

A VIDA NA FINITUDE: UM OLHAR PSICANALÍTICO PARA PACIENTES PALIATIVOS

Karoline Andrade de Mesquita

São João Del Rei
2022

Karoline Andrade de Mesquita

**A VIDA NA FINITUDE: UM OLHAR PSICANALÍTICO PARA PACIENTES
PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção de grau Bacharelado em Psicologia, pelo Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida.

Orientadora: Prof.^a Msc. Laura Resende Moreira

São João Del Rei

2022

A VIDA NA FINITUDE: UM OLHAR PSICANALÍTICO PARA PACIENTES PALIATIVOS

Karoline Andrade de Mesquita¹

Laura Resende Moreira²

RESUMO

O presente estudo buscou compreender a importância da escuta psicanalítica na Rede de Assistência à Saúde, para pacientes com um diagnóstico que ameaça a continuidade da vida e que se encontram sob cuidados paliativos. O trabalho justifica-se, pois, existe ainda hoje, a amortização da pessoa, reduzindo-a ao diagnóstico médico e desconsiderando a subjetividade e angústia do sujeito no processo de morte e morrer. Na psicanálise, Freud apresenta conceitos e norteadores para lidar com a morte, ressaltando a importância de falar sobre ela, de modo que possamos aprender a lidar com o processo de morrer, promovendo qualidade de vida para o sujeito adoecido e seus familiares. Para a pesquisa, inicialmente seriam realizadas entrevistas com pacientes do centro de tratamento oncológico e a partir da negativa da instituição, construiu-se um trabalho voltado para a importância da promoção de autonomia do sujeito adoecido, com apoio de pesquisa de referenciais teóricos e estudos de psicanálise de Sigmund Freud; cuidados paliativos e psicologia hospitalar de Cicely Saunders; Conceitos de Morte e morrer de Kübler-Ross; práticas médicas de cuidados paliativos de Ana Cláudia Quintana e psicanálise em contexto hospitalar de Elaine Azevedo. Por fim, entende-se que o dispositivo de escuta operado na abordagem da psicanálise, pode promover qualidade de vida e opera como um facilitador do processo de morte e morrer para pacientes e familiares.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Abordagem psicanalítica; Psicologia Hospitalar; Morte e morrer; Escuta psicanalítica.

¹ Graduanda do curso de Psicologia do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves - UNIPTAN. E-mail: krl.mesquita@gmail.com

² Graduada e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João Del Rei- UFSJ. E-mail: laura.moreira@uniptan.edu.br.

INTRODUÇÃO

A morte é um fenômeno inerente à vida e, apesar disso, quando falamos sobre morrer, entramos em uma espécie de dissociação deste fato, transformado tal experiência em algo distante e por vezes, indiscutível. Desse modo, falar da própria morte pode ser algo incômodo e, portanto, procura-se evitar. Ao longo dos anos a morte se apresenta como algo a ser temido, como algo místico e inexplicável. De acordo com Kübler-Ross (1996, p.10)

(...) em nosso inconsciente só podemos ser mortos; é inconcebível morrer de causa natural ou de idade avançada. Portanto, a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo.

No século XVI a Peste Bubônica, conhecida popularmente como Peste Negra, dizimou aproximadamente um terço da população europeia. A Gripe Espanhola se difundiu entre 1918 e 1919, se espalhou rapidamente e acometeu mais de cinquenta milhões de pessoas.

Não era apenas a proximidade endêmica da morte que fazia com que houvesse uma reflexão sobre a finitude. Na era medieval, por exemplo, a figura da criança não era tratada de forma afetuosa ou um objeto de desejo afetivo para os pais. Até mesmo suas retratações artísticas eram dotadas de tonalidades adultas, sendo representadas com anatomia musculosa, em ofícios braçais. A duração da infância era reduzida no período mais frágil, enquanto “filhote de homem³” não podia cuidar de si sozinho. (ROCHA, 2002). Além disso, sua vida era crítica e os meses iniciais eram determinantes para sua vida ou morte, visto que não havia entendimento para o tratamento do “filhote de homem” meio à diversas doenças que atravessaram a era medieval.

