muito pesado, pois é muito difícil para mim ficar mal, triste, com todo esse investimento dele e da minha família em mim. Sempre dizem para eu ter fé, que Deus vai me curar, que não posso perder a fé, que não posso desistir... E aí, eu tenho que ficar sempre bem, nunca posso dizer que estou sofrendo ou o quanto tudo isso é difícil para mim... tenho que sempre estar positiva. Eu sempre fui muito religiosa, sempre tive muita fé. No início do meu tratamento eu lutei e acreditei muito, mas acontece que meu corpo foi ficando cada vez mais debilitado, mais fraco, foi parando, parando, e agora estou assim, mal

consigo mexer o pescoço. Mexo os olhos e a boca. Mas nunca fui muito de falar, menos ainda depois que adoeci. É porque, eles não entendem... E eu sempre fui assim, não gosto de ficar contrariando, chateando as pessoas. Então eu pouco falo. Prefiro ficar quieta, com os olhos fechados... Eu não imaginei que ficaria assim, sem conseguir me mexer, dependendo do meu marido para tudo. Eu não consigo controlar nem se estou fazendo xixi. E agora eu sinto que meu corpo está cada vez mais fraco. Antes eu tinha mais esperança, mas agora, nessa internação, acho que estou morrendo. E é muito difícil. Você me entende? (Viviane, paciente).

Viviane era sempre receptiva aos atendimentos, desde minha primeira abordagem, na qual ela disse: *“eu queria muito falar com uma psicóloga”*. Ela sempre apresentava em sua fala como se sentia *“não entendida”* ao longo de sua vida, principalmente depois do adoecimento. Disse a ela que estaria lá para escutá-la e que ela poderia falar sobre o que ela quisesse, sobre o que ela achasse ser importante, ou o que ela sentisse vontade de falar. Assim ela o fez, a cada atendimento, e sempre ao final ela me perguntava: *“Você me entende?”*. Pergunta que eu sempre respondia com um silêncio, seguido da fala de que eu retornaria no dia seguinte para continuar escutando-a.

Chamava a atenção da equipe o tempo que Viviane passava conversando comigo, pois ela era sempre muito concisa com as palavras com o restante dos profissionais. *“Ela é sempre receptiva, mas fala muito pouco, só responde nossas perguntas”*. *“É interessante ela, que fala tão pouco com todos, falar tanto com você, né? O que a Viviane fala tanto com você?”* (falas de profissionais).

Com o passar dos dias, o quadro clínico de Viviane foi se agravando e a médica comunicou à equipe que Viviane estaria em cuidados ao fim de vida<sup>16</sup> e solicitou que fosse avaliada a necessidade da liberação da visita estendida, prática comum na unidade para pacientes graves. Foi conversado sobre o prognóstico com a paciente e familiares. Em alguns momentos, quando eu chegava ao seu leito para o atendimento, Viviane, deitada com os olhos fechados e respiração bem devagar, passava a sensação de que já havia falecido, mas, ao ser chamada, esta despertava com seus olhos sempre expressivos e me recebia com um sorriso.

Por ser *“muito querida”* (fala de seus acompanhantes e visitantes), Viviane sempre recebia muitas visitas. Diante de seu agravamento, a equipe multidisciplinar estendeu o horário de visita e ampliou a quantidade de visitantes diários para que Viviane pudesse se despedir de todos seus familiares e amigos e assim pudesse *“partir em paz e sem pendências”* (fala de diferentes profissionais da equipe). Porém, passaram-se quase duas semanas após a avaliação de que Viviane estaria em cuidados ao fim de vida, sem que houvesse nenhuma mudança em seu quadro clínico, fato que fez com que a equipe se indagasse sobre os motivos pelos quais a paciente ainda não havia falecido. Na tentativa de auxiliar nesse processo, os profissionais da

---

<sup>16</sup> Últimas 72h de vida do paciente.



equipe foram buscando com a paciente, familiares e amigos, quem seriam as pessoas de que a paciente gostaria de se despedir.

Ao chegar para atender Viviane, que parecia estar torporosa, ela despertou assustada ao meu chamado e me falou:

Eu estava querendo mesmo falar com você. Sabe o que acontece? Eu sei que você vai me entender... Eu estou grave, quase morrendo. Ai já me despedi da minha família e amigos... E não morri. Eu não aguento mais todas essas pessoas me visitando, se despedindo de mim... e eu não morro. Mas, não morro porque quando eu estou quase morrendo vem algum familiar e me chama, me pede para não morrer. Eu não aguento mais. Mas eu não consigo falar para eles que não quero mais receber ninguém. Por isso, quando a equipe vem e me pergunta quem eu quero ver, se podem liberar alguém que quer me ver, eu não consigo falar que não, principalmente na frente deles, que sempre estão aqui, não me deixam nunca sozinha... Eu queria pedir para você e para assistente social para conversarem com a minha família, para que eu não receba mais a visita de ninguém. Eu não quero mais receber nenhuma visita. Está muito sofrido para mim. Mas eu não consigo falar isso para eles porque eles não entendem. Conversa com eles e não deixa mais eles virem aqui. Eu sei que eles me amam. E eu também amo muito eles, mas assim eu não posso ir... (Viviane, paciente).

Após o atendimento à Viviane, conversei com a equipe sobre a solicitação da paciente, que ia na contramão do que acreditava a equipe. Perguntaram: “*Mas ela não quer morrer na presença dos familiares?*”. E eu, junto à assistente social, sustentamos para o restante da equipe a importância de suspender as visitas da paciente, além de termos acolhido e conversado com os familiares sobre o que estava difícil para Viviane. Viviane faleceu no dia seguinte da suspensão das visitas.

Minha leitura sobre o que seria o “*entendimento*” do qual Viviane falava é que não se tratava de uma compreensão, uma intersubjetividade ou ainda uma empatia, pois esse “entendimento” ela teve durante toda a vida a partir das respostas que acreditam na univocidade do sentido e que foi silenciando Viviane ao longo de sua história. O entendimento do qual Viviane falava passava pela afirmação de que ela era um ser de linguagem e, portanto, dividido, desejante, passava pela possibilidade de afirmação e sustentação de que ali ela poderia falar e ser escutada.

## 2.6 Corpo e organismo

Dando continuidade à minha pesquisa, vale ressaltar que a ideia de que é possível vencer e controlar a morte pelos avanços da medicina é constantemente colocada em xeque, seja pelas doenças que não têm cura, seja pelas doenças que têm protocolos para cura, mas que muitas vezes não respondem como o esperado, ou ainda pelas doenças que podem advir com as mudanças na natureza e na sociedade, como a pandemia que estamos enfrentando da Covid-19,

pelo fato de que nem todas as mortes acontecem por doenças, entre outras. Na minha experiência percebo que a busca por racionalizar o motivo da morte associado à tentativa de justificar que ela sempre poderia ter sido evitada é fala recorrente entre os profissionais de saúde, familiares e pacientes na unidade IV.

Netto e Kernkraut (2019) nos auxiliam a entender essa questão pela análise do trabalho em grupo realizado com residentes médicos da oncologia do Hospital Israelita Albert Einstein. O grupo surgiu como uma proposta do serviço de psicologia frente à demanda da coordenação da residência de que os residentes estavam em sofrimento pela dificuldade em lidar com os insucessos terapêuticos, com a grande quantidade de óbitos e com o manejo com pacientes e familiares. O referido grupo se propunha como um espaço de escuta para os residentes médicos e era coordenado por um psicólogo, cujo referencial teórico é a psicanálise.

Os autores explicam que os médicos que participaram do grupo fizeram a residência anterior (em clínica médica) em instituições públicas de saúde e acreditavam que as situações de morte e de impossibilidade de tratamento que vivenciaram eram justificadas pela falta de recursos tecnológicos e dificuldades econômicas das instituições públicas de saúde. Na residência atual, colocou-se como questão para os residentes que, mesmo em uma instituição com recursos técnicos científicos de última geração, a morte ainda se impunha.

Para Netto e Kernkraut (2019), com a impossibilidade de se atribuir a causa da morte à falta de recursos tecnológicos, o que ficou desvelado para os residentes foi a inevitabilidade da morte e o modo como esta coloca um limite ao saber médico. “Com isso, quando se tem muitas possibilidades de intervenção, o limite se encontra colado à morte, no Real... ‘Aqui no hospital descobri que as pessoas morrem mesmo...’ – diz uma residente em tom confessional.” (NETTO; KERNKRAUT, 2019, p. 136).

Freud e outros médicos do início do século XX estavam às voltas com um fenômeno que aparecia em sua prática clínica, que eram corpos que equivocavam a lógica proposta pelos manuais de fisiologia e de anatomia e que manifestavam quadros sintomáticos para os quais não se encontrava correlata etiologia orgânica (JORGE, 2017). Freud (1927/1996) nos mostra que o corpo é fonte de mal-estar, pois está fadado ao fracasso, e, por mais que se tente preservá-lo, é nele que a mais natural das forças, a morte, age de modo incisivo. O que percebemos em nossa atuação de quase 18 anos como analista em hospitais é que a operação da medicina científica que tenta equiparar corpo e organismo e que entende organismo de maneira mecânica deixa de fora os limites próprios ao corpo, deixando de fora também todo o sofrimento que essa exclusão traz.

No hospital, lugar de excelência do discurso médico, há alguns espaços para a dor ocasionada pela doença, passível de ser medicada, mas não para o sofrimento que essa possa causar. Como aponta Silvestre (1999): “[...] tudo se passa como se a regra fosse não sofrer moralmente pelo sofrimento físico e pelas coerções da doença” (p. 115). Pois lidar com o sofrimento da experiência de adoecimento é necessariamente incluir a dimensão real do corpo, é incluir que há algo que extrapola o organismo biológico, incluir que não se passa por uma impotência, mas por um impossível.

A especialidade médica da oncologia lida com altas taxas de mortalidade. Como nos mostram as estimativas do Inca, para cada ano do triênio 2020-2022, o câncer aparece como o principal problema de saúde pública no mundo e que já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países. Segundo o portal ENSP, o câncer é a segunda doença que mais mata no Brasil, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. Sendo assim, a doença oncológica traz à cena uma questão: mesmo com todo avanço tecnológico da medicina, das medicações e tratamentos disponíveis, nunca é possível afirmar como a doença e o corpo reagirão ao tratamento. Fato esse que se coloca para todas as doenças, mas na oncologia isso fica mais evidente. Conta-se desde o início com como o “tumor” responderá aos tratamentos, fala muito escutada dos médicos: *“como o tumor vai agir frente à medicação é imprevisível”*.

De uma maneira sutil, a linearidade assumida entre organismo e corpo é tensionada, pois, diante da doença oncológica não há resposta tão matemática quanto propõe a medicina moderna, até mesmo dentro do discurso da própria medicina. Há uma singularidade do corpo colocada em cena, descortinando algo do controle da medicina sobre a vida e da expectativa de que todos os corpos respondam da mesma forma, ou dentro de uma média. Entretanto, na tentativa de refazer essa equivalência corpo - organismo, algo disso rapidamente é recolhido e retorna como um furo que é daquele corpo específico. Produz-se como resposta a esse tensionamento do saber a produção do que chamo de “culpabilização do indivíduo”. *“Você se ferrou, é realmente muito azarado, seu câncer não respondeu aos tratamentos e nem é elegível para entrar nos protocolos das pesquisas dos novos tratamentos”*. Frase esta que Luís (paciente) afirma ter escutado de seu médico antes da transferência para o HC IV.

Acreditamos que o tamponamento de algo que é desvelado pela doença oncológica é (re)capturado no discurso médico como uma falha do organismo que respondeu de modo errôneo e encontra-se fora da média.

Agora você vê, eu que sou o culpado pelo meu câncer não responder as coisas... Eu fiquei mal, muito ansioso, só chorava, mas depois pensei bem, e agora conversando

com você, vi que isso não era minha culpa. É que a gente tem que ter sorte até no azar. E eu tive o azar no azar (Luís, paciente).

Freud, ao descobrir que há uma motivação inconsciente nas ações humanas, cunha a proposta da escuta do inconsciente e rompe com a medicina da época, que propunha uma exata correspondência do “corpo” da doença com o corpo do doente (PRUDENTE; RIBEIRO, 2005, p. 61). O fundador da psicanálise nos ensina que não há equivalência entre corpo e organismo e tal ensinamento nos ajuda a pensar o que a medicina tenta excluir de seu discurso e como fracassa nessa tentativa. Moretto (2019), ao falar sobre o surgimento da psicanálise, situa que esta foi possível a partir da forte relação que Freud mantinha com a ciência, pois “atento à verdade neurológica, [Freud] foi sensível à diferença entre organismo e corpo que se impunha em sua clínica” (MORETTO, 2019, p. 55). Para a psicanálise, a constituição da subjetividade e da corporeidade coincidem.

O organismo é uma dimensão do corpo, mas não se equivale a ele. Lacan (1949/1998), no seu escrito sobre o “Estádio do espelho”, faz referência à ação psíquica apontada por Freud em “O eu e o Isso” (1923/1996) como sendo o reconhecimento que a criança tem de seu corpo próprio pela identificação a uma imagem. Seria a partir do momento em que a criança consegue reconhecer a imagem do espelho como sua e tem essa imagem nomeada pelo outro, que ela pode identificar-se com a imagem de um corpo ilusoriamente unificado e, posteriormente, a estruturação de seu eu.

Por ser frágil, essa ilusão de unidade imaginária sofre constantes abalos e necessita de reformulações ao longo da vida (NETTO; KERNKRAUT, 2019). Em minha escuta de pacientes que enfrentam uma doença oncológica avançada, frequentemente ouço que estes não se reconhecem mais na sua imagem atual, assim como causam estranhamento a fragilidade do corpo, as limitações físicas, mutilações, feridas tumorais abertas em carne viva, cheiros de putrefação, entre outros. Citarei abaixo como exemplo algumas falas de diferentes pacientes que margeiam a questão da imagem:

*“Eu não me reconheço mais, esse corpo não é o meu, não o meu de antes, estou toda deformada e ainda tem essa ferida imensa, que fede, estou apodrecendo em vida”* (Paola, paciente).

*“Essa perna que não consegue mais andar, ela é fraca, não é a minha perna, aquela que eu usava pra correr”* (Jeferson, paciente).

*“Eu estou tão magra que pareço que já morri, pareço uma caveira, não consigo nem me olhar no espelho desde que adoeci”* (Francesca, paciente).

Eu era bonita, ia à academia todos os dias, tinha um corpo lindo, corpo de academia, sempre fui muito ligada à estética. E as pessoas falavam para mim, como eu era bonita, tinha corpão... agora estou aqui, com essas bolsas (colostomia e nefrostomia), sem uma mama, com a outra querendo abrir a ferida. Essa não sou eu. Essa doença me deformou... um amigo me chamou pra ir à praia. Como eu vou? Essa não sou eu... Como vou colocar um biquini? Ele nem vai me reconhecer, na verdade, nem eu vou (Isabely, paciente).

*“Eu não aguento mais tudo que essa doença e o tratamento fizeram comigo, eu não consigo mais saber quem eu sou. É muito sofrimento. Se for para continuar assim eu prefiro morrer”* (Eduardo Pedro, paciente).

Greco (2011) comenta a experiência do espelho de Lacan afirmando que esta tem um lugar primordial na teoria psicanalítica, pois não se trata de uma fase do desenvolvimento da criança, essa pode ser tomada como um modelo que atravessa o sujeito durante toda a vida, “representando a relação libidinal essencial com a imagem corporal, e ilustrando o aspecto de conflito na relação dual” (GRECO, 2011, p. 1). Podemos dizer que a problemática do eu e do corpo está presente em toda a obra de Lacan, desde o início de sua trajetória, e foi sendo reformulada ao longo de seu ensino, articulando-a com os três registros: Imaginário, Simbólico e Real. Porém, o corpo ao qual Lacan se refere não é o corpo biológico, mas o corpo virtual, marcado pelo significante e habitado pelo gozo (GRECO, 2011).

O autor segue dizendo que o estágio do espelho localiza a constituição do eu mediante a identificação com a imagem do outro. “Lacan atribuiu à imagem papel fundador na constituição do eu e na matriz simbólica do sujeito, definindo a identificação nessa perspectiva, como ‘a transformação produzida no sujeito quando assume uma imagem’” (GRECO, 2011, p. 2). O estágio espelho não é simplesmente um momento do desenvolvimento, é um momento lógico na estruturação do sujeito, sendo considerado o ponto de partida da subjetividade humana.

Lacan (1949/1998) nos explica que a apreensão do corpo pela criança é prematura em relação ao domínio motor e fisiológico. No primeiro momento da estruturação do sujeito, a criança, por conta da prematuridade neurofisiológica, se antecipa, a partir da imagem do outro, numa unidade. Essa imagem vista pela primeira vez de corpo inteiro despertará júbilo na criança, que buscará sustentação para o que vê no olhar do adulto. Nessa operação há a precipitação da insuficiência para a antecipação, o que, para Lacan (1949/1998), fabrica para o sujeito, atravessado pelo engodo da identificação espacial, as fantasias da imagem despedaçada do corpo a sua forma de totalidade ortopédica, culminando em uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o desenvolvimento mental. O estágio do espelho trata da constituição do eu e não tem relação com o amadurecimento biológico; o eu se constitui por intermédio de uma relação e não é produzido ou dado biologicamente.

No espelho, o nascimento do eu se confunde com a constituição da imagem do corpo próprio, ao mesmo tempo em que a imagem no espelho é apreendida como objeto. Nessa relação inaugural com o Outro, o homem investe seu objeto por meio de uma imagem especular, e essa miragem de totalidade lhe dá uma forma ortopédica ao corpo próprio, numa espécie de precipitação da forma do seu corpo que se adianta à sua prematuração biológica. O Estádio do Espelho de Lacan é o precursor da dialética da alienação do sujeito no eu. O sujeito jamais aprende a si mesmo, a não ser sob a forma de seu eu (moi), estritamente dependente do outro especular, que constitui sua identidade (GRECO, 2011, p. 4-5).

Greco (2011) aponta, a partir de Lacan, que o Outro na dimensão de alteridade, remetido ao simbólico e à linguagem, convoca o sujeito a se inserir em seus sistemas significantes para organizar uma representação dessa imagem. Ao eu é impossibilitada a existência sem essa referência no Outro, sem o símbolo. Ao acrescentar o espelho plano ao esquema óptico de Bouasse, Lacan obtém a unificação da imagem, pois este espelho reflete uma imagem virtual, ideal, completa, que dá ao objeto uma *Gestalt*, desde que o sujeito esteja na correta localização para encontrá-la. No esquema de Lacan o corpo como organismo biológico está perdido para o sujeito e pode ser representado pelo vaso escondido na caixa.

Para Greco (2011, p. 7), Lacan faz esse “truque” com os espelhos para nos demonstrar o mecanismo que utilizamos para imaginar que temos uma identidade. É no espaço atrás do espelho plano que o sujeito imagina seu eu como unidade. Porém, esse espaço virtual contém também o olho do sujeito, que evidencia que na relação do Imaginário com o Real há a dependência do lugar do sujeito no mundo simbólico.

O sujeito, determinado pela ordem simbólica, nunca terá mais que uma apreensão imaginária do corpo [...] uma síntese da leitura do esquema ótico poderia ser: o sujeito mira no ideal de eu (espelho plano), de modo que esse espelho faz função do outro como lugar simbólico (GRECO, 2011, p. 8).

Quinet (1988), ao pensar a questão do corpo na relação com a psicanálise e com a medicina, chama nossa atenção quanto à articulação entre o psíquico e o somático não ser unívoca e nem uma equação de simples resolução, como supõe a psicossomática. “Se o corpo pode interessar tanto à medicina quanto a psicanálise é por tratar-se do corpo de um ser falante, ou seja, de um corpo que não apenas habita a linguagem, mas é também habitado por ela – é o que denominamos corpo humano” (QUINET, 1988, p. 1). O autor segue com suas indagações sobre esse corpo fenomenal, que é sede de sintomas histéricos e do fenômeno psicossomático, a partir do ensino de Lacan e da obra de Freud, com as perguntas: “o que é um corpo?” - ao que responde como aquilo que pode trazer a marca apropriada para colocá-lo numa cadeia de significantes, ou seja, num discurso - e “para que serve o corpo?” - ao que responde com: “Para gozar”.

Ao falar sobre a psicanálise e a medicina, Quinet (1988) aponta que a medicina é uma prática que só existe porque é essencialmente linguagem, pois aprender o mapeamento do corpo é a primeira condição para navegar no saber médico, e a psicanálise é uma prática da fala que concerne ao corpo. A partir da definição de Saussure de signo linguístico, no qual significante e significado são inseparáveis, Quinet (1988) afirma ser essa a condição básica e necessária para constituição dos saberes em nível da ciência, como a medicina, pois utiliza-se dos conceitos para que haja um acordo dos termos entre os pares. Essa utilização conceitual também é utilizada na psicanálise para que haja discussão entre os pares, mas, em seu fazer de analista, o que é buscado é a escuta do inconsciente que não é formado por signos e sim por significantes.

Há no inconsciente o rompimento da correlação entre significante e significado. A associação livre, criada por Freud, possibilita a emergência do inconsciente na prática analítica, pois faz aparecer uma cadeia de significantes por onde corre o desejo, por dissociar significante e significado. A medicina como saber não se interessa pelo sujeito do desejo.

Para o psicanalista também é assim. Ele tem alguns termos estabelecidos que são elevados à categoria de conceito, à partir dos quais - espera-se- poder discutir com seus pares. Mas quando está exercendo sua prática de analista é seu dever fazer existir o inconsciente, que é estruturado como uma linguagem e, aí diferentemente do saber construído da medicina, trata-se de um saber a ser construído e depositado na própria experiência analítica. Isto porque o que interessa na psicanálise não é o saber universal como visa o discurso científico, mas um saber particular. Um caso jamais será igual a outro pois não existe uma evolução padrão estabelecida da doença ou do sintoma (QUINET, 1988, p. 3-4).

Foucault (1977) demonstra o nascimento da clínica como prática discursiva, enquanto realidade discursiva. Para o autor, a formação do método clínico está associada à emergência do olhar médico nos campos dos sinais e sintomas. Quinet (1988), ao analisar Foucault (1977), destaca que os sinais e sintomas teriam para com a doença a mesma relação do significante e significado em linguística (sintoma/doença = significante/significado). No entanto, para que um fenômeno do corpo se transforme em sintoma que signifique a doença, é necessário o olhar médico.

O quadro clínico na medicina consiste no ordenamento dos sintomas em conjuntos determinados. A apreensão desse visível dos sinais no âmbito da linguagem é um ato descritivo, “só existe doença na medida em que é enunciável.” (QUINET, 1988, p. 6). O rigor descritivo do quadro clínico exige uma precisão da linguagem e uma fixa relação com os elementos observados pelo médico e seu enunciado. “O quadro clínico é a contrapartida do olhar médico, olhar impregnado de linguagem que lê os fenômenos do corpo como sinais de doença [...] As doenças são portanto compostas de letras e a clínica fundamentalmente baseada na nomeação” (QUINET, 1988, p. 7). A partir do trabalho realizado por Foucault, Quinet (1988) afirma que o

que interessa à psicanálise é o real do corpo quando se trata dessa prática discursiva que é a clínica médica. O real em jogo na clínica médica é o incontrolável, o que resiste a qualquer apreensão pela linguagem, “o real do organismo cujas leis da biologia são insuficientes para contê-los” (QUINET, 1988, p. 8).

A partir da segunda tópica, Freud afirma que há no inconsciente dispersas intensidades pulsionais e que o recalco se constitui pelo que das pulsões pode ser representado no aparelho psíquico. O que da pulsão não é passível de representação foi denominado por ele como pulsão de morte. A descoberta da pulsão de morte indica que o aparelho psíquico não é regulado exclusivamente pelo princípio do prazer. Há um conflito entre as pulsões de vida e de morte. Freud (1920/1996), a partir da noção de compulsão à repetição, indaga a predominância do princípio do prazer no funcionamento do aparelho psíquico. Pela análise da brincadeira de seu neto (*Fort-da*), dos estudos sobre as neuroses de guerra/traumáticas e das tendências masoquistas do eu, Freud formula que há repetições “possuídas por um poder demoníaco” (FREUD, 1920/1996, p. 31) de algo que ocasiona desprazer.

Safouan (1988), no livro “O fracasso do princípio do prazer”, faz um estudo acerca deste conceito a partir da relação prazer/desprazer, da representação, da compulsão à repetição e da pulsão de morte. O autor afirma que, a partir do *Fort-da* “assiste-se à introdução da morte na vida; não o retorno da vida à morte, mas a entrada inaugural da morte na vida” (SAFOUAN, 1988, p. 93).

Se levarmos em consideração observações como essas, baseadas no comportamento, na transferência e nas histórias de vida de homens e mulheres, não só encontraremos coragem para supor que existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer, como também ficaremos agora inclinados a relacionar com essa compulsão os sonhos que ocorrem nas neuroses traumáticas e o impulso que leva as crianças a brincar (FREUD, 1920/1996, p. 32).

Freud afirma a posição dualista da pulsão. Num primeiro momento, essa dualidade era entendida como sendo entre a pulsão do eu e a pulsão sexual, mas, com os avanços em sua teoria, este reformula que a dualidade é entre a pulsão de vida e a pulsão de morte. “Esses tortuosos caminhos para a morte, fielmente seguidos pela pulsão de conservação, nos apresentariam hoje, portanto, o quadro dos fenômenos da vida” (FREUD, 1920/1996, p. 48). A partir dos estudos e construções clínicas, Freud aponta que a pulsão não comporta apenas o caráter conservador, mas também o viés mortífero que busca retornar ao inanimado, ao princípio do nirvana, a homeostase orgânica.

Se tomarmos em verdade que não conhece exceção o fato de tudo o que vive morrer por razões *internas*, tornar-se mais uma vez inorgânico, seremos compelidos a dizer que ‘*que o objetivo da vida é a morte*’, e, voltando o olhar para trás que ‘*as coisas inanimadas existiram antes das vivas*’ (FREUD, 1920/1996, p. 48).



A partir dessa dualidade pulsional, indago sobre o que é possível, para cada um, frente ao diagnóstico de uma doença incurável, pois, como nos mostra Rinaldi (1995), a partir de Freud, a morte como forma de negativo está excluída do inconsciente. Esta emerge como um enigma, um vazio, que se lança ao esforço de simbolização. A relação do homem com a morte só pode ocorrer pela intermediação simbólica. “Na sua forma mais radical, ela indica a relação do sujeito com o próprio simbólico, com a linguagem, marcada por essa morte inaugural, que faz com que a maior parte dos seus pensamentos seja da ordem do inconsciente” (RINALDI, 1995, p. 83).

Rinaldi (1995) afirma que, para Lacan, somente podemos ter acesso à pulsão de morte, ao conhecimento da nossa própria relação com a morte, pela via significante. “O que nos resta é o fato de que o organismo deseja morrer apenas de seu próprio modo” (FREUD, 1920/1996, p. 49), entretanto esses caminhos para a morte sofrem interferências externas e justamente nesse embate que se dão os fenômenos da vida (RINALDI, 1995). Trata-se de algo que podemos recolher a partir de possíveis atos falhos de dois pacientes acompanhados durante a internação hospitalar que antecedeu suas mortes.

Diana (paciente), tentando explicar sobre o motivo de querer continuar vivendo, diz: “*Eu quero morrer, não viver. Não. Queria dizer: eu quero é viver, não morrer*”. Assim como Marcelo (paciente), que era representante religioso e que não podia demonstrar para familiares e amigos qualquer dúvida em relação a sua fé na cura e na luta pela vida. Ele diz: “*Eu luto muito. Desde o início desta doença... nunca desisti ou desanimei. Eu luto o tempo todo contra a vida*”.

‘Ninguém, claro, tem a menor apreensão da morte. Sem o quê, vocês não estariam aí tão tranquilamente’. Esse não foi o comentário acidental de Lacan, pois numa das sessões posteriores do mesmo ano de seminário ele insistiria nessa dimensão de horror inteiramente inassimilável que a morte produz no aparelho psíquico: ‘Há outra coisa que poderia vir à ideia, inteiramente não responsável, que se chama por um nome que só perturba por causa da linguagem, é a morte. Isso também tapa o buraco. Porque a morte a gente não sabe o que é.’ (JORGE, 2017, p. 219, grifos do autor).

O “corpo pulsional” nos atualiza que medicina e matemática não coincidem, principalmente quando se depara com as questões acerca da finitude, e que a busca em cuidados paliativos pela “realização de desejos”, pela escolha consciente, na completude da existência, pode comportar um equívoco. Percebo que, com a retirada dos processos invasivos que silenciavam o corpo no CTI, surge um ponto de conflito que não era esperado pelo saber dos cuidados paliativos e com o qual esse tem que lidar. Parece-nos que os cuidados paliativos criaram seus protocolos de atuação para a naturalização do processo de morrer a partir da equivalência entre corpo e organismo e do corpo silenciado do CTI. Porém, a não equivalência corpo/organismo traz à tona que o corpo é atravessado pelo desejo e pela pulsão e que não responde aos protocolos.

Por essa perspectiva, noto que inúmeros mal-entendidos e mal-estares são causados na instituição na qual trabalho. Além disso, na busca da “boa morte” (MENEZES, 2004), da normalização da saúde, se patologizam os modos de viver e morrer dos pacientes e desconsidera-se que no campo do humano não existe o bom objeto, conforme se entende pela teoria psicanalítica. Quem dirá a boa morte...

Incluir a discussão sobre a pulsão em cuidados paliativos é lidar com o fato de que o modo singular como cada um responde neste momento tão único de uma doença grave que ameaça a vida está ligado à incidência da perda fundamental, sendo impossível propor generalizações. Acredito que acolher os diferentes arranjos que chegam nessa clínica e não tomar o que é tido como diferente do esperado pela equipe como patológico é uma direção ética, importante para não reproduzirmos o mandato da saúde segundo o ponto de vista da medicina.

Como nos mostra Lacan (1966/2001), no texto “O lugar da psicanálise na medicina”, ao apontar o processo pelo qual a medicina tornou-se científica e ao situar a tentativa de equivalência, realizada dentro deste campo discursivo, entre corpo e organismo, operação essa que produz um resto sobre o qual a medicina nada quer saber. Assim, diz Lacan (1966/2001) que o lugar da psicanálise é marginal e extraterritorial em relação à medicina.

Para a psicanálise, as complicações neste campo se processam pela tentativa de reduzir os estados paradoxais a um equilíbrio. Com o nascimento da medicina científica, o direito à vida torna-se direito à saúde, fato que implica em um modelo de intervenção circunscrito sobre organismo/biológico que não inclui as contingências, mas apenas a saúde (e a morte) regulada pelas questões da ciência e do saber médico, como veremos no exemplo a seguir.

Clara (paciente), moça jovem, internada pelo agravamento de seu câncer, usuária de drogas, conta que o agravamento de seu câncer e o encaminhamento para a unidade IV se deram pela dificuldade que teve em conseguir dar continuidade ao tratamento, pois sempre que melhorava um pouco abandonava as consultas e intensificava o uso das drogas. Narra que em sua vida alternava períodos em que estava na rua usando drogas intensamente com os amigos e períodos em que ficava na igreja. Josefa (familiar que a acompanhou durante toda a internação) dizia que o problema de Clara eram as “*más companhias*”, pois os amigos ruins a levavam para as drogas e os bons amigos para a igreja. Clara revela que sua relação com a religião também sofria alternâncias, pois havia momentos em que se dedicava às religiões de origem africana e momentos em que estava nas igrejas cristãs. No momento do atendimento, ela diz estar resgatando sua relação com a religião cristã e que Deus iria salvá-la da doença.

Josefa apresentava muita resistência em deixar Clara sozinha durante qualquer atendimento dos profissionais da enfermagem, sendo sempre necessário um tempo de escuta das

duas em conjunto, antes de eu solicitar que ela saísse para atender Clara individualmente. Porém, a familiar sempre adentrava o quarto para buscar algo durante os atendimentos, trazendo suas falas e percepções sobre Clara e dizendo que esta tinha que querer viver, se curar e ficar boa. Após nova solicitação, Josefa se retirava de cena, porém esse era um funcionamento cíclico.