Em todos esses contextos históricos e, ainda hoje, a morte se apresenta como castigo divino por uma era sucumbida ao pecado, ancorando o foi dito por Kübler-Ross (1996) de que a morte só é dada por castigo. Diversas culturas tratam a morte de uma pessoa próxima de formas distintas, mas ainda é evidente o temor por detrás dos rituais.

³ Expressão utilizada para se referir às crianças em fase primordial de vida, quando ela ainda é um bebê mas deverá sobreviver e tornar-se um “adulto”, isto é, uma criança apta a trabalhar.

No Egito antigo os mortos eram enterrados junto a um banquete farto e seus pertences, visto que a morte deveria ser “agraciada” desta forma, pelo temor que ela trazia. Já os indígenas de Sanöma de Auaris, segundo a antropóloga e professora da UnB, Silvia Guimarães, do jornal El País (2020), possuem um ritual diferente. Eles também não relacionam a morte como algo natural e inerente; ela é fruto da vontade ou vingança de monstros da floresta ou homens ruins atrás de vingança, mas sempre atribuído ao castigo. Em suas cerimônias, a passagem para morte é repleta de luto. Mulheres aglutinam-se ao redor do morto em prantos, proferindo cantos de lamúria. Os homens são coléricos em suas falas, clamando por vingança. Depois da cerimônia fúnebre, o ritual prossegue com a colocação do corpo em uma pira, junto de seus colares, zarabatanas e adornos, assim seu pai ou irmão mais velho, incendeia a pira. O medo da morte é tanta que os Sanöma de Auaris pintam a parte inferior do nariz com pasta de urucum para que em hipótese alguma inalem a fumaça cadavérica, pois isso poderia provocar sonhos e alucinações com o morto. Do mesmo modo, o temor de indígenas americanos para com os espíritos malignos que rondavam os rituais fúnebres, atiram flechas contra o céu, de modo a repeli-los, prática que podemos observar ainda hoje, com a salva de tiros, que é quando os militares disparam tiros ao alto, também em cerimônias de passagem para a morte.

A necessidade de perpassar pela cultura e os comportamentos dos homens, ao longo dos anos, se faz necessário para que entendamos que o homem ainda tem a morte como algo pavoroso. O que de fato foi observado por Kübler-Ross (1996), com tamanha mudança foi o seu modo de lidar com a morte e com os pacientes que tem a continuidade da vida ameaçada.

Hoje, olhamos para a ciência médica e seu progresso é indiscutível. Campanhas de vacinas erradicaram diversas doenças. O uso de antibióticos cessa ou limita progressos infecciosos. Barbitúricos possibilitam intervenções severas e tudo com o mesmo objetivo de minimizar a dor e sofrimento fisiológico do paciente. Entretanto, uma pessoa não é constituída somente de um sistema fisiológico, existe um sujeito dotado de singularidades ali, e é exatamente isso que distingue um caso do outro.

O que é destacado neste aspecto é que a medicina avançou para que a vida seja prolongada, para que a dor dos tratamentos e procedimentos seja minimizada. Contudo, há de saber que ali ainda existe um sujeito com dores que atravessam o corpo, um tipo de dor que não pode ser manejada com fármacos e um protocolo de

tratamento pré-definido. Seus desejos, seus temores e sua autonomia devem ser preservados e acolhidos. Neste momento fazemos uma aposta no sujeito, onde ali, não há saber médico que possa ser imperado em sua condição, mas somente a fala deste, porque é ali que o sujeito se encontra e ninguém mais além dele sabe falar tão bem sobre sua dor.