Na ausência dessa parente, Clara fala de sua dificuldade em lidar com a vida, desde antes do adoecimento, e que em alguns momentos pensava em desistir de tudo. Porém, na presença de Josefa, sempre reiterava a fala desta última, dizendo: *“Eu quero ficar boa. Deus vai me curar. Eu tenho fé”*. Com o agravamento da doença, Clara passou a apresentar momentos de confusão mental, agitação e de alucinações visuais. Ela narra que percebia quando aconteciam essas oscilações em *“sua cabeça”*, que sempre se lembrava do conteúdo das alucinações que tinha tido e que essas lembranças eram atravessadas de angústia.

Em um dos atendimentos diz que quer me contar o que a angustiava e começa a narrar uma de suas alucinações com demônios que vinham para buscá-la. Diz que ficava com muito medo de morrer e ser levada por esses demônios, e não por Deus, assim como acontecia com ela ao longo da vida, e que ela não sabia explicar o que a fazia largar a igreja e ir para a rua usar drogas. *“Era uma vontade que me dava, aí eu não pensava, só ia, não tinha como eu controlar”*. Tinha medo de ser levada pelos demônios e afirma: *“eu não quero morrer, não quero morrer. Mas, na verdade, eu sinto é que quero morrer, por isso fico com medo dos demônios. Porque quero morrer. E pra Deus não podemos querer morrer”*.

O caso de Clara nos ajuda a pensar a dissonância entre desejo e demanda que atravessa a clínica dos cuidados paliativos frente à demanda de cura, melhora, dirigida ao paciente pelo saber médico, pela equipe e pela família. Para Quinet (1988), o saber médico situa-se no registro da demanda e a psicanálise funciona no registro do desejo. *“Com efeito, o que a experiência da psicanálise demonstra é que a demanda do sujeito nem sempre corresponde ao que ele deseja, sendo demanda e desejo muitas vezes antinômicas.”* (QUINET, 1988, p. 9). Ao nos alertar sobre a causação psíquica inconsciente e de que somos habitados pelas pulsões de vida e de morte, Freud complexifica a análise no que diz respeito ao campo do humano, na contramão da proposta dos cuidados paliativos, que inclui apenas a dimensão produtiva do humano.

Passaremos, agora, ao terceiro capítulo deste estudo, no qual são discutidas as diferenças discursivas entre a psicanálise, psicologia e medicina, é apresentado o conceito de sujeito e são tecidas algumas considerações acerca da perda fundamental e do luto.

### 3 PSICANÁLISE E PSICOLOGIA EM CUIDADOS PALIATIVOS: SUJEITO, PERDA E LUTO

Se ela me deixou a dor  
 É minha só não é de mais ninguém  
 Aos outros eu devolvo a dó  
 Eu tenho a minha dor..  
 Se ela me deixou a dor é minha

A dor é de quem tem  
 É meu troféu é o que restou  
 É o que me aquece sem me dar calor  
 Se eu não tenho o meu amor  
 Eu tenho a minha dor  
 A sala, o quarto, a casa está vazia  
 A cozinha, o corredor  
 Se nos meus braços ela não se aninha  
 A dor é minha dor..

*Marisa Monte e Arnaldo Antunes*

Dando sequência ao que foi apresentado nos capítulos anteriores, abordo no presente capítulo, a partir da ética da psicanálise, as diferenças discursivas entre a psicanálise e a psicologia na atuação na clínica de cuidados paliativos oncológicos exclusivos. Para isso, discutirei a relação entre ciência, psicologia e psicanálise. Na sequência, discorro sobre a importância do conceito de sujeito na psicanálise. Por fim, a partir das principais correntes que fundamentam a psicologia em cuidados paliativos, problematizo alguns conceitos que balizam esse saber a partir da noção de perda e do conceito de luto em psicanálise.

#### 3.1 Psicanálise, ciência, psicologia e cuidados paliativos

É importante ressaltar que seria impensável que a descoberta do inconsciente freudiano tivesse lugar anteriormente ao nascimento da ciência, pois o psicanalista se ocupa do que resta da sutura que a ciência tenta fazer no contingente, como nos explica Darriba (2019) a partir de Lacan; o discurso analítico não equivale ao discurso científico, mas lida com material que a

ciência fornece. Lacan (1966/1998), em “Ciência e verdade”, ensina que a ciência, no sentido moderno, se postula como absoluta e que o sujeito sobre o qual a psicanálise opera é o mesmo da ciência.

Alberti e Elia (2008) apontam que, ao longo da sua obra, Lacan interroga as relações da psicanálise com a ciência. Em um primeiro momento, Lacan responde ao questionamento se a psicanálise pode ser uma ciência, pela associação da psicanálise às ciências conjecturais em contraposição às ciências experimentais, já distinguindo nesse momento a psicanálise das ciências ditas humanas. Porém, os autores indicam que a grande mudança ocorre quando Lacan coloca o sujeito no centro da questão, “ao observar que o sujeito está numa relação com o objeto no mesmo campo em que se constitui como sujeito” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 780).

Lacan (1966/1998) aponta que não é possível uma ciência do homem, pois o “homem da ciência não existe, mas apenas seu sujeito” (p. 873). A partir do artigo de Canguilhem (1958/1972) que se denomina “O que é a psicologia”, retoma a pergunta sobre o possível encontro da psicologia com seu fracasso, pois apenas a psicologia parece desconhecer o fato de que o homem da ciência não existe, e que essa “descobriu meios de se perpetuar nos préstimos que oferece à tecnocracia” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 873). A psicologia se torna, assim, a ciência do homem no real sentido da expressão, pois desconsidera a necessidade de ser sujeito para se fazer ciência.

A psicologia é um saber novo que data do final do século XIX e, desde seu nascimento, já se mostrava “gravemente associada ao discurso capitalista que introduzia parâmetros no afazer científico” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 782). Associação essa que atrela os ideais de produção à subjetividade e que tenta escamotear qualquer processo que toque a questão da finitude pela afirmação de que o sucesso da vida depende exclusivamente do modo como cada pessoa a conduzirá. Dentro desta perspectiva, a ênfase recai sobre as qualidades humanas inatas que devem ser desenvolvidas.

Porém, como observo em minha prática e como nos mostra Canguilhem (1958/1972), a procura da psicologia por esse homem cheio de atributos não se dá sem efeitos. Pois, como recolho nas falas de alguns pacientes sob transferência acompanhados por mim na unidade, sentir-se aquém destes ideais disseminados pelo discurso científico é percebido como impotência, como nos mostram as falas destes diferentes pacientes:

*“Às vezes parece que eu não estou fazendo as coisas direito, que sou eu que não estou conseguindo lidar com a doença, pelo modo como as pessoas aqui falam, que eu deveria estar melhor, deveria aproveitar a oportunidade que a vida está me dando...”* (Luana, paciente).

*“Eu não sou fraco, sou forte, mas as vezes fico triste, e aí me sinto culpado”* (Jairo, paciente).

*“Todo mundo fala que eu tenho que ficar bem, que eu tenho que melhorar, que agora só depende de mim, vou te confessar uma coisa, me sinto um zero à esquerda por não conseguir ficar do modo como todos dizem que eu tenho que ficar...”* (Osny, paciente).

*“Eu tô bem, fico a maior parte do tempo bem, mas também se eu fico mal, as pessoas falam tanto... que eu não tenho nem a oportunidade de sentir de verdade o que eu sinto, parece que estou fazendo alguma coisa errada”* (Pedrina, paciente).

Toda vez que eu tento dizer como eu me sinto, ou tento falar de algo que não está sendo fácil pra eu lidar, as pessoas logo me respondem: mas é assim mesmo ou isso vai passar logo ou tem que enfrentar... aí eu fico até mal, penso logo: nossa será que sou só eu que não sei enfrentar as coisas, qual o meu problema, me pergunto (Paulino, paciente).

*“Às vezes, me dói um pouco, saber que sou tão fraca e que não consigo me sentir bem... Todos dizem: você tem que lutar, tem que ser positiva... Seria mais fácil se eu conseguisse, todos ficariam felizes, mas eu não consigo”* (Mara, paciente).

Você tem que ser positiva, eles me dizem... Vou te falar, durante muito tempo eu chorei muito por não conseguir ser positiva ... mas ai depois eu vi melhor, só tem notícia ruim, a doença só piora, não tenho perspectiva de nada melhorar, só de agravar... Aí eu parei de me sentir um lixo, porque mesmo nesse cenário eu tô tentando viver. Vivo como eu posso, um dia me sentindo mal, no outro muito mal, no outro triste, no outro um pouco melhor... Mas pelo menos parei de achar que eu tinha que viver como diziam que eu tinha que viver, esse sofrimento de não me encaixar na paciente perfeita era muito grande. Vou te falar, eu olhei bem e percebi que esse negócio de ser positivo é porque eles nem conseguem escutar sobre meu sofrimento, quem dirá viver com ele como eu vivo diariamente (Marilene, paciente).

A proposta da psicologia em cuidados paliativos, grande parte das vezes, busca a “identidade do paciente paliativo” e visa potencializar suas ditas qualidades humanas para enfrentar a situação de adoecimento e lidar com a morte e o morrer. Porém, este saber desconsidera os limites próprios da condição do humano e que, frente às perdas significativas, um tempo de trabalho de elaboração faz-se necessário, como veremos no exemplo a seguir.

Álvaro, paciente jovem, usuário de drogas há algum tempo, perdendo parte da visão e da mobilidade corporal pela situação de adoecimento, relata que ao longo de sua adolescência sofreu por dificuldade de aceitação de sua imagem corporal e de si mesmo. Diz: *“eu sempre me senti sem lugar”*, e acrescenta que a doença apareceu em um momento de sua vida no qual estava começando a se sentir mais confiante e mais autônomo. Fala ainda que as pessoas tentam ajudá-lo desde o início do adoecimento, mas que ele dificulta esse processo pelo fato de usar drogas.

Eles tentam melhorar minha situação e eu a pioro usando drogas, mas não sobraram muitas coisas para eu fazer. Fico a maior parte do tempo sozinho, deitado pela dificuldade em me locomover, e usar drogas ainda é um dos poucos prazeres que eu consigo ter. Eu estava começando a ter sonhos, mas agora só tenho pesadelos. Eu até tento buscar ajudas, mas dependendo de sua condição social e financeira, isso fica mais difícil, aí sobra pouca coisa para mim.

No Brasil, as coisas vão ficando mais difíceis principalmente para algumas pessoas que não se encaixam no padrão. Vou te dar um exemplo: no Brasil se você é gay é difícil, mas se você é gay e negro piora, mas se você for gay, negro e pobre aí piora muito, mas se você for gay, negro, pobre e gordo, piora mais ainda, mas se você for gay, negro, pobre, gordo e tem câncer, aí você tá ferrado. E assim vai...

O que eu estou tentando te dizer com isso é que eu vivo uma outra realidade, muito diferente da maioria das pessoas. O mundo perdeu o interesse para mim, ele ficou muito desinteressante, esse é um dos motivos de eu continuar a usar drogas.

Eu fico muito chateado, com raiva e me machuca muito, quando as pessoas dizem assim: ‘Ah, mas tem que ter esperança. Tem que enfrentar o câncer. Cuidados paliativos é mudança, qualidade de vida... Você tem que ter força de vontade para continuar vivendo sua vida.’ As pessoas vivem outras vidas, em outra realidade, não sabem da minha realidade. É muito fácil dizer, como já escutei de alguns profissionais, que ‘você tem que se inspirar na Anami’<sup>17</sup>. As pessoas não entendem que são cânceres diferentes em corpos diferentes, que tiveram oportunidades e vidas diferentes. Uma coisa é seguir a vida quando você vira digital influencer, quando você tem dinheiro, acesso ao tratamento, recursos disponíveis... O que me chateia é assumirem que isso é a regra, que todo paciente com câncer tem que ser assim. Como se fossemos todos iguais “o paciente paliativo”, “o paciente com câncer” [...].

Eu queria usar menos droga, pedi consulta com o psiquiatra. Não tem no hospital, não tem na rede básica [...] tem que pagar a consulta, que é cara, ou não tem consulta. Se eu conseguir juntar o dinheiro da consulta, tem o dos remédios...

Minha realidade é ficar deitado o dia todo nessa cama, sozinho. Sem ter nada da minha vida como era antes. Eu queria era escrever um livro que realmente falasse sobre essa outra realidade do paciente com câncer [...]. Mas o que vira livro em cuidados paliativos são as histórias bem-sucedidas. Desconheço livros que tragam as falências das histórias (Álvaro, paciente)

As falas de Álvaro, assim como os fragmentos de outros pacientes acima citados, apontam algumas implicações da incidência do discurso dos cuidados paliativos no paciente, pois, ao veicular os ideais de produção e potência, esse saber produz isolamentos e silenciamentos acerca das questões do sujeito, da perda e da finitude. Diante disso, reafirmo a importância nesse cenário da presença do psicanalista que, ao escutar o sujeito do inconsciente, faz barreira aos excessos das intervenções dos cuidados paliativos e favorece que o paciente se expresse de modo singular.

### 3.1.1 Medicina, ciência e capitalismo

Alberti (2008) aponta que Lacan, na conversa com estudantes da Universidade de Yale, em 1975, afirma que a psicanálise seria a última *flor da medicina*, pois essa seria o lugar no

<sup>17</sup> Jornalista, paciente com câncer de mama em tratamento paliativo, escritora dos livros: “Enquanto eu respirar” e “Vida inteira: uma jornada em busca do sentido e do sagrado de cada dia” e criadora do perfil @paliativas no Instagram.

qual a medicina “pode encontrar refúgio, pois em outros ares ela se tornou científica, coisa que menos interessa às pessoas” (LACAN, 1975 apud ALBERTI, 2008, p. 155). No entanto, a autora considera que o científico ao qual Lacan se refere não está ligado à herança cartesiana, mas, sim, à conjunção contemporânea entre ciência e o discurso capitalista que atou o gozo às leis e ao funcionamento do mercado.

A partir da relação entre ciência e capitalismo, podemos pensar que a medicina se encontra cada vez mais afeita à ideia de produção e da gestão de gastos. São essas duas ideias que permeiam os cuidados paliativos desde seu início e que, como observo em minha práxis, trazem consequências importantes para os pacientes.

Há algo que a medicina corre o risco de perder na intersecção com o discurso capitalista, algo que lhe é intrinsecamente original, a verdade do sujeito que a procura por estar aflito, esse algo que também está na origem da psicanálise que pode servir à medicina para que reencontre sempre e ainda o que corre o risco de perder. Então, o que a psicanálise tem a oferecer à medicina é o espelho do que, no fundo, a medicina é: a flor de que falava Lacan (ALBERTI, 2008, p. 156).

Darriba (2019) afirma que a psicanálise é convocada para o campo da medicina a partir dos universais, ao passo que a operação analítica ocorre apenas a partir do particular. Ao situar o sujeito articulado à linguagem como um significante que representa para outro significante, a psicanálise indica que há sempre um resto, um impossível de dizer. Considerar o sujeito um ser de linguagem equivoca a totalização atribuída, por alguns saberes, ao humano. Definir o sujeito por sua relação com a linguagem é situar um processo de constituição, sempre inovador, pois a incidência do significante será sempre singular, o que se coloca na contramão do que tentam fazer algumas psicologias que explicam o humano e a subjetividade pela anatomia fisiológica.

Alberti e Elia (2008) indicam que, para pensar se a psicanálise é, ou não, ciência, faz-se necessário estabelecer com clareza o que o termo ciência, enquanto categoria epistemológica, quer dizer. Através de uma perspectiva rigorosa, entende-se ciência como o modo de produção de conhecimento que segue “os parâmetros metodológicos estabelecidos por Galileu e interpretados pela arquitetura discursiva de Descartes” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 784) - que seriam: despojamento das qualidades sensíveis ou anímicas do objeto; uso de linguagem despojada de significações compartilhadas por um saber comum; obediência ao princípio da contingência e da universalidade. Esses elementos caracterizam o método hipotético-dedutivo criado por Galileu. Para os autores, a psicanálise advém do método que fundou a ciência moderna.

A psicanálise, nesse sentido, é estritamente derivada do método inaugural da ciência moderna, e se não permanece no campo da ciência, é por operar neste método uma subversão radical, pela qual introduz, na cena (por isso dita Outra cena, a do inconsciente), precisamente, aquilo que o discurso da ciência, por ser a-semântico,



universal e contingente, introduziu mas, no mesmo golpe, expeliu de seu campo operacional: o sujeito (e não o homem). A psicanálise opera com o sujeito, o mesmo da ciência, que no entanto sobre ele nada opera. (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 784, grifos dos autores).

Os autores escrevem que as ciências do comportamento que criticam a psicanálise acusando-a de ser uma “*folk psychology*” são contrárias a qualquer orientação que identifica a psicologia como estudo do sujeito articulado à linguagem. Para estas, a ciência seria o que foi denominado como método empírico-indutivo, “o procedimento que parte da observação da realidade, recortada em dados da ordem particular, estabelece correlações cada vez mais precisas até chegar a estabelecer determinações causais de caráter geral” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 785).

Os métodos hipotético-dedutivo e empírico-indutivo encontram-se em lados opostos, pois o último não parte de postulados lógicos, e sim de premissas, e não opera segundo o princípio da contingência. O empírico-indutivo, ao deixar de fora o contingente, não inclui a incidência dos efeitos da linguagem, “do elemento material e asemântico na constituição do sujeito, por exemplo. Recalcando o contingente, ingressa no necessário da determinação neurológica [...]” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 785).

A partir do *cogito* (“Penso, logo sou”), Descartes realiza uma operação que desloca o homem da dúvida para a certeza, certeza de ser, por pensar. Ascende à condição ontológica pelo pensamento, afirmando a existência sustentada pelo pensamento; essa existência acontece por uma inscrição no mundo simbólico. O filósofo distingue dois mundos, um em que as coisas existem por serem representadas conceitualmente, e outro no qual elas não são.

Era, então, a criação de um novo discurso: o da ciência. [...] O cogito cartesiano inaugura uma cisão do objeto na ciência e, por conseguinte, no discurso: de um lado, o objeto real- por exemplo, a estrela no céu -, de outro, o objeto construído enquanto conceito, ou seja, a simbolização do objeto, a estrela formulada no papel do astrônomo fazendo-a existir no cálculo científico, substituindo metaforicamente aquela que continua no céu. O cogito ergo sum é, fundamentalmente, a possibilidade de dar existência ao objeto do pensamento, distinto da imagem que temos dele e distinto do real (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 787).

A introdução dos três registros de Lacan (real, simbólico e imaginário) auxilia na discussão da relação da psicanálise com a ciência, pois esta trabalha com um mundo que é o das representações, que estão submetidas às leis específicas e intransponíveis de um determinado campo de saber, mas dentro de um mesmo regime metodológico. No que concerne à psicanálise, não se trata de uma diferença que a particulariza entre as outras ciências, mas do fato de que esta não se reduz inteiramente ao universo da representação. Lacan articula o mundo da ciência com o simbólico; o discurso científico afirma um mundo simbólico.

“A psicanálise é filha da ciência na medida em que se atém às determinações criadas por Descartes, segundo as quais há um pensável e um impensável, um dizível e um indizível, um conceituável e um impossível de conceituar” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 788). Mas a psicanálise não se ocupará apenas do que é dizível, pensável e conceituável, pois, como ensinou Lacan, o ser humano transita nos três registros. A psicanálise não se reduz ao simbólico, pois há algo no sujeito que é irrecuperável no simbólico, que não é redutível à representação.

Os autores supracitados afirmam que Lacan, ao estudar o campo da realidade psíquica, fala do simbólico como o campo dos símbolos e representações, o real como o que está fora do símbolo e o imaginário como a construção que cada um projeta da realidade para velar o furo do real na passagem de um significante a outro. “O simbólico é o que existe, o real ex-siste ao simbólico e o imaginário dá a consistência das *Gestalten* que formamos” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 790).

Por estar no mundo simbólico, a ciência comporta um limite, pois apenas pode afirmar algo no campo do dito, do passível de ser dito. O que não é do campo do simbólico é inlegível pela ciência. Porém, em minha atuação em cuidados paliativos, vejo que há a tentativa da incursão do saber médico de incluir o que está fora de seu escopo de saber e de explicar e controlar o real da morte e da finitude, o que me coloca a questão se há nessa tentativa algo que ignore o limite próprio ao saber científico.

A influência do discurso capitalista no discurso da ciência foi crescente em meados do século XX, e com ela a crença em um mundo de representações para além dele mesmo. A junção entre ciência, medicina e capital enfatiza as noções de produção em saúde e deixa de fora os limites próprios ao saber e que, no caso dos cuidados paliativos, ainda busca ampliar seu campo de saber para além da própria medicina. Este ponto nos dá pistas sobre as dificuldades encontradas em meu fazer, como psicanalista neste hospital, pois os cuidados paliativos, ao assumirem que o paciente é totalmente explicável e cognoscível pela palavra, como se o único registro fosse o simbólico, deixa de fora parte das questões que tocam o sujeito.

Esta questão me remete a minha experiência como especializanda de psicologia na clínica de ginecologia oncológica, na qual era parte da função da psicologia o atendimento ambulatorial a todas as pacientes com indicação de tratamento cirúrgico para avaliação e acolhimento. Geralmente se fazia uma abordagem pontual que só se repetia em situações muito específicas. O atendimento fazia parte do protocolo pré-cirúrgico e a cirurgia apenas era marcada após o paciente cumprir todo o protocolo dos atendimentos, salvo em situações de emergências. Na época, questionava sobre a função desse atendimento com recorte tão pontual, mas fui surpreendida. Vejamos a seguir.

Maria, paciente jovem, diz ter ido à consulta da psicologia por esta ter sido marcada, assim como foram as outras consultas marcadas para sua cirurgia. A consulta da psicologia seria sua última consulta antes da cirurgia. Ela fala sobre seu percurso diagnóstico, sua história familiar, o impacto da descoberta da doença, porém tudo de modo breve, e a partir das minhas perguntas ela apresenta outros elementos de sua vida, mas ainda com certa economia em suas respostas. O atendimento de Maria se finda, encerrando seu protocolo pré-cirúrgico.

Como rotina do serviço de psicologia da unidade, todas as pacientes da cirurgia eram acompanhadas durante a internação pós-cirúrgica pela mesma psicóloga que realizou o atendimento pré-cirúrgico. Cerca de um mês após esse meu primeiro contato com Maria, ela realizou a cirurgia. Quando chego à enfermaria para atendê-la, em seu pós-cirúrgico, Maria abre um sorriso e, antes que eu fale alguma coisa, ela diz: “*meu anjo veio me visitar*” e se vira para a colega de enfermaria ao lado e diz, apontando para mim: “*ela é meu anjo*”. Respondo, sem nada entender, apenas com um sorriso, seguido da fala: “*Maria, eu sou a Ana Beatriz, psicóloga que te atendeu no ambulatório antes da sua cirurgia, e eu vim para ver como você está*”. Maria prontamente me responde:

eu sei, você é o meu anjo. Naquele dia que eu fui à consulta com você, era minha última consulta antes da minha cirurgia, e eu estava decidida a não fazer a cirurgia. Eu estava com muito medo da cirurgia. E mesmo o cirurgião me dizendo que meu câncer era muito pequeno, com muitas chances de ficar curada [...] eu estava decidida a não realizar a cirurgia, pois achei que morreria na cirurgia. E naquele dia, após conversar com você, eu não sei como, mas isso mudou e eu tive coragem de vir. Obrigada (Maria, paciente).

A escuta de Maria, que durante o atendimento realizado nem sequer mencionou algo sobre seu receio de fazer a cirurgia, mas que, num segundo momento, apontou a sustentação da cirurgia como um dos possíveis efeitos de sua fala, nos mostra que apenas *a posteriori* podemos recolher os efeitos do que acontece na clínica. Fato esse que podemos relacionar com o transitar do humano nos três registros e do qual extraímos como consequência uma impossibilidade de um fazer clínico dirigido e que exclua a dimensão do sujeito, como veremos no tópico a seguir.

### 3.2 Notas sobre o sujeito em psicanálise

O conceito de sujeito, de grande relevância para a psicanálise, foi introduzido por Lacan em seu retorno a Freud, visto que o sujeito como categoria não aparece na obra freudiana. Contudo, as elaborações de Freud trazem à tona um campo de fenômenos no qual faz-se necessária a suposição do sujeito do inconsciente. Pode-se dizer que o sujeito se impõe ao

trabalho analítico e que Lacan se debruçou no trabalho com a categoria de sujeito extraindo as consequências desta suposição que se apresenta na experiência psicanalítica (SILVA, 2012).

Ao indagar se a categoria de sujeito pode ser entendida como um conceito, Elia (2004) pensa o que é um conceito no campo da ciência e no campo filosófico. A partir disso, menciona que a ciência moderna é resultado de um corte discursivo que rompe com a episteme antiga. Com Lacan, Elia (2004) afirma que o sujeito é uma categoria moderna e que seu surgimento é contemporâneo ao da ciência.

A partir do abalo provocado pelo corte da ciência moderna e do ponto de angústia que emerge nesse momento, Descartes faz da dúvida seu método e inaugura o *cogito*. Mesmo que pudesse duvidar de tudo, sua única certeza é a de que duvida, fazendo, assim, um giro da dúvida para a certeza.

Pela primeira vez na filosofia, o discurso do saber se volta para o agente do saber, permitindo tomá-lo ele próprio, como questão de saber [...]. Não é anódino que o sujeito apareça em um momento que poderíamos qualificar de momento de angústia na história do pensamento. A aparição do sujeito no cenário do pensamento se fez através da angústia e da incerteza em relação ao que se dera até então como um mundo mais ou menos compreensível para o entendimento do homem (ELIA, 2004, p. 13).

No entanto, é só a partir de Freud que poderemos ter elementos para esclarecer essa relação de equivalência entre a emergência do sujeito e a da angústia. Na psicanálise trabalhamos com o sujeito e não com o indivíduo, ou com a pessoa humana, ou com a essência. A subversão da psicanálise foi ter criado meios para se operar com o sujeito que já estava colocado pela ciência desde seu advento.

Conforme recolho em minha experiência como psicanalista em hospitais, o sujeito não seria um conceito em seu sentido clássico de um constructo para conferir inteligibilidade a um recorte da realidade, mas esse se coloca como um conceito fundamental que se impõe à experiência. Como aponta Elia (2004, p. 16), o sujeito “mais se impõe ao trabalho teórico do psicanalista do que dele decorre como construção”.

Freud, ao criar a associação livre como regra fundamental da psicanálise para acessar o inconsciente, propõe de forma absolutamente inovadora que o analisante se lance na experiência da fala sem um determinado objetivo, ou seja, falar ao ir falando. Para Elia (2004), a regra da associação livre *desqualifica* o sujeito do inconsciente.

Desqualificar a fala do sujeito equivale, portanto, a criar condições de desqualificação, de ausência de qualidades, que pavimentam as vias de acesso do inconsciente à fala, ao discurso concreto do sujeito. Desqualificar a fala do sujeito é o equivalente a “qualificar” o sujeito do inconsciente como “um sujeito sem qualidades” e é a única forma de criar um acesso precisamente pela via da fala assim proposta a que o sujeito do inconsciente possa emergir nessa fala (ELIA, 2004, p. 19).

No hospital, as falas da equipe de saúde direcionadas aos pacientes e familiares passam por perguntas dirigidas diretamente às investigações dos quadros clínicos ou das derivações que a doença produziu na vida dos pacientes. Essas indagações se destinam ao que o especialista busca saber, ou seja, estão ligadas ao saber do especialista, como exemplifica esta fala da paciente Genoveva: *“De mim, eu só falo com você. Com os outros profissionais que vem aqui eu só respondo o que me perguntam, então, eu só falo da doença”*. Outro fator que chama minha atenção é o estranhamento causado na equipe pelo fato de algumas vezes as respostas dos pacientes escaparem ou irem na contramão das perguntas realizadas pelos profissionais que visam elucidar as investigações dos quadros clínicos, como observamos na fala desta pessoa da equipe: *“Impossível conversar com ele (paciente), eu pergunto A e ele responde B”*.

Porém, também, muitas vezes recolho, a partir de algo da transmissão da psicanálise no campo institucional, as falas de alguns profissionais que percebem esse desvio da resposta como indicativo da necessidade de fala e me solicitam o atendimento da psicologia. Frente a isso, vemos que o lugar que a escuta analítica sustenta no hospital, a partir da regra fundamental de Freud, é muito importante, pois passa por afirmar algo do discurso do inconsciente e de que o paciente, atravessado por uma situação de adoecimento radical, possa acessar algo de sua causação psíquica e do seu desejo e não apenas responder do lugar de doente.

Segundo Porge (2009, p. 152), “o analista é um generalista do sujeito, não um especialista de subjetividades (da criança, dos drogados, dos deprimidos... das novas patologias, dos novos sujeitos)”, pois o significante apenas representa um sujeito para outro significante, visto que há algo no sujeito que é representado e ao mesmo tempo se furta a essa representação. O sujeito é representado apenas no instante em que se articula em um encadeamento significativo, haja vista que, na sequência, este segue em trânsito “e o significante que disse o sujeito, não pode mais localizá-lo. Assim, o sujeito é o imaginário e o simbólico da representação, mas é também o real que se furta a esse processo” (SILVA, 2012, p. 25).

Essas observações feitas acerca da relação do sujeito com o significante nos alertam que a proposta da psicologia em cuidados paliativos de abordar o paciente sob a noção de uma qualidade tende a fixá-lo em um atributo e a ensurdecer a escuta do profissional frente à emergência do sujeito como furo nesses atributos. “Fazendo coincidir sujeitos e subjetividades com as determinações sociais (muito gerais e imprecisas) esquece-se a fala singular. Ali onde os sujeitos são identificados de fora, eles são fixados em uma identificação que faz identidade” (PORGE, 2009, p. 155).

No contexto de atuação em um hospital de cuidados paliativos a psicanálise tem muito a contribuir, pois, ao propor a associação livre como método da psicanálise, Freud faz uma

importante virada que coloca o saber do lado do paciente, impossibilitando a proposta de um trabalho analítico com falas dirigidas e com um caráter focal tão comum como direção de trabalho da psicologia no hospital<sup>18</sup>. Porém, ao fazê-lo, Freud não dá a ênfase do tratamento ao “paciente” e sim a sua fala, ao saber que pode ser construído pela fala. “A regra quer dizer também que Freud não coloca o crédito de seu dispositivo na pessoa do analisante, mas na sua palavra, desde que esta seja dita segundo o modo ditado pela regra. É nisto que reside o rigor do método” (ELIA, 2004, p. 20).

Dessa forma, utilizando o método da associação livre, Freud busca acessar uma outra cena, a cena do inconsciente, pois para este as qualidades são substitutivas, efeitos de identificações e encobridoras da posição do sujeito. Ao abandonar a hipnose e adotar o método da associação livre, Freud introduz algo absolutamente inovador e diferente da medicina - para a qual o saber está sempre do lado do médico -, visto que supõe o saber sobre o sintoma do lado do sujeito.

Henrique, paciente internado por dores fortes e dispneia, fala de sua angústia pelo processo de adoecimento, diz ter grande ansiedade toda vez que sente dor ou qualquer outro sintoma originado pela doença avançada e que tem muito medo de morrer, como me narrou:

A angústia me acompanha todo o tempo, mas em alguns momentos, como agora, ela fica diminuída...E apenas com a medicação consigo reduzir essa ansiedade e controlar esse intenso processo. Quando a angústia vem, sou invadido por uma vontade de sair correndo, de pular, de gritar, mas não consigo fazer nenhuma dessas coisas, pelos limites da doença no meu corpo. Sou então, atingido por uma ansiedade e uma agitação. Desde o início da doença precisei começar a tomar ansiolíticos e antidepressivos. E agora está um pouco melhor, pois a médica retornou com a medicação. Agora estou mais calmo, pois estou sem a dor. Todos me dizem que tenho que controlar essa ansiedade, que é coisa da minha cabeça. E quando ela está assim baixinha, é mais fácil para mim, pois fica mais fácil para eu controlar. Aí assim é mais impossível de controlar ela, é mais fácil de controlar ela, entendeu? (Henrique, paciente).