Em *Sobre a Morte e o Morrer*, Kübler-Ross (1996, p.16) destaca que

quanto mais avançamos na ciência, mais parece que tememos e negamos a realidade da morte. Como é possível? (...) Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes, é até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte. Morrer se torna um ato solitário e impessoal porque o paciente não raro é removido de seu ambiente familiar e levado às pressas para uma sala de emergência. (...) um paciente gravemente enfermo, em geral é tratado como alguém sem direito a opinar. Quase sempre é outra pessoa quem decide sobre se, quando e onde um paciente deverá ser hospitalizado. Custaria tão pouco lembrar-se que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido...

Por muitas das vezes, o paciente que chega ao hospital e recebe um diagnóstico crítico, passa por uma espécie de *amortização do eu*, recorrente nos antigos hospitais psiquiátricos que recolhiam todos os bens do sujeito, o livravam de seu nome, de sua história, de seus gostos; e o inseriam na instituição com um código, ou seja, tudo sobre ele era apagado e era como se ele deixasse de possuir suas singularidades. No hospital, muito embora o tratamento esteja longe de ser comparado aos tratamentos de hospitais psiquiátricos, esse afastamento do sujeito da sua história, de seus pertences e da sua palavra o reduz a um diagnóstico ou um leito. Não há nada ali que o faça retomar sua identidade e papel dentro de sua própria vida, a não ser pela via da fala.

Freud (1914 – 1916) apresenta uma visão concisa sobre a importância de reconhecermos a morte e começarmos a lidar com ela como um evento inerente aos seres vivos, reconhecê-la em nossa vida evidenciando-a. A psicanálise opera a partir da escuta, fazendo imprescindível que o sujeito consiga falar sobre suas angústias, não limitando sua existência a um diagnóstico em que sua vida esteja ameaçada. Falando sobre sua obra *A morte é um dia que vale a pena viver* (2019), a autora Ana Cláudia Quintana retrata uma experiência que viveu na Universidade de São Paulo

(USP) enquanto cursava medicina; onde se interessou pela área de cuidados paliativos e foi criticada com a ideia de que a prática médica seria para pessoas que falham, presumindo que a medicina só se trata de salvar vidas. A autora, então, refutou o professor dizendo que a falha se dá quando se assume que não há mais nada a ser feito. Uma pessoa que tem um diagnóstico que ameaça a continuidade de sua vida não é um paciente em que nada mais pode ser feito por ele, se existe alguma maneira de produzir qualidade de vida até o dia de sua morte, não existe falha, existe sucesso.

Diante disso, ressaltamos a importância de falarmos a respeito do chamado cuidados paliativo. Nossa ideia inicial foi utilizar a metodologia de pesquisa de campo, atuando diretamente no Centro de Tratamento Oncológico da Santa Casa de Misericórdia de São João del-Rei. Contudo, a pesquisa não foi permitida pela instituição. Investimos, portanto, em uma pesquisa bibliográfica que tem como objetivo associar o dispositivo de cuidados paliativos e a psicanálise. Nosso percurso será o de apresentar um breve histórico dos cuidados paliativos e seus marcos políticos e legislativos, para, em seguida, destacarmos o lugar que a psicanálise pode assumir frente ao sofrimento do sujeito que se aproxima da morte.

1. BREVE HISTÓRICO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

A filosofia paliativista teve seus exórdios na antiguidade. Do latim, *paliativo* vem de *pallium*, que significa cobrir. Nas antigas Cruzadas, evento civil mais antigo onde se identifica ilustrações do cuidado paliativo, os homens usavam um manto de mesmo nome (*pallium*). Neste momento eram comuns hospedarias em monastérios, que abrigavam não somente os doentes e moribundos, mas também os famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos e leprosos (DE PAULA, 2018). Deste modo, as hospedarias tinham por objetivo acolher, proteger, cuidar de pessoas em situação de saúde críticas ou alarmantes e sobretudo, aliviar o sofrimento.