O uso de *impossível* no lugar de *possível* mostra as falhas na fala que apontam para a emergência de algo do campo do sujeito. E nos indicam o que não estava sendo possível de controle na experiência de Henrique diante da possibilidade de sua própria morte e do encerramento de sua vida. Conforme escreve Elia:

Freud se dirige ao sujeito, supondo que há algum saber do lado do sujeito, e que os elementos inconscientes (os significantes recalçados na cadeia inconsciente) que constituem com este saber, ao emergirem na e pelas falhas da fala desse sujeito, estarão, no mesmo ato, supondo o sujeito por eles representado (ELIA, 2004, p. 24).

---

<sup>18</sup> Angerami Camon; Romano; Simonetti; Júlio de Mello Filho, entre outros.

Para Lacan, a constituição do sujeito não se dá fora da relação com o Outro. Para pensarmos esse processo, é necessário incluímos o campo no qual ele se constitui, o campo da linguagem. O sujeito é efeito do campo da linguagem. A psicanálise, ao incluir o plano social na constituição do sujeito, o faz de forma a manter a positividade da concepção de sujeito do inconsciente.

Para a psicanálise, portanto, o sujeito só pode se constituir em um ser que, pertence à espécie humana, tem a vicissitude obrigatória e não eventual de entrar em uma ordem social a partir da família ou de seus substitutos sociais e jurídicos [...]. Sem isso ele não só não se tornará humano (a espécie humana, em termos filogenéticos, não basta para fazer de um ser nela produzido um ser humano, argumento que dá sentido à palavra humanização) como tampouco se manterá vivo: sem a ordem familiar e social, o ser da espécie humana morrerá (ELIA, 2004, p. 39).

Essa condição de necessitar da intervenção do adulto para sua sobrevivência é o que Freud denominou de desamparo fundamental do humano. Para designar esse adulto próximo mencionado por Freud e a ordem social e cultural que este encarna, Lacan cunha a categoria de Outro. O sujeito é um ato de resposta a partir do encontro com o Outro – “esqueleto material simbólico” (ELIA, 2004, p. 40) - materno. Dito de outra forma, a introdução de um conjunto de marcas significantes pelo Outro materno suscitam no corpo do bebê uma resposta chamada sujeito (ELIA, 2004).

Bruce Fink (1995) ressalta que nem sempre é fácil de se ver o papel do sujeito no ensino de Lacan, pois esse aparece em diferentes pontos de sua obra e às vezes não parece haver uma convergência para um conceito facilmente identificável. Lacan (2007), no seminário 23, afirma que o “sujeito é apenas suposto” (p. 49), porém, como já mencionado, essa suposição é necessária e se impõe à experiência psicanalítica. O sujeito lacaniano não se confunde com indivíduo, pois este último está ligado ao campo das identificações do eu, lugar de fixação e de ligação narcísica. O sujeito do enunciado, ao representar o eu, também não coincide com o sujeito lacaniano. Este não aparece no que é dito, pois não está totalmente de acordo com que está dizendo; há ali uma ambivalência que diz sim e não ao mesmo tempo (FINK, 1995).

Fink (1995) recorre à expressão “sujeito freudiano” para falar da transitoriedade do sujeito o qual ele provisoriamente define como furo no discurso, “uma vez que um sujeito tenha feito uma declaração, o que ele disse usurpa seu lugar, o significante o substitui; ele desaparece.” (FINK, 1995, p. 62-63). O autor aponta ainda que é notável no sujeito freudiano o fato de emergir para desaparecer instantaneamente, e segue dizendo que, diferentemente do sujeito cartesiano - no qual ser e pensar coincidem -, o sujeito lacaniano, pela inclusão da cena inconsciente, “pode ‘ter’ pensamentos ou ser, mas nunca ambos ao mesmo tempo” (FINK, 1995, p. 65), virando do avesso o sujeito de Descartes.

Esse sujeito cartesiano é caracterizado pelo que Lacan chama de “falso ser” (Seminário 15), e esse falso ser manifesta-se a cada momento em que o analisante diz, ‘Sou o tipo de pessoa que é independente e liberal’, ou ‘Fiz o que fiz porque era a coisa mais magnânima a ser feita, e eu apenas me empenho em ser não apenas justo, mas generoso’. Um self fixo é postulado em tais afirmações, o ser inconsciente é rejeitado; é como se tal analisando estivesse dizendo a seu analista, ‘Posso contar para você tudo sobre mim porque *eu sei*. Não me iludo, eu me conheço (FINK, 1995, p. 65).

O sujeito lacaniano “ou não penso ou não sou” (FINK, 1995, p. 66) marca a divisão do sujeito, de modo que as duas “partes” do falante têm traços em comum e estão separadas radicalmente. “Essa divisão significativa é produto do funcionamento da linguagem em nós quando começamos a falar ainda crianças” (FINK, 1995, p. 67). O autor formula que o sujeito dividido não é a última palavra de Lacan a respeito da subjetividade, pois o lacaniano é o ato de assumir a responsabilidade por aquilo que irrompe na fala como os lapsos da língua e os atos falhos, ou seja, passa por ser responsável por uma posição. O sujeito lacaniano possui, assim, um componente ético que retoma à afirmação de Freud (1933[1931]/1996) de que devo eu advir, no lugar onde isso se encontrava.

Essa discussão do sujeito em psicanálise é fundamental para pensarmos o lugar da escuta do psicanalista em um hospital de cuidados paliativos e nos auxiliará na sequência de nosso estudo, no qual abordaremos as diferenças discursivas entre a psicologia e a psicanálise diante da clínica dos cuidados paliativos a partir de minha inserção no referido hospital.

### 3.3 Diferenças discursivas entre psicologia e psicanálise em cuidados paliativos

A atuação como psicóloga concursada no HC IV colocou para mim, desde o início, um importante ponto de embate, mas esse ponto de conflito apenas foi tomando contorno mais definido conforme pude avançar em meu estudo em alguns pontos da teoria psicanalítica, sobre a inserção do analista no hospital, bem como da teoria da filosofia dos cuidados paliativos e sua proposta para atuação do psicólogo. A partir dos estudos que foram realizados para a elaboração dessa pesquisa de dissertação, notei que algo do que se colocava de modo pouco claro como mal-estar em minha experiência, e que por este motivo era difícil situar como questão específica, algo que apenas apresentava-se como desconforto na experiência de trabalho na referida unidade, pôde ser melhor situado dentro da perspectiva da ética da psicanálise. Dessa forma, considero necessário situar algo dessa elaboração neste tópico.

Ao longo do processo desta pesquisa, percebi que grande parte dos questionamentos abordados no presente trabalho vieram como uma tentativa de resposta ao mal-estar que a rotina no HC IV me provocava. Vale lembrar que minha entrada para trabalhar nesta unidade se deu



pela minha formação acadêmica para o cargo de psicóloga, assim como todas as minhas atuações anteriores em hospitais. Ao longo dos anos trabalhando em hospitais, avancei, a partir dos questionamentos suscitados pela prática, na construção do saber acerca do fazer do analista no hospital. Porém, algumas especificidades da clínica dos cuidados paliativos escapavam.

No trabalho em hospitais, percebo que é esperado que as equipes não médicas que ali atuam exerçam o papel de auxiliar do saber médico, como fica exemplificado nessa fala que escutei de um médico em um hospital geral: *“Funciona assim, deixa eu te explicar: o hospital é como uma orquestra e o médico é o maestro que rege a todos”*. Apesar dos inúmeros questionamentos que ouvi nesses anos trabalhando em hospitais das equipes multidisciplinares, sobre não terem suas avaliações e condutas levadas em consideração pelos médicos, para mim, a questão suscitava algo a mais, pois percebia também nas falas das equipes multidisciplinares um posicionamento diante do saber médico que coadunava com a ideia central da fala do médico acima apresentada, sobre serem regidos pelo saber médico.

Dentro do hospital, há a tentativa de fazer parte ou ser reconhecido pelo saber médico para ter validados os posicionamentos teóricos e condutas. Não é incomum, portanto, a incorporação do vocabulário médico pelos profissionais não médicos que ali atuam. Considerando que o hospital na contemporaneidade é o lugar privilegiado do saber médico, os profissionais de saúde precisam saber transitar por esse discurso para que alguma interlocução seja possível. O que se evidencia nas falas colhidas ao longo desses anos de trabalho em hospitais é algo além e que aponta para a incidência do discurso médico na produção de saber acerca dos outros discursos da saúde.

Do lado da psicologia, podemos dizer que, mesmo essa sendo constituída como espaço de dispersão de saber (GARCIA-ROZA, 1977), nota-se na proposta de atuação em hospitais que muitas das teorias que balizam esse saber-fazer apresentam um ponto de interseção, pois grande parte da literatura das psicologias hospitalares<sup>19</sup> é direcionada ao entendimento do psiquismo pela psicossomática<sup>20</sup>. Ou seja, há a leitura do corpo pelo olhar do saber biomédico, o que reforça a posição da psicologia em hospitais como auxiliar do saber médico. É esperado, assim, que a psicologia em hospitais contribua com seu saber acerca do psiquismo para dar sentido ao que escapa ao saber da medicina. Nessa perspectiva, a psicologia entraria nos hospitais para explicar as questões psíquicas e tentar completar essa falta no saber médico.

Desse modo, percebo que a posição das psicologias hospitalares é a de tentar responder a falta do saber médico, desconsiderando a impossibilidade da completude quando se lida com

---

<sup>19</sup> Angerami-Camon; Romano; Simonetti; Júlio de Mello Filho, entre outros.

<sup>20</sup> Júlio de Mello Filho.

o campo do humano. Podemos pensar, então, que na construção dos saberes das psicologias que atuam em hospitais há a produção, como efeito, de algo do qual se queixam os psicólogos frente às solicitações do saber médico quando são chamadas a atuarem "apagando incêndios<sup>21</sup>". No entanto, com minha entrada em um hospital de cuidados paliativos percebi algo a mais nessa questão da atuação da psicologia em hospitais, uma vez que - como já mencionado nos capítulos anteriores - há nos cuidados paliativos a extrapolação do saber médico. Por conta disso, identifico como efeito, no campo da psicologia que atua nessa área, um distanciamento teórico, ainda maior, das correntes da psicologia e uma maior aproximação das teorias médicas para explicar o psiquismo e os comportamentos diante da possibilidade da morte.

Noto que a indagação acima mencionada aparece de modo mais claro quando observamos que há nos cuidados paliativos a tentativa de apagar as fronteiras entre os saberes multidisciplinares, principalmente pela adesão de um discurso único guiado pelos conceitos médicos e que devem ser utilizados por todos os paliativistas. Por mais que possa haver na unidade mais diálogo entres as equipes assistenciais, percebo que esse diálogo não se dá na direção de levar em conta as diferenças discursivas, e sim de tentar apagá-las e fazer um saber uníssono.

Dentro da produção teórica da psicologia em cuidados paliativos<sup>22</sup> e dos textos indicados e utilizados pelos psicólogos, noto o esvaziamento em relação às produções da psicologia no hospital, pois este fica restrito exclusivamente à lógica do saber médico relativo aos cuidados paliativos. Criam-se conceitos como o de dor total (SAUNDERS, 1967)<sup>23</sup> e a teoria das fases do luto (KUBLER-ROSS, 2012), que foram utilizados para explicar de modo protocolar, dentro dos cuidados paliativos, tal como um compêndio médico, o funcionamento do psiquismo diante de determinados acontecimentos da vida e as técnicas necessárias para lidar com eles.

Diferente do que observo nas teorias que embasam as psicologias hospitalares, que se apoiam no olhar biomédico e nas diferentes teorias da psicologia, mas que trazem alguma pluralidade, noto que nos cuidados paliativos há a busca pela certeza na univocidade do humano e a atuação em psicologia cunhando seu saber nessa certeza. Junto a isso, identifico que as

<sup>21</sup> Fala comumente escutada de profissionais psicólogos ao se queixarem que grande parte das demandas que lhe são destinadas são para solucionar/pacificar situações que escapam ao controle do saber médico e institucional.

<sup>22</sup> Carvalho; Castro; Hennezel, Kübler-Ross; Franco; Kovács; Lustosa; entre outros.

<sup>23</sup> O conceito de dor total foi elaborado em 1967 por Cicely Saunders, na Inglaterra e define que todos os aspectos da vida do paciente (físico, emocional, social e espiritual) concorrem para a geração da dor e a manifestação do sofrimento. De formação multiprofissional - enfermeira, médica e assistente social - Saunders dedicou sua vida aos doentes fora da possibilidade de cura. Para ela, quando não era mais possível curar, era possível cuidar. E, com o objetivo de permitir que o paciente pudesse viver tão plena e dignamente quanto possível a doença e a morte, fundou o "Hospice" São Cristóvão, em 1967 (CARVALHO, 2009).

discussões sobre as conduções clínicas dos casos enfatizam a empatia<sup>24</sup> e a e compaixão<sup>25</sup> do profissional psicólogo como importantes norteadores, como vemos na explicação a seguir sobre a atuação do psicólogo em cuidados paliativos:

A intervenção técnica, a empatia e a escuta acolhedora verbal e não-verbal, por parte do psicólogo possibilitam ao paciente o conforto com seus conteúdos internos, suas angústias e sentimentos em geral, para que a partir daí inicie o processo de aceitação, elaboração e superação (OTHERO; COSTA, 2007, p. 159).

Podemos observar algo semelhante na afirmação de que no trabalho do psicólogo em cuidados paliativos “a compaixão, entendida como a capacidade de compreender a dor do outro, um dos preceitos dos cuidados paliativos, deve ser sempre parte da técnica e da prática” (OTHERO; COSTA, 2007, p. 160). Do ponto de vista da ética da psicanálise, elaborar ou direcionar a condução clínica a partir da empatia apresenta questões, pois esse direcionamento parte da ideia de que há um campo de sentido único, que existiria *a priori*, do qual todos fazemos parte, ou seja, acredita-se que é possível acessar a experiência do outro, como se fosse o outro, pela identificação. Além de reduzir a técnicas questões que são éticas (CASTILHO, 2016) e que necessitam de manejo transferencial.

Castilho (2016) nos mostra que não se dá sem consequências a operação realizada pelo discurso vigente na área da saúde que prioriza a técnica em detrimento das questões que tocam a dimensão subjetiva. Assim, é necessário que se introduza, a cada vez, a pergunta acerca dos limites dos próprios protocolos e procedimentos. O que fica retirado da cena, na tentativa de homogeneização e padronização pela técnica, é a singularidade de cada paciente.

Podemos afirmar que a proposta da psicologia em cuidados paliativos passa por buscar através da compaixão e empatia a compreensão para posterior explicação da identidade do paciente paliativo, mas há aí um engodo, pois a categoria paciente paliativo não diz de pessoa alguma. Como bem apontam Alberti e Elia (2008), pela descontinuidade que há entre um significante e outro, a estruturação que cada um projeta da realidade para tamponar o abismo do real se dá pelo imaginário. A psicanálise nos mostra que essa imaginarização traz sempre consigo um engano, pois a realidade que construímos é dependente da realidade psíquica de

<sup>24</sup> Capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria. Aptidão para se identificar com o outro, sentindo o que ele sente, desejando o que ele deseja, aprendendo da maneira como ele aprende etc.; identificação. Identificação de um sujeito com outro; quando alguém, através de suas próprias especulações ou sensações, se coloca no lugar de outra pessoa, tentando entendê-la (Fonte: <https://www.dicio.com.br/empatia/>- Acesso: 31/01/2022).

<sup>25</sup> Sentimento de piedade com o sofrimento alheio; comiseração, piedade. Sentimento de pesar, de tristeza causado pela tragédia alheia e que desperta a vontade de ajudar, de confortar quem dela padece (Fonte: <https://www.dicio.com.br/compaixao/> Acesso: 31/01/2022).

cada um, apoiada na fantasia formulada por Freud e Lacan “como resposta do sujeito humano ao impossível de compreender” (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 791).

Imaginamos, ou seja, construímos a nossa realidade porque ainda cremos necessitar compreender a articulação das coisas. Eis também porque é vedado ao psicanalista tentar compreender, como explicita Lacan já no seu terceiro seminário, pois quem articula é o sujeito e este é o paciente. O psicanalista, ao contrário, submetido como está ao discurso da ciência – o que, no entanto, não faz dele um cientista – deve deixar sua atenção flutuante para articular a estrutura da fala do sujeito (ALBERTI; ELIA, 2008, p. 791).

Distinguindo-se dessa noção de psicologia apresentada até aqui, a psicanálise não apoia sua práxis na identificação, no entendimento ou ainda na afinidade; a psicanálise leva em conta a realidade psíquica, o inconsciente, a pulsão, a fantasia, a transferência e, a divisão do sujeito e a noção de que o humano habita os três registros teorizados por Lacan. Com base nisso, compreendo esse como importante ponto de divergência discursiva entre a posição da psicanálise e da psicologia na atuação em cuidados paliativos.

Do lado da psicanálise, podemos dizer que a própria experiência analítica apresenta como fato a impossibilidade de que se elimine a referência ao sujeito (CASTILHO, 2016; ELIA, 2004). O sujeito dividido, como efeito do trabalho analítico, não se confunde com a unidade imaginária do eu.

O sujeito na clínica é sempre efeito de se estar falando ao analista sob transferência, o que implica uma outra lógica do tempo. O sujeito requer um intervalo temporal para localiza-se, em relação aos acontecimentos e às questões que se lhe apresentam (CASTILHO, 2016, p. 328).

Desse modo, o analista deve sempre se dirigir ao sujeito dividido na aposta de que o paciente “assuma a palavra, subjetive as questões em seu esforço de elaboração e construção de algo de sua própria história” (CASTILHO, 2016, p. 325) a partir de um trabalho sob transferência que não se confunde com sugestão e que busca o sujeito singular. Como bem aponta Castilho (2016), a pergunta acerca da dimensão subjetiva é incompatível com a definição de um protocolo *a priori*.

A partir da minha atuação, percebo que um dos fatores que pode reforçar a construção do fazer do psicólogo em cuidados paliativos oncológicos pautado no imaginário, é o curto tempo dos acompanhamentos psicológicos nesta clínica. Isto pode ocorrer por diferentes motivos, como, por exemplo, pela breve expectativa de vida dos pacientes, pelas dificuldades de controle de sintomas e agravamento da doença que impedem a viabilidade da continuidade desse acompanhamento para alguns pacientes, pela não continuidade da escuta dos familiares enlutados devido ao desligamento do vínculo institucional, entre outros. Algo acerca do tempo cronológico obnubila algo da temporalidade própria de clínica. Dito de outro modo, a falta da

continuidade da escuta dos pacientes auxilia na produção da ideia de que seja possível atingir a completude do paciente diante da morte e acredita-se que, diante do encontro com o real, tudo seja passível de ser simbolizado.

É por considerar a complexidade da temporalidade que toca as questões do sujeito do inconsciente na clínica que a psicanálise ensina que

[...] é importante um tempo de suspensão, para que se esclareça se há ou não implicação do sujeito, ou seja, para que se esclareça se algo em seu relato pode escoar-se, pode ter direção falando, já que em psicanálise pesquisa e tratamento até certo ponto coincidem (CASTILHO, 2016, p. 333-334).

Sendo assim, pensar a questão da temporalidade na clínica psicanalítica apenas é possível considerando-se o que pode advir do sujeito, sempre singular, a partir do estabelecimento do vínculo transferencial. É apenas *a posteriori* que podemos recolher os efeitos do tratamento pela palavra.

### 3.4 Perda e luto

O luto é uma forma cruel de aprendizado.

Você aprende como ele pode ser pouco suave, raivoso.

Aprende como os pêsames podem soar rasos.

Aprende quanto do luto tem a ver com palavras,

com a derrota das palavras e com a busca das palavras.

*Chimamanda Ngozi Adichie*

Naquela mesa ele sentava sempre

E me dizia sempre o que é viver melhor

Naquela mesa ele contava histórias

Que hoje na memória eu guardo e sei de cor (...)

Eu não sabia que doía tanto

Uma mesa num canto, uma casa e um jardim (...)

Agora resta uma mesa na sala

E hoje ninguém mais fala do seu bandolim

Naquela mesa tá faltando ele

E a saudade dele tá doendo em mim (...)

*Nelson Gonçalves e Raphael Rabello*

Dentre as diferenças discursivas que foram apontadas no tópico anterior entre a psicanálise e a psicologia na atuação em cuidados paliativos, vale destacar a diferença de posição em relação ao entendimento do luto. Nos cuidados paliativos existem algumas teorias que abordam o luto, mas noto que estas apresentam como ponto de interseção a busca pela realização do luto como um dos pilares centrais para que a “boa morte” (MENEZES, 2004) seja atingida pelo paciente. Sendo assim, apresenta-se como demanda no hospital no qual atuo que os psicólogos “*trabalhem o luto dos pacientes*” (fala de diferentes profissionais da instituição recolhida ao longo dos anos de atuação).

A teoria psicológica sobre as cinco etapas da morte, cunhada por Kübler-Ross (1981/2012) e uma das mais difundidas nas discussões sobre o luto em cuidados paliativos, explica que a pessoa, ao ter consciência da inevitabilidade da morte, passaria de modo progressivo pelos seguintes estágios: (1) negação, (2) raiva, (3) barganha, (4) depressão (processo de elaboração do luto pela perda da própria vida) e, por fim, (5) aceitação.

O entendimento de que o luto se dá como uma crescente evolutiva e que ao seu fim atinge-se a aceitação, como demonstrado na referida teoria, é base para outro ponto importante do ideário paliativista, segundo o qual acredita-se que, para conseguir uma “boa morte” (MENEZES, 2004), o doente deve chegar à fase da aceitação. E, a partir deste embasamento teórico, noto que é proposto como direção para as condutas dos tratamentos dos pacientes que sejam realizadas intervenções que viabilizem as resoluções das suas questões em aberto para que estes possam terminar bem suas vidas, “aproveitando as oportunidades de ‘aprimoramento de si’ ou de ‘aperfeiçoamento pessoal’” (BARBOSA, MENEZES, 2013, p. 2656). Nesse cenário, cabe ao psicólogo o papel de identificar essas questões pendentes e auxiliar na resolução delas, para que os pacientes possam trabalhar seus lutos, aceitar bem sua morte e, por fim, morrer tranquilos.

A expectativa de que seja possível ao psicólogo trabalhar de modo intencional e focal os lutos dos pacientes é embasada pela ideia de que este profissional, a partir de suas técnicas, consegue fazer com que os pacientes elaborem suas questões independentemente de quais sejam, e pela ideia de que os efeitos que serão atingidos pelo tratamento psicológico podem ser previamente definidos. Entretanto, quando o psicólogo é também psicanalista e direciona seu trabalho pela ética da psicanálise, coloca-se aí um impasse, pois, na leitura psicanalítica, o que será possível de trabalho pela fala sob transferência, a cada vez, será sempre uma resposta singular do sujeito. Nesse sentido, concordo com a afirmação de Castilho (2016, p. 331) de que “é a possibilidade de reintroduzir a pergunta acerca de uma dimensão subjetiva, incompatível com a definição de um protocolo *a priori*.”

Parece-nos que a temática do luto encontra importante espaço de discussão dentro da filosofia dos cuidados paliativos pela constância com que emergem nessa clínica indagações suscitadas pelos aspectos que tocam a perda. Contudo, o que percebo é que há nos cuidados paliativos formulações de protocolos técnicos para tentar dar respostas às perguntas geradas pelo enigma da morte e que visam à exclusão de qualquer mal-estar que possa advir no processo.

Freud indica que uma perda importante convoca o sujeito a fazer um trabalho para ressituar o campo narcísico e o rodeio do desejo, para que seja possível o trabalho de luto. Define o luto como uma reação normal ligada à “perda de um ente querido, de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como país, a liberdade e o ideal de alguém, e assim por diante” (FREUD, 1917[1915]/1996, p. 275). Dito de outro modo, é “a reação à perda de um objeto” (p. 166). Na clínica dos cuidados paliativos, frequentemente, deparo-me com uma sobreposição de várias perdas significativas e difíceis que ocorreram em curto espaço de tempo, que aparecem nas falas dos pacientes e seus familiares.

Desde a investigação diagnóstica da doença até a definição do encaminhamento para os cuidados paliativos exclusivos, os pacientes e sua família lidam com inúmeros acontecimentos de perdas em relação à funcionalidade, à independência, às questões socioeconômicas, à função laborativa, às expectativas, ao ideal de vida e de saúde, à organização da rotina, às construções sobre um futuro que se mostra mais incerto que em outros momentos, entre outros. E, como afirmado por muitos pacientes, estes ficam à espera de quando acontecerá a próxima perda, pois, com o agravamento da doença que não tem cura, o que muitas vezes é aguardado pelos pacientes é a incidência contínua das perdas e a impossibilidade de vislumbrar quaisquer substitutos até o momento de sua morte, como veremos nos relatos de alguns pacientes a seguir:

Primeiro veio o diagnóstico, fiquei sem chão, mas aí pensei, tem que seguir, fazer o tratamento para melhorar. O tratamento não foi fácil, sofri muito, mas aí pensei, tem que seguir, fazer o tratamento para ficar bom. Ficar bom para voltar a fazer todas as coisas que eu gosto de fazer na minha vida e que não estava podendo fazer pela doença, sabe? Aí veio a notícia: 'Henrique sua doença não está respondendo como o esperado, ela não está melhorando, ao contrário está piorando, vamos ter que aumentar a intensidade do tratamento, será nossa uma última tentativa', disse o médico. Aí pensei, tem que seguir, mudar o tratamento, eu suporto, não dá para desistir, é minha vida. Se eu te falar que o tratamento foi fácil, estarei mentindo, eu nem te conto como eu sofri, mas segui. Aí o médico disse: 'teremos que suspender o tratamento, seu rim está parando'. Meu corpo não estava mais aguentando. Aí veio o encaminhamento para o paliativo, pensei, tem que seguir, mas eu vou te falar, não pensei que seria assim, eu achei que não ter cura da doença, não era ficar assim quase um vegetal. Eu fui perdendo aos poucos várias coisas, e hoje nem consigo sair dessa cama sozinho, eu fui esperando que as coisas podiam ficar um pouco melhores, que em algum momento viria alguma coisa de bom, e isso fez com que eu seguisse durante o tratamento, mesmo sem pensar muito, mas elas só ficaram piores. E sabe o que é mais difícil? Saber que elas vão continuar piorando, piorando até eu morrer. Aí eu te pergunto: o que eu posso esperar? Só posso esperar novas perdas, até a morte chegar,

e por mais que eu não queira acreditar, sei que elas vão acontecer, sei que é isso que me espera. Às vezes eu só tento não esperar, não esperar nada (Henrique, paciente).

*"Não consigo lidar com tantas mudanças. Sinto como se eu tivesse sido atropelado e antes que eu pudesse levantar fui atropelado novamente"* (Antoniél, paciente).

*"Estou nadando, nadando e não consigo sair do lugar, estou me afogando. E sei que por mais que eu tente nadar, não tem jeito, vou morrer afogado. E é isso que dói tanto"* (Milton, paciente).

*"Sabe o que é o difícil nisso tudo? Saber que eu só posso esperar que as coisas piorem, porque sei que não irão melhorar, irão piorar até eu morrer"* (Juracir, paciente).

*"Morrer eu não sei como é, mas posso te garantir que ver meu corpo parando aos poucos, definhando, é uma morte em vida, é morrer também"* (Emanuela, paciente).

É que quando o médico fala com você que sua doença não tem mais cura, o que acontece, é que você ficou sem chance. Quando você descobre a doença, você não sabe se ficará curado ou não, não sabe como será, tem a incerteza, mas você tem uma chance. Você acredita nessa chance de melhorar, de ficar curado e faz o que for necessário fazer, e se agarra nessa chance. Mas quando lhe dizem que sua doença não tem mais cura, é a força das palavras, entende? Pois lhe é retirado até a chance de ter uma chance. Você fica sem chance, e isso é muito duro (Carolina, paciente).

O relato do paciente Henrique, assim como as falas dos outros pacientes acima apresentadas, nos mostra a intensidade com que essa experiência pode ser sentida e nos situa que há ali algo da ordem de um encontro radical com o desamparo fundamental. Entendo, a partir da psicanálise, que essas perdas contingenciais que são relatadas pelos pacientes e familiares na clínica de cuidados paliativos tocam na perda originária necessária à constituição do ser falante. Acredito que essas falas indicam a importância da escuta na direção do sujeito em uma unidade de cuidados paliativos exclusivos.

Castilho e Bastos (2013) auxiliam nessa discussão sobre a perda ao trazerem a complexidade das questões que dizem respeito ao luto do ponto de vista da psicanálise. A partir da experiência clínica com idosos, as autoras formulam que há no luto uma função constitutiva na estruturação do desejo e, assim, "a questão do luto atravessa qualquer análise, na medida em que a perda é estruturante e concerne à dimensão infantil própria ao inconsciente enquanto tal" (CASTILHO; BASTOS, 2013, p. 89).

As autoras supracitadas situam a articulação da função constitutiva do luto com a dimensão da experiência do luto em uma análise. Para tal, partindo da premissa freudiana de que o objeto do desejo está desde sempre perdido, diferenciam a perda fundamental da perda como um acontecimento. Ou seja, a perda fundamental "confere ao luto função constitutiva dos circuitos desejantes na vida do falante" (CASTILHO; BASTOS, 2013, p. 90) e a perda como



acontecimento se dá, ao longo da vida, pelas perdas significativas com os quais vamos nos deparando. Assim, podemos pensar que há duas dimensões do luto: o luto que constitui a estruturação do desejo e o luto como experiência, mas ambas dimensões são ligadas. É pela função estruturante do luto que a cada acontecimento de uma perda significativa vivenciado pelo falante “é o trabalho de luto do objeto que reabre as vias desejantes” (CASTILHO; BASTOS, 2013, p. 90).

O luto constitutivo da estrutura do desejo não dispensa o sujeito do trabalho de luto ao longo da vida. Justamente porque o luto fundamenta a estrutura do desejo, um novo luto é convocado sempre que a perda se interpõe e quando não é atravessado, os caminhos do desejo se obstruem... (CASTILHO; BASTOS, 2013, p. 90).

A partir dessa relação entre o luto constitutivo e o luto como experiência, compartilho algumas falas de familiares de pacientes recolhidas ao longo do meu percurso. Ao perderem ou ao estarem perdendo algum familiar consanguíneo com quem haviam tido pouca convivência ou com relações afetivas difíceis, dizem:

*“O que está sendo difícil é perder o pai que que nunca tive”* (Familiar Luara).

*“Eu sempre esperei que minha mãe fosse gostar de mim, mas isso nunca aconteceu. E hoje estou perdendo minha mãe, mãe que não me criou e com quem eu tive pouco contato ao longo da minha vida. Essa perda só reafirma que estou perdendo o que nunca tive”* (Familiar Marimar).

Minha mãe não me quis, me deu para minha avó me criar, eu nunca entendi o motivo dela ter criado meus três irmãos e só ter dado a mim, e agora sou eu a única filha a cuidar dela. Mas o que me doi é que ela continua a só considerar meus irmãos como filhos. Eu achei que com a doença ela iria se aproximar de mim, mas não se aproximou. E eu nem sei o porquê que estou sofrendo tanto por perder alguém que em nenhum momento teve dificuldade de me perder (Familiar Clarice).

Meu pai eu vim conhecer mesmo depois que ele adoeceu. Ele nunca ligou para nenhum dos filhos. Ele só queria beber, como dizia minha mãe. Eu tentei me aproximar, mas ele não quis. Aí quando ele adoeceu não tinha ninguém para cuidar dele e eu me ofereci para cuidar, afinal ele é meu pai. Eu na verdade nem sei o que é pai, pois nunca tive, e agora estou perdendo o que nunca tive. Estou perdendo o que não tenho (Familiar Macabeia).

Pelas falas acima apresentadas dos familiares, podemos pensar sobre o quê da experiência da perda contingencial aponta para um trabalho de luto que toca a perda originária e sobre a função da escuta nesse momento, podendo sustentar que alguma construção que circunde o desejo seja possível.