De Paula (2022) apresenta dados da história dos cuidados paliativos, após os Hospices (hospedarias na tradução), teve início com a modernização dos mesmos, com Cicely Saunders, nascida em 1918, na Inglaterra, que se prestou durante toda vida a trabalhar com o alívio do sofrimento de pessoas. Formada em assistência social, enfermagem e medicina, Cicely enxergava uma forma diferente de cuidar, quando as ciências médicas não tinham mais recursos para tratar. Em 1967, ela fundou o St. Christopher's Hospice, que oferecia cuidado integral ao paciente. Cicely faleceu em

2005 no mesmo hospital, sendo cuidada da mesma forma que ensinou aos demais profissionais da saúde. Sendo mundialmente conhecida como mãe dos cuidados paliativos, Cicely Saunders (1967) se volta aos enfermos ao escrever que

ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.

Assim, ao dizer que o cuidado paliativo ajuda a morrer em paz, assume-se a ideia de que a paz prevê tranquilidade para morrer, afim de ajudar em um possível processo de angústia que o sujeito ali vive. Em uma perspectiva técnica, a Organização Mundial da Saúde (2019), indica os cuidados paliativos como

a abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento através de identificação precoce, avaliação adequada e tratamento da dor e outros sintomas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais.

Há de saber que o ser humano, em sua maioria, não quantifica seu tempo em vida, levantando possibilidades sobre o mesmo. “A gente mal nasce e começa a morrer. Depois da chegada, vem sempre a partida, porque não há nada sem separação” (MORAES, 1971). É o que diz um compositor e que retrata a compreensão da finitude de forma geral. Não nascemos com todo tempo do mundo, nascemos para começarmos a contagem de nossa morte. O que traz sentido, ou o que compreendemos como nosso diante das experiências, são os desejos e as faltas que nos movem; aquilo que há de nos cativar a buscar ou experimentar. E de certa forma, é compreensível acreditar que o tempo proverá o preenchimento destas, entretanto, a forma como o tempo é vivido permite com que o ser humano possa balancear suas necessidades e desejos, pautados pela visão do outro acima de seu desejo.

Quintana (2019), é inserido o conceito de “Pessoa de Verdade”. A autora considera pessoa de verdade, aquela que não tem mais tempo a perder, que está despida de todos os seus mecanismos de defesa e encontra em seus últimos momentos de vida, a possibilidade de se expressar de forma autêntica, que abandonou seus preceitos, preconceitos e máscaras que possibilitavam sua vida em sociedade. Uma pessoa disposta a sentir o que lhe resta, a falar o que é desejado, pois o seu

tempo é o que lhe separa da paz, mencionada por Cicely Saunders (1967), e a angústia de morrer.

RESOLUÇÕES E MARCOS LEGAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS NO BRASIL

O Brasil implementou seus primeiros serviços de cuidados paliativos somente no final dos anos 1990, evidenciando o caráter recente dessa abordagem. De acordo com Piva e Carvalho (2007) os serviços que oferecem cuidados paliativos baseiam-se em alguns princípios norteadores, como: (a) promover o alívio da dor e outros sintomas; (b) reafirmar a vida e conceber a morte como um processo natural; (c) não pretender antecipar e nem postergar a morte; (d) integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado; (e) oferecer um sistema de suporte que capacite o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte; (f) amparar a família durante todo o processo da doença e (g) ter início o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento de vida e manejo de sintomas.

No âmbito das políticas públicas de saúde, apenas em 2018 o cuidado paliativo passou a ter um marco legal. A resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, estabelece as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse documento fica assegurado que os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso quer dizer que o SUS oferece a qualquer pessoa com um diagnóstico de doença aguda ou crônica que afete a condição de vida a possibilidade de receber cuidado paliativo em qualquer nível de complexidade do sistema. Inclui-se a partir dessa resolução, além do o cuidado na atenção primária, ambulatorial e hospitalar, o cuidado paliativo na atenção domiciliar; assegurando a assistência em domicílio para pessoas com restrições, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna. Vale destacar a importância da assistência multidisciplinar na oferta qualidade de vida aos pacientes que tem a continuidade de sua vida ameaçada.

De acordo com o documento, a organização do cuidado deve ter como objetivo:

- I - integrar os cuidados paliativos na rede de atenção à saúde;
- II - promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes;

- III - incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar;
- IV - fomentar a instituição de disciplinas e conteúdos programáticos de cuidados paliativos no ensino de graduação e especialização dos profissionais de saúde;
- V - ofertar educação permanente em cuidados paliativos para os trabalhadores da saúde no SUS;
- VI - promover a disseminação de informação sobre os cuidados paliativos na sociedade;
- VII - ofertar medicamentos que promovam o controle dos sintomas dos pacientes em cuidados paliativos; e
- VIII - pugnar pelo desenvolvimento de uma atenção à saúde humanizada, baseada em evidências, com acesso equitativo e custo efetivo, abrangendo toda a linha de cuidado e todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, domiciliar e integração com os serviços especializados (BRASIL, 2018).

BRASIL, Ministério da Educação. Altera os Arts. 6º, 12 e 23 da Resolução CNE/CES nº 3/2014, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF, 2022., homologa uma alteração na Diretriz Curricular Nacional dos cursos de Medicina, prevendo a necessidade de ensinar cuidados paliativos a partir de 01 de dezembro de 2022, prezando pelas técnicas, habilidades e competências da assistência a estes pacientes. A alteração na resolução assume, novamente, a importância e avanço na formação profissional de profissionais da saúde, prevendo a necessidade do contato com a urgência do sujeito, afim de aliviar o sofrimento e os sintomas do paciente em cuidados paliativos.

A medicina atual trabalha com a promoção da vida e com urgência da cura, portanto, se nada há de fazer em relação a cura, as possibilidades de atuação de um médico não devem ser extintas, porque a única certeza de que temos, é a de que vamos morrer em algum momento.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010., instituídas no SUS a partir de dezembro de 2010, considera que não há um modelo organizacional a ser seguido, entretanto são ressaltados quatorze atributos essenciais a serem seguidos para que haja funcionamento das Redes de Assistência de Saúde. Destaca-se alguns deles:

- IV - Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
- V - Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.
- VI - Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

Levando em consideração o recorte do cuidado paliativo, entendemos o atributo IV como essencial e um direito. O atributo V, por sua vez, compreende os cuidados paliativos no âmbito da continuidade do cuidado, integrando assistência contínua à atenção ao sujeito. Em VI, a centralização do sujeito e sua família coincidem com a necessidade do grupo em receber devida atenção, sobretudo quando a vida da pessoa é ameaçada em sua continuidade. Por fim, no atributo VIII, a ação intersetorial abrange a psicologia como uma abordagem determinante à saúde. A RAS garante como essenciais a integração de áreas da saúde como promotoras da qualidade de vida, em todos os níveis de atenção à saúde.

A MORTE PARA A PSICANÁLISE

Nos propusemos a falar sobre a morte como um evento que acontece em determinado momento como desfecho da vida, a fim de que devemos estar preparados para aquilo que há de ser incontestável. Entretanto, nossa relação com a morte não se apresenta dessa forma. Em *“Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos”* Freud (1914 – 1916), apresenta o provérbio “pensar em algo como na morte”, isto é, pensar nela como algo improvável ou incrível, como se não pudesse ser alcançado de tão fantasioso. Assim, a morte é reduzida ao silêncio, na tentativa de eliminá-la da vivência humana.

Em vista da morte do outro e assim como vimos em breves históricos culturais da morte, para psicanálise, Freud (1914 – 1916) também aponta que o homem civilizado evita falar dela como possibilidade, porque a pessoa enferma, àquela que, não ele, mas o outro que está destinado a morrer poderia escutá-lo e tomar como ofensa sua vida findada. Ao passo que apenas as crianças seriam capazes de ignorar dado cuidado para falar da morte, buscando razões lógicas de continuidade da vida após a morte do outro. Admitir a morte do outro, para o adulto, é posicionar-se como maldoso ou frio, a menos que você seja um médico apresentando um diagnóstico ou um atestado de óbito.

A morte traz diversos significados e reflexões para o homem, “diante do morto assumimos uma atitude particular, quase que uma admiração por alguém que realizou

algo muito difícil” (FREUD, 1914 – 1916, p.231). Nesse sentido, é evidente que em sua maioria, a relação com a morte é de algo inconcebível, que não há espaço para fala, instrumento primordial da psicanálise.

A forma como não falamos da morte tem grande efeito em nossa vida. Nossas tentativas de viver sob o resguardo do tocante morrer não nos elimina de experimentar tal evento, seja com um diagnóstico que ameace a nossa vida, tanto quanto de um ente querido. O fato de que a ausência do diálogo sobre a realidade de que nossa vida é finita, não nos permite ousar falar sobre nossos desejos, angústias e faltas. Porque falar da morte é aproximá-la, e estar morrendo é não poder sustentar seus anseios mais. Como se a vida lhe fosse dada, mas que em determinado momento, você não pudesse mais recorrer à fala, porque não há mais nada que se possa fazer, a não ser o silêncio diante da morte e buscar em outros meios de que a pessoa, ou nós mesmos, encontraremos tudo que precisamos em outro plano, como verificamos o que é sustentado por algumas religiões. “No reino da ficção encontramos a pluralidade de vidas que temos necessidades. Morremos na identificação como um herói, (...)” (FREUD, 1914 – 1916, p.233).

O tratamento convencional com a morte, o silêncio; acontece quando se põe a vida em risco, tomando como exemplo geral, uma pessoa acometida por um vírus que eventualmente lhe causou a morte. A sensação de que algo poderia ter sido evitado, causa silêncio o horror, porque a morte foi endereçada ao acaso, que por sua vez, “poderia ter sido eu”. Entretanto, quando há iminente descaso frente a uma pandemia do mesmo vírus, como em uma guerra, pode haver o fim dessa sensação, a vida se torna novamente o foco porque a casualidade não atinge mais aquele sujeito. Deste modo, Freud (1914 – 1916) conclui que

não é mais possível negar a morte; temos que crer nela. As pessoas morrem de fato, e não mais isoladamente, mas em grande número, às vezes dezenas de milhares num dia só. Isso já não é acaso. Certamente ainda parece casual que uma bala atinja este ou aquele outro, mas uma segunda bala pode atingir mais outro, e o acúmulo põe fim à impressão de acaso. A vida se tornou novamente interessante, recuperou seu pleno conteúdo.

Contudo, devemos compreender o fenômeno de angústia que pode anteceder o silêncio sobre a morte. Freud (1895) em “*Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*”, diz que a

angústia é definida como uma reação à incapacidade do aparelho psíquico em lidar com um perigo externo. Há também outra concepção da angústia no pensamento freudiano, mas tomando a angústia como uma reação de luta ou fuga, isto é, um perigo externo à sua crítica, existe certa dificuldade para manejar excessos de estímulos, assim a ausência da fala pode ser explicada como algo a ser evitado para que não produza algum tipo de desprazer.

O nosso inconsciente é resguardado da ideia da morte e nos comportamos culturalmente e convencionalmente de forma distante diante da morte. Ela nos faz ascender o homem primitivo em nós, com uma busca incessante em sermos heróis, porque não conseguimos acreditar na nossa morte. Diante disso, Freud (1914 – 1916, p.246) levanta o seguinte questionamento

Não deveríamos admitir que com nossa atitude cultural diante da morte vivemos psicologicamente acima de nossos meios, mais uma vez, e voltar atrás e reconhecer a verdade? Não seria melhor dar à morte o lugar que lhe cabe, na realidade e em nossos pensamentos, e pôr um pouco mais à mostra nossa atitude inconsciente ante a morte, que até agora reprimimos cuidadosamente? Isso não parece uma realização maior, seria antes um passo atrás em vários aspectos, uma regressão, mas tem a vantagem de levar mais em conta a verdade e nos tornar a vida novamente suportável. Suportar a vida continua a ser o primeiro dever dos vivos. A ilusão perde o valor se nos atrapalha isso.

Aqui, Freud levanta importante questionamento acerca da perda do valor da ilusão. O que nos resta viver se não falamos de morte? Qual o sentido das artes, das obras, da ficção, da ilusão e dos sonhos se não a possibilidade de que para isso, temos que compreender que somos finitos?

Para isso, precisamos compreender que nossa consciência possui diversos espaços que não conseguimos explicar com a medicina tradicional, tanto para pessoas sadias, quanto para pessoas doentes. Isto é, para Freud (1914 – 1916), “verificam-se com frequência atos psíquicos que pressupõem, para sua explicação, outros atos, de que a consciência não dá testemunho”, ou seja, nossos atos falhos, chistes e lapsos para indivíduos sadios e sintomas e fenômenos obsessivos em indivíduos doentes. O nosso inconsciente produz pensamentos nos quais não identificamos a origem, entretanto, esses pensamentos são produtos de uma elaboração intelectual e profunda da qual não nos é apresentado se não por meio da elaboração frente ao analista.

A INSERÇÃO DO ANALISTA NO CUIDADO A PACIENTES PALIATIVOS: – O QUE PODE O PSICANALISTA FRENTE AO DOENTE TERMINAL?

O cuidado paliativo, como discorrido anteriormente, é um cuidado multidisciplinar, ou seja, engloba diversas áreas da saúde com o objetivo de promover qualidade de vida até o último dia de vida do sujeito e de sua família. Portanto, é primazia compreender que diante deste cenário, não estamos lidando com um diagnóstico, não tratamos a doença, mas uma pessoa adoecida, suas subjetividades e a construção do sujeito devem ser consideradas em primeiro plano, pois ignorar este fato é o mesmo que desleixar sobre o cuidado.

A psicanálise opera exatamente nessa lacuna, por vezes, esquecida pela medicina. Diante disso, Azevedo (2018, p.2) escreve

A clínica obriga o médico a confrontar-se com o que se encontra em questão na demanda do paciente, não sendo possível, nessa perspectiva, operar sobre o corpo excluindo a dimensão do que é subjetivo. O psicanalista precisa trabalhar, portanto, para que nesse encontro com a pedra no caminho, com o real, o sujeito possa inventar uma saída singular que lhe possibilite caminhar. A dimensão do tempo na urgência se mostra, então, necessária, pois, diante do encontro desvelado com o real do corpo – como podemos ver na clínica no hospital – sem as amarrações simbólicas e imaginárias, passamos da urgência de um corpo adoecido por sua ferida para uma urgência subjetiva, um sujeito adoecido em sua palavra.

A psicanálise como objeto de demanda, em sua maioria das vezes, urge a partir da urgência do sujeito. No contexto das Redes de Assistência de Saúde, nos deparamos com questões distintas de temporalidade, o médico tem a pressa pela cura da doença, lutando contra os dias que se arrastam diante de um diagnóstico que ameaça a vida do sujeito, eis então uma expectativa para que haja reversão do quadro, para que suas tentativas justifiquem a honra da sua profissão, mas existe também a urgência do sujeito paciente, como aquela pessoa que toma consciência de que sua vida está ameaçada.

O sofrimento psíquico no ambiente hospitalar não se resume à doença, mas também ao enfrentamento do que é morrer. Como mencionamos anteriormente, Freud (1914 – 1916) descreve o sujeito que está prestes a morrer como um herói, como aquele que está lidando com uma situação inimaginável, quase impossível. E aquele que morre, é descrito como imaculado, por fazer uma tarefa tão difícil para todos: morrer. Neste momento, o que até então era impensável, aproxima-se do sujeito, sua

morte que seria limitadamente pensada em anos, ou até mesmo décadas, é antecipada, obrigando o sujeito a lidar com ela em caráter de urgência. Então o sujeito se encontra no exato intervalo entre o que não existe e o que está por existir: “A urgência subjetiva produz um curto-circuito entre o instante de ver (o acontecimento) e o tempo de compreender (esse acontecimento)” (Lacan, 1945/1998).

Todos nós passaremos por um momento em que a urgência subjetiva aparece e que sentimos necessidade de trabalhá-la de alguma forma, a questão hospitalar é que a possibilidade da morte faz com que essa urgência seja antecipada.

A linguagem é comumente conhecida como um fator universal que nos permite dar sentido a algo ou alguma coisa, sendo a palavra (falada ou interpretada por sinais), o principal meio de linguagem existente. Ainda neste sentido, a fala do sujeito é um operador da psicanálise, que atua através da escuta. Segundo Siqueira (2007), quando Freud iniciou seus trabalhos psicanalíticos com as histéricas, ele se propôs não somente a olhá-las, subvertendo o protocolo médico, Freud se alvitrou de escutá-las, porque o sentido do sintoma era outro e assim, removeu a histeria do campo do saber médico. Deste modo a escuta e a fala atribuem um espaço central na psicanálise.

Segan (1975) aponta que na escuta kleiniana, de Melanie Klein, a fantasia expandiu-se com o intuito de adentrar no paciente tomando-o como um mundo interno representando suas pulsões. E segundo Roudinesco (1998), a escuta lacaniana, de Jacques Lacan, apoia-se em um modelo linguístico e biológico, seguindo a teoria darwinista, reformulando sobretudo a metapsicanálise freudiana, movimentando-se através do sujeito, segmentando em conceitos do real e imaginário.

Ainda segundo Roudinesco (2000) a psicanálise clínica é um tratamento baseado na proposta da fala, sobre de fato externar o sofrimento psíquico ou angústia subjetiva vivenciada pelo sujeito, construindo uma narrativa que transforma o sentido, ou seja, torna consciente as entrelinhas do sofrimento. A psicanálise, de forma ortodoxa mantém seu tratamento consolidado através de dar voz ao sujeito ativo do sofrimento, assim como vimos anteriormente acerca da importância de promover a autonomia do paciente que tem um diagnóstico que ameaça a continuidade da sua vida, visto que, apenas ele sabe das suas doenças da alma, ou seja, sua angústia.

Portanto, oferecer a escuta em um ambiente onde o saber médico tornou-se imperativo, é possibilitar e reconhecer outros meios de cura, compreendendo que não

somente a biológica deve ser investida como produto de sucesso, mas também, e sobretudo, a qualidade de vida, que é um ponto de interseção entre todas as áreas da saúde.

PARA CONCLUIR

Os cuidados paliativos estão presentes desde as antigas cruzadas e hospedarias que acolhiam pessoas em sofrimento, seja eles enfermos ou pessoas com algum tipo de sofrimento, como abandono, traumas sexuais e entre outros, com o mesmo objetivo: proporcionar qualidade de vida. Deste modo, os cuidados paliativos foram integrados na Rede de Assistência a Saúde, com a prerrogativa de que qualquer pessoa que tenha a continuidade de sua vida ameaçada, deverá ser integrada nestes cuidados especiais que abrangem não só a pessoa adoecida, como todos os seus familiares. Assim, uma equipe multidisciplinar de saúde é escalada para proporcionar qualidade e maior conforto possível com o processo de morte e morrer até o último dia de vida da pessoa.

A morte é um evento pelo qual sabemos que qualquer pessoa irá enfrentar em algum momento. Contudo, morrer é um processo distinto que envolve uma ação de deslocamento de energia da psique e urgência subjetiva demandada dos envolvidos. A psicanálise