Freud (1895/1996) fala do desejo humano como sendo indelével e como estando no alicerce da atividade psíquica. Partindo do princípio freudiano, já mencionado aqui, de que o objeto da satisfação total está desde sempre perdido e que essa é a condição da atividade desejante na experiência humana, podemos afirmar que o fluxo da falta põe em movimento os

circuitos desejanos, ou seja, desejamos porque há falta. “Trata-se aí de uma dimensão da perda primordial, estrutural e estruturante que implica alguma circulação da falta, capaz de movimentar e atualizar projetos, ao longo da vida” (CASTILHO, 2016, p. 324). Castilho (2016) sinaliza que a indicação de uma dimensão da perda como estrutural está ligada à formulação de Lacan sobre a incidência da linguagem como estrutura, relacionada à Ordem simbólica própria da cultura, como também já apresentado neste trabalho na discussão acerca do sujeito.

Diante da impossibilidade de se definir na íntegra, podendo dizer de si apenas parcialmente, o sujeito ocupa diversas posições simbólicas e não encontrará a experiência de satisfação total, apenas parcial. É a falta primordial que nos estrutura como humanos, marca nossa relação com o campo do desejo atravessada pela impossibilidade da satisfação plena e que põe a circular o campo do desejo. Como percebemos em nossa experiência e como apontado por Castilho (2016), a forma de relação do humano com o campo do desejo marcada pela insatisfação não é redutível à relação do homem com seus ideais, visto que onde apresentasse de modo mais evidente a parcialidade da satisfação alcançada é quando algum ideal é atingido. Talvez por não considerar essa dimensão da falta como estruturante do desejo que vários mal-entendidos se apresentam na tentativa de realização de vontades e de resolução de pendências aos quais os cuidados paliativos visam para apaziguar a conclusão da vida.

Minha aposta como psicanalista é que, ao ofertar a escuta aos pacientes que se encontram em tratamento paliativo, que estes possam, pela palavra, ler e escrever algo de sua própria história de modo singular, pois acredito ser possível que haja uma dimensão permeável ao trabalho pela fala, sob transferência, no modo como cada um se relacionará com seu processo de adoecer. Lidar com uma doença sem cura, que ameaça a vida e que deixa marcas importantes no corpo faz vacilar a crença na nossa imortalidade, problematizada por Freud (1915b/1996). Essas perdas significativas fazem com que nos confrontemos com a nossa própria finitude e com as perguntas acerca do limite.

Ao convidar o paciente em tratamento paliativo a falar livremente, o que se sustenta é que há algo na pergunta sobre a proximidade da morte que pode introduzir elementos acerca da pergunta do desejo no tempo que lhe resta. Como mostra Freud no texto sobre a transitoriedade, a escassez do tempo eleva ainda mais o valor da experiência, pois “uma flor que dura apenas uma noite nem por isso é menos bela” (FREUD, 1916[1915]/1996, p. 346).

O mesmo texto de Freud (1916[1915]/1996) nos auxilia ainda em uma importante distinção sobre o sentimento de luto e o trabalho de luto. Ao analisar o que poderia ter feito com que seu amigo e o poeta acreditassem que a finitude diminuiria o valor das coisas, adotando uma posição pessimista frente à efemeridade das coisas, Freud considera que o que pode ter

interferido na fruição da beleza está relacionado à revolta em suas mentes contra o luto. Saber que toda beleza é transitória teria produzido uma antecipação de luto pela morte dessa mesma beleza, havendo uma hesitação da mente em relação a esse processo penoso do luto. Como afirma Castilho (2016), essa antecipação do sentimento de luto pode produzir obstáculos ao avanço do próprio trabalho de luto.

Essa distinção entre o sentimento de luto e o trabalho de luto coloca-se como mais um ponto de diferenciação que percebemos entre a leitura da psicanálise e a proposta dos cuidados paliativos frente ao entendimento do luto. Em cuidados paliativos é comum que seja discutido, para a compreensão do processo de luto, o conceito de luto antecipatório. Este termo foi introduzido por Lindemann (1944), ao observar que as esposas dos soldados que iam para a guerra tinham reações de enlutamento pela separação física de seus maridos e pela possibilidade de que eles morressem em batalha. Tal fenômeno foi considerado pelo observador como um processo adaptativo, de preparo e de proteção para essas esposas, por entenderem que a morte efetiva de seus maridos teria efeitos mais avassaladores, caso estas não lançassem mão deste mecanismo (FONSECA; FONSECA, 2002).

Desde então, o conceito de luto antecipatório passou a ser estudado como um fenômeno que acomete principalmente as pessoas que enfrentam doenças terminais e seus familiares, frente ao processo de morte iminente. Este seria parte de um processo global do luto, que se iniciaria ao se ter uma percepção consciente da realidade da perda, antecipando o luto e todas as suas reações. O luto antecipatório ainda pode ser entendido como o tipo de luto que ocorre antes da perda real e tem as mesmas características do luto (FLACH; LOBO; POTTER; LIMA, 2002).

Para Worden (1998), o luto antecipatório auxiliaria na aceitação da realidade da perda, pois a consciência de que a pessoa irá morrer faz com que a elaboração da perda seja iniciada mais cedo. De forma semelhante, Santos, Yamamoto e Custódio (2017) apontam o luto antecipatório como uma possibilidade de interpretar e absorver a realidade da morte, criando mecanismos para o enfrentamento do que virá pela frente. Observo que, nesse escopo teórico acerca do luto antecipatório, o trabalho de luto é entendido como sinônimo do sentimento de luto e, noto ainda, que se acredita ser possível realizar o trabalho de luto na presença do objeto. A partir da ética da psicanálise e das falas de familiares de pacientes internados, a seguir, aponto a impossibilidade do trabalho de luto na presença do objeto:

*Eles aqui querem que eu aceite que meu marido irá morrer, falam para eu já ir trabalhando essa perda, ir elaborando todo esse processo, para eu sofrer menos depois. Mas eu vou te falar, como eu posso elaborar a perda do meu marido se ele está aqui, ele está vivo. E assim, uma coisa eu te falo, por mais que eu já esteja*

*sofrendo por todo esse processo de adoecimento e possibilidade de perdê-lo, eu não sei como será meu sentimento e meu sofrimento sem ele aqui, pois eu nunca o perdi, eu só saberei como é perdê-lo quando acontecer* (Priscila, esposa do paciente).

*“Mesmo ele estando em cima de uma cama, interagindo pouco, eu ficava tranquila, pois a presença dele estava ali, eu não estava sozinha”* (Laodiceia, esposa do paciente).

*“A equipe já conversou comigo, sei que ela vai morrer. Eu sei que tenho que aceitar que ela vai morrer, as pessoas dizem que assim será mais fácil. Mas eu fico pensando, aceitar, aceitar, acho que nunca vou... é assim, não é que a gente aceite, o que acontece é que vamos lidando com a realidade das coisas conforme elas vão acontecendo* (Maristela, filha da paciente).

Considero que a proposta de elaborar o luto antes mesmo de que a morte ocorra passa por mais uma tentativa de controlar e silenciar o sofrimento e a dor implícitas ao processo. Freud (1917[1915]/1996) se interrogava sobre o motivo do luto ser uma experiência tão dolorosa. Para Castilho e Bastos (2015), está em jogo no luto, acerca da economia da dor, a alta relevância de investimento libidinal que fornecem a essa experiência caráter tão doloroso. Recolho a partir da experiência que o que é relatado como a descrição do sentimento que marca esse momento da perda que abre o sentimento de luto é o significante dor, muitas vezes descrita como: *“dor na alma”; “dor no corpo”; “dor na existência”; “dor dilacerante”; “dor de morte”; “dor no peito”; “dor no coração”; “maior dor do mundo”; “muita dor”; “dor que rasga a alma”; “dor no corpo todo”; “dor indescritível”; “dor que nunca tive igual”; “a pior dor que já senti”; “uma dor que me toma inteira”; “sou apenas dor”; “dor de perder um pedaço de mim”; “dor do parto ao contrário”*, entre outros.

No artigo *“Inibições, sintomas e angústia”*, ao examinar o luto, Freud (1926[1925]/1996) afirma que, em outros estudos, havia uma característica deste que ficava sem explicação, que era *“seu estado de dor peculiar”* (p. 166). Chama a atenção para o fato de que na língua o termo dor seja usado tanto para dor física, quanto para dor psíquica, e que se tenha tratado com equivalência o sentimento de perda de um objeto e a dor física. No luto há um sentimento doloroso e a necessidade de que haja um trabalho de desligamento e separação do objeto investido.

Castilho e Bastos (2015) apontam que, em sua apreciação a respeito da economia da dor, Freud resgata a discussão sobre o luto, no qual apresenta-se como sendo relevante a grandiosidade dos investimentos que outorgam a essa vivência aspecto tão doloroso. *“A reprodução de situações em que deve ser rompida a ligação com o objeto atinge intensidade dilacerante quando se investe nostalgicamente algo inatingível. O luto requer o trabalho de separar-se do objeto, sob o comando da prova de realidade”* (CASTILHO; BASTOS, 2015, p. 4).

Freud (1926[1925]/1996, p. 169) nos mostra que o luto ocorre sob a influência do “teste da realidade”, que exige que a pessoa deva ela própria separar-se do objeto investido, visto que este não mais existe. O caráter doloroso do luto passa exatamente por essa impossibilidade de satisfação do investimento no objeto, já que o mesmo não se encontra mais ali. Isso faz com que a pessoa precise desfazer os laços que a ligam ao objeto, revivendo, assim, as situações nas quais esse laço deve ser desfeito. Castilho e Bastos (2015) ressaltam que, para que a prova da realidade se instale, é necessário que os objetos que já levaram à satisfação real tenham sido perdidos, sendo essa a “função da perda na instauração do trabalho de luto convocado pela prova de realidade” (p. 4). Como observamos nos relatos a seguir de algumas pessoas acompanhadas por mim no ambulatório após o falecimento de seus familiares:

É uma luta para não esquecer, para não me deixar esquecer dela. A falta é para sempre. Eu sempre achei que eu iria morrer antes dela, que eu iria faltar. Nunca achei que ela iria faltar. E agora tenho que descobrir um modo de continuar sobrevivendo sem ela, pois ela era tudo para mim, e eu era tudo para ela. Mas estou tendo que lutar com isso, pois a realidade está me mostrando que essa falta é para sempre, estou começando a perceber que ela nunca vai voltar (Afonso).

Ele não vai voltar. E eu estou tendo que apreender a fazer as coisas sozinha, sem ele. O problema é que percebi que eu era muito dependente dele, fiquei dependente dele com o passar dos anos, eu não aprendi a viver sem ele. E vindo aqui falar disso tudo com você, as vezes eu penso, que talvez eu consiga aprender a viver de um outro modo (Valéria).

Quando eu cheguei aqui para os atendimentos com você eu tinha acabado de perder minha mãe, eu sentia falta de ar, como ela sentia durante a doença dela. Ela foi parando de andar, foi para a cadeira de rodas. E quando olho a cadeira de rodas vazia eu me sinto paralisada. É como se o chão fosse de algodão, não dá para firmar meus pés. Eu demorei a conseguir devolver a cadeira de rodas, pois devolver a cadeira era como se eu estivesse enterrando minha mãe novamente. E eu não queria isso. Eu achei que iria enlouquecer de tanta dor. Hoje estou um pouco melhor, pois falar dessas coisas aqui me faz perceber que isso faz parte de um processo (Maria Graziela).

*“Quando eu cheguei aqui eu estava confusa, lembra? Não falava nada com nada. Mas conforme fui conversando com você, pude ir organizando a minha mente, hoje me sinto menos confusa”* (Georgia).

Depois que perdi minha mãe eu estou tão esquecida. Se eu te falar, você não vai acreditar. Eu perdi a minha identidade (documento), não sabia onde eu havia colocado ela. Procurei, procurei... sabe onde eu fui encontrar ela? Guardada junto com o atestado de óbito da minha mãe. É até engraçado, né? [...] Por causa da morte da minha mãe eu tive que mudar de apartamento. E meu apartamento novo não bate nem um pouquinho de sol. E eu nem percebia que meu antigo apartamento batia sol, só agora estou valorizando essas coisas simples. Eu espero que tudo isso passe um dia. Minha mãe sempre me dizia para ficar calma que após a tempestade sempre vinha o sol (Albertina).

Vemos com Lacan (1962-1963/2006) que o trabalho de luto requer a identificação do lugar do objeto como perdido. Tarefa essa que implica um tempo que é necessário ao luto, para

só depois separar-se. Para Lacan (1962-1963/2006, p. 156), “só nos enlutamos por alguém de quem possamos dizer a nós mesmos: ‘Eu era sua falta’”. Como formulado por uma paciente acompanhada por mim em um ambulatório de atendimento ao idoso, que se encontrava às voltas com seu trabalho de luto pela perda do seu companheiro de um casamento de mais de 50 anos, e que ao falar sobre o que ela havia perdido ao perdê-lo, fala da perda de um lugar e diz: “Eu era o escudo dele”. Castilho e Bastos (2015) indicam que, no trabalho de luto, para que o sujeito se separe, para que não fique totalmente aprisionado aos significantes do Outro, é necessário que a falta opere.

Além disso, tais conjunturas clínicas, nas quais se apresenta a dificuldade de delimitar a falta, esclarecem a função da angústia (no intervalo sustentado pelo desejo do analista) no jogo transferencial. Por essa via, torna-se possível dar direção ao trabalho de luto, situar ao longo da partida o desejo do Outro como vazio, cava que a pulsão contorna (...) Dessa forma, situamos a especificidade de operar, no jogo transferencial, com a função do intervalo (sustentado pelo desejo do analista) e o necessário manejo da angústia que daí se depreende, para que o trabalho, a partir da perda, trabalho de luto, possa ganhar direção e permita aceder à falta simbólica compatível com a circulação própria ao desejo (CASTILHO; BASTOS, 2015, p. 11).

Incluir o lugar da falta frente ao trabalho de luto é um importante ponto que diferencia a escuta do psicanalista em um hospital de cuidados paliativos, pois grande parte dos discursos vigentes, neste hospital, passa por acreditar na completude do humano e no restabelecimento desta plenitude após a elaboração do trabalho de luto, não comportando a falta. Porém, ao afirmar a perda como estruturante, a aposta do analista é no “funcionamento da estrutura” (CASTILHO; BASTOS, 2015, p. 11) e no que será possível de trabalho frente ao luto, a cada vez, para cada pessoa, de modo singular.

Uma paciente relata: “*O que eu percebi nesses anos falando aqui, sobre a perda do meu marido, é que não há algo que eu conheça que substitua essa perda. Ele foi o amor da minha vida. E eu estou tendo que inventar um modo de lidar com tudo isso*” (Josélia). Assim, observamos que, diante da falta, do que cada um pode fazer ao se deparar com o real da morte, a possibilidade de uma escuta que considere o sujeito, o inconsciente, a pulsão e a castração, pode funcionar como um convite para que os pacientes e familiares em acompanhamento na clínica dos cuidados paliativos possam se implicar no trabalho pela fala, assumir a palavra e se perguntar sobre o tempo que lhe resta.

## CONCLUSÃO

No presente trabalho foi realizado um estudo acerca das contribuições da psicanálise em um hospital de cuidados paliativos a partir das reflexões originadas da experiência como analista em um hospital de cuidados paliativos oncológicos exclusivos. Para tal, foram realizados estudos de conceitos da psicanálise e da teoria dos cuidados paliativos e pontuadas as diferenças discursivas entre estes.

No primeiro capítulo, foi abordado a partir dos textos de Michel Foucault, George Canguilhem e autores contemporâneos, a relação da medicina moderna com os cuidados paliativos. Discorri sobre o nascimento do hospital médico e da medicina hospitalar para na sequência entender a emergência da medicina científica em sua ligação com a medicina social. Além disso, teci considerações sobre a articulação entre o surgimento da medicina moderna e os conceitos de normal e normalização.

Com Michel Foucault, apresentei a questão da extrapolação do saber médico para outros campos da vida, a partir da ampliação desse saber para além da sua demanda e de seu objeto anteriormente definido, a doença. Associei a essa extrapolação o imenso desenvolvimento das tecnologias médicas que ocorreram nos últimos anos e que tiveram efeitos sobre os limites até então definidos entre a vida e a morte. Neste cenário, destaquei o aparecimento dos cuidados paliativos a partir das críticas aos excessos da medicina moderna e sua tentativa de prorrogar a vida de modo artificial e de controlar a morte. Contudo, ao me debruçar nesse estudo do ideário dos cuidados paliativos frente à morte, e pelo que recolhi em minha prática, considerei que estes poderiam ser uma ampliação da medicina moderna científica.

No segundo capítulo, seguindo com a investigação acerca das contribuições da ética da psicanálise na atuação em cuidados paliativos, realizei a análise das diferenças discursivas entre estes saberes, principalmente diante das indagações acerca da morte, da finitude, do organismo e do corpo. Nesta diferenciação, trabalhei principalmente com os conceitos de inconsciente e de pulsão na psicanálise, para entender o lugar do trabalho do analista nesta instituição.

Notei, em minha investigação, que o surgimento dos cuidados paliativos trouxe à tona a fundamental discussão acerca dos exageros da medicina moderna e de seu olhar reducionista que considera a doença e exclui o doente. Porém, foi identificado, no presente estudo, que parte importante das referências que fundamentam esse saber produz a ampliação do olhar biomédico, que está ligado à extrapolação da medicina (FOUCAULT, 2010) para os campos da vida. Por fim, concluí que há na proposta dos cuidados paliativos a tentativa de tamponar o furo próprio ao saber médico diante da impossibilidade de eliminar a morte e de controlar a vida, o

que traz implicações e silenciamentos aos envolvidos no processo (paciente, familiares e equipe).

No terceiro capítulo, continuando a discussão apresentada nos capítulos anteriores, abordei, a partir da ética da psicanálise, as diferenças discursivas entre a psicanálise e a psicologia na atuação na clínica de cuidados paliativos oncológicos exclusivos, a partir do debate da relação ciência, psicologia e psicanálise. Para complementar a discussão, tratei da importância do conceito de sujeito e, a partir das principais correntes que fundamentam a psicologia em cuidados paliativos, questioneei alguns conceitos que balizam esse saber a partir da noção de perda e da noção de luto na perspectiva da psicanálise.

Dessa forma, observei, com essa dissertação, a importância da psicanálise na atuação na clínica de cuidados paliativos para, a partir da escuta na direção do inconsciente, ajudar a sustentar a singularidade própria ao sujeito. Nesse sentido, diante de um acontecimento de perda radical que toca a dimensão do real, a aposta do analista é de que o convite à fala possa atualizar a pergunta sobre o desejo e auxiliar na construção de um sentido que seja próprio.

Por fim, constatei a escassez de pesquisas nesta temática e a importância de que sejam realizados novos estudos nesse campo, principalmente no que tange aos questionamentos acerca do luto na visão psicanalítica na atuação em cuidados paliativos. Sobretudo, para abrir questionamentos no ponto em que os cuidados paliativos propõem o luto do paciente diante da perda da própria vida. Ponto este que tenho o interesse em desenvolver em trabalhos futuros.



## REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. *Notas sobre o luto*. São Paulo: Companhia das letras, 2021.

ANGERAMI, V. A. (Org.). *...E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 1986.

ALBERTI, S.; ELIA, L. Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. VIII, n. 3, p. 779-802, 2008.

ALBERTI, S. O hospital, o sujeito, a psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. *Revista SBPH*, v. 11, n. 1, 2008.

ARIÈS, P. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

BARBOSA, P. C.; MENEZES, R. A. A construção da “boa morte” em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013.

BARRATO, G. A Descoberta do Inconsciente e o Percurso Histórico de sua Elaboração. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 29, n. 1, p. 74-87, 2009.

BARRATO, G. Descobrimo o encobrimento da descoberta freudiana: a psicanálise e a "Ego Psychology". *Estilos da clínica*, v. VII, n. 12, p. 156-177, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estrutura do SUS* [Página na web]. 2020. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada](http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/estrutura-do-sus/770-sistema-nacional-de-saude/40317-atencao-especializada)> . Acesso em: 20 de mar. de 2020.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. (Obra original publicada em 1966).

CANGUILHEM, G. O que é psicologia?. *Revista Tempo Brasileiro*, n. 30/31, p. 104-123, 1972. (Artigo original publicado em 1958).

CARVALHO, M. M. M. J. A dor do adoecer e do morrer. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 77, n. 02/09, p. 322-328, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-711X2009000200009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000200009)>. Acesso em 31 jan. 2022.

CARVALHO, V. A. (Org.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.

CASTILHO, G. Por que psicanálise em um ambulatório de geriatria/ gerontologia? In: BERNARDO, M. H. J.; MOTTA, L. B. (Orgs.). *Cuidado e interprofissionalidade - uma experiência de atenção integral à saúde da pessoa idosa (Núcleo de Atenção ao Idoso/ UnATI- HUPE-UERJ)*, p. 323-348. Curitiba: CRV, 2016.

CASTILHO, G.; BASTOS, A. A função constitutiva do luto na estruturação do desejo. *Estilos da Clínica*, n. 18, v. 1, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/estic/article/view/59462/62629> . Acesso em 04 jun. 2020.

CASTILHO, G.; BASTOS, A. (2015). Sobre a velhice e lutos difíceis: “eu não faço falta”. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: [Sobre a velhice e lutos difíceis: "eu não faço falta" \(bvsalud.org\)](#).

CASTRO, D. A. Psicologia e ética em cuidados paliativos. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 21, n. 4, 2005. Disponível em: [SciELO - Brasil - Psicologia e ética em cuidados paliativos Psicologia e ética em cuidados paliativos](#).

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DARRIBA, V. Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão. *Revista SBPH*, v. 22, p. 240-251, 2019.

DOYLE, D. *Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos*. 2ª ed. São Caetano do Sul: Difusão editora, 2012.

ELIA, L. *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014. (Obra original publicada em 2004).

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). *'Saúde Brasil 2007 - uma análise da situação de saúde': estudo aponta perfil da mortalidade do brasileiro*. Portal ENSP - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, s/d. [Notícia na web]. Disponível em: [<Portal ENSP - CSEGSF - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria \(fiocruz.br\)>](#) Acesso em 02 maio 2021.

FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FLACH, K.; LOBO, B. O. M.; POTTER, J. R.; LIMA, N. S. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Revista SBPH*, v. 15, n. 1, p. 83-100, 2012.

FONSECA, J. P.; FONSECA, M. I. Luto antecipatório. In: FRANCO, M. H. P. (Org.). *Estudos avançados sobre o luto*, p. 69-94. Campinas: Livro Pleno, 2002.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, M. O Nascimento do Hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b.

FOUCAULT, M. A Política da Saúde no Século XVIII. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979c.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Revista Verve*, v. 18, p. 167-194, 2010.

FRANCO, M. H. P. *Cuidados paliativos*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008.

- FREUD, S. Projeto para uma psicologia científica. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 17 v., p. 341-467. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1895).
- FREUD, S. O Inconsciente. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 14 v., p. 165-222. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1915a).
- FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 14 v., p. 281-312. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1915b).
- FREUD, S. Sobre a transitoriedade. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 14 v., p. 315-319. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1916).
- FREUD, S. Luto e melancolia. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 14 v., p. 244-266. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1915[1917]).
- FREUD, S. Uma dificuldade no caminho da psicanálise. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 17 v., p. 165-222. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1917).
- FREUD, S. Linhas de progresso na terapia psicanalítica. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 17 v., p. 170-181. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1919).
- FREUD, S. Além do princípio de prazer. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 18 v., p. 12-72. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1920).
- FREUD, S. O Eu e o Isso. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 14 v., p. 165-222. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1923).
- FREUD, S. Inibições, sintomas e angústia. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 20 v., p. 79-173. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1926).
- FREUD, S. O futuro de uma ilusão. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 21 v., p. 165-222. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1927).
- FREUD, S. Novas Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 22 v., p. 13- 155. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1933).
- FREUD, S. Esboço de psicanálise. A mente e seu funcionamento. *In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, 23 v., p. 155-183. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Obra original publicada em 1940).

- GARCIA-ROZA, L. A. *Psicologia: um espaço de dispersão do saber. Rádice*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 20-26, 1977.
- GRECO. Os espelhos de Lacan. *Opção Lacaniana* [online], Ano 2, n. 6, 2011. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/nranterior/numero6/texto9.html>>.
- HENNEZEL, M. *A morte íntima: Aqueles que vão morrer nos ensinam a viver*. São Paulo: Ideias e Letras, 2004.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). *Sobre o INCA*. Ministério da Saúde, INCA. [Página na web]. 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/atendimento-inca/hospital-do-cancer-iv>>. Acesso em 08 jan. de 2020.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Estimativa 2020 : incidência de câncer no Brasil*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: [Estimativa\\_2020.indd \(inca.gov.br\)](#).
- JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan, v. 3: A prática analítica*. 1a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.
- JORGE, M. A. C. Ninguém é substituível. In: FINGERMANN, D.; DIAS, M. M. (Orgs.). *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo da Universidade Federal Fluminense. *História, ciência e saúde - Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 49-70, 2001. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf)>. Acesso em 02 mar. 2020.
- KOVACS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. Casa do Psicólogo, 1992.
- KOVACS, M. J. Educação para a morte. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 25, n. 3, p. 484-497, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SkwBgq7Xm8GLKJpQxmMMpDh/?lang=pt>.
- KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012. (Obra original publicada em 1981).
- LACAN, J. *O seminário, livro 3: As psicoses*. Rio de Janeiro, Zahar, 1988.
- LACAN, J. *O seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1992.
- LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: LACAN, J. *Escritos*, p. 96-103. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1949).
- LACAN, J. A ciência e a verdade. In: LACAN, J. *Escritos*, p. 869-892. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. (Obra original publicada em 1966).
- LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana*, 32, p. 8-14, 2001. (Trabalho original publicado em 1966).
- LACAN, J. Televisão. In: LACAN, J. *Outros Escritos*, p. 508-543. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. (Obra original publicada em 1974).

LACAN, J. (2006). *O seminário, livro 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. (Obra original publicada em 1962-1963).

LACAN, J. *O seminário, livro 23: O sinthoma*. Rio de Janeiro, Zahar, 2007.

MALENGREAU, P. Para uma clínica de cuidados paliativos. *Opção Lacaniana*, n. 13, p. 87-90, 1995.

MALHÃO, M. I. P. *A dimensão da espiritualidade do doente em fim de vida*. Trabalho de projeto apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a obtenção do Grau Mestre em Cuidados Continuados. Bragança, junho de 2018. Disponível em: [Malhão\\_Marta.pdf \(ipb.pt\)](#). Acesso em 08 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Brasília, DF, ed. 225, seção 1, p. 276, 2018.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2004.

MORETTO, M. L. T. Sobre a centralidade do corpo na clínica psicanalítica: sintoma, sofrimento e indiferença. In: CALDAS, H.; DARRIBA, V. (org.). *Um século de metapsicologia Freud e seu legado conceitual*, p. 55-64. Rio de Janeiro: ContraCapa, 2019.

NETTO, M. V. R. F.; KERNKRAUT, A. M. Contribuições da psicanálise à medicina: grupo com residentes em um programa de cancerologia clínica. *Revista SBPH*, v. 22, p. 133-156, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Decreto Legislativo n.º 6, de 14 de fevereiro de 1946. Congresso Nacional, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *National cancer control programs: policies and managerial guidelines*. 2ª ed. Genebra: OMS, 2002.

OTHERO, M. B.; COSTA, D. G. Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. *Revista prática Hospitalar*, ano IX, n. 52, p. 157-160, 2007.

PITTA, A. *Hospital Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Editora Hucitec, 2ª Ed., 1991.

PORGE, E. Um sujeito sem subjetividade. *Revista literal*, Campinas, n. 12, p. 145-156, 2009.

PORTO, G.; LUSTOZA, M. A. (2010) Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista SBPH*, v.13, n.1, p. 76-93, 2010. Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a07.pdf](https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a07.pdf).

PRUDENTE, R. C. A. C.; RIBEIRO, A. C. (2005). Psicanálise e ciência. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 25, n.1, 58-69, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/ztns7Zz8gNtMzXNW3LS7Bhf/abstract/?lang=pt>

QUINET, A. *O corpo e seus Fenômenos*. Conferência apresentada em Belo Horizonte, no dia 25/03/1988. Simpósio do Campo Freudiano.

RINALDI, D. Morte e subjetividade. In: *Anuário Brasileiro de Psicanálise*, n. 3. Relume Dumará, p. 79- 84, 1995.

ROMANO, B. *A prática da psicologia nos hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994.

ROMANO, B. *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SAFOUAN, M. *O fracasso do princípio do prazer*. Campinas: Papyrus, 1988.

SANTOS, R. C. S.; YAMAMOTO, Y. M.; CUSTÓDIO, L. M. G. Aspectos teóricos sobre o processo de luto e a vivência do luto antecipatório. *Psicologia.pt*, s/n, p. 1-18, 2017. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1161.pdf>>. Acesso em 03 de jan. 2022.

SILVA, M. M. *Psicanálise, estrutura e laço social: por uma clínica do sujeito*. Tese de (Doutorado em Psicanálise) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. 230 p. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/14548/1/Tese%20Magali%20M%20Silva%20Bdttd.pdf>

SILVESTRE. A obrigação de ser feliz. In: QUINET, A. (org.). *Extravios do desejo: depressão e melancolia*, p. 113-116. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora, 1999.

SIMONETTI, A. *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.

WORDEN, J. W. *Terapia do luto: Um manual para o profissional da saúde mental*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, v. 66, n. 2, p. 721-731, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n66/1807-5762-icse-1807-576220170194.pdf>>

**ANEXO A - Tabelas**

Tabela 1 - Hospital do Câncer I - Produção – 2018.

<b>Hospital do Câncer I - Produção – 2018</b>	
Matrículas	4.036
Consultas médicas	116.418
Consultas multidisciplinares	79.524
Internações	6.040
Leitos	172
Cirurgias	3.941
Quimioterapia	22.332
Radioterapia	37.647

Fonte: INCA, 2020.

Tabela 2 - Centro de Transplante de Medula Óssea - Produção 2018.

<b>Centro de Transplante de Medula Óssea - Produção 2018</b>	
Matrículas	55
Consultas médicas	2.919
Consultas multidisciplinares	899
Internações	228
Leitos	16
Cirurgias	87
Quimioterapia	535
Radioterapia	107
Transplante de Medula Óssea	81

Fonte: INCA, 2020.

Tabela 3 - Hospital do Câncer II – Produção 2018.

<b>Hospital do Câncer II – Produção 2018</b>	
Matrículas	1.613
Consultas médicas	37.707
Consultas multidisciplinares	16.935
Internações	2.640
Leitos	83
Cirurgias	1.297
Quimioterapia	6.881
Radioterapia	5.750

Fonte: INCA, 2020.

Tabela 4 - Hospital do Câncer III – Produção 2018.

<b>Hospital do Câncer III – Produção 2018</b>	
Matrículas	1.519
Consultas médicas	47.401
Consultas multidisciplinares	38.225
Internações	2.672
Leitos	52
Cirurgias	1.555
Quimioterapia	13.671
Radioterapia	12.617

Fonte: INCA, 2020.

Tabela 5 - Hospital do Câncer IV - Produção 2018.

<b>Hospital do Câncer IV - Produção 2018</b>	
Consultas médicas	7.629
Consultas multidisciplinares	17.762
Internações	2.034
Leitos	56

Fonte: INCA, 2020.



**ANEXO B - Escala – Performance Status de Karnofsky (KPS)**

100%	Normal, sem queixas, sem sinais de doença
90%	Capaz de atividade normal, poucos sinais ou sintomas de doença
80%	Atividade normal com alguma dificuldade, alguns sinais e sintomas
70%	Capaz de cuidar de si próprio, incapaz de atividade normal ou trabalho
60%	Necessidade de alguma ajuda, capaz de cuidar da maioria das necessidades próprias
50%	Frequentemente necessita de ajuda, necessita de atenção médica frequente
40%	Incapaz, necessita de cuidado especial e ajuda
30%	Gravemente incapaz, admissão hospitalar indicada, mas sem risco de morte
20%	Muito doente, necessidade de admissão imediata e medidas de suporte ou tratamento
10%	Moribundo, rápida progressão para doença fatal
0%	Morte

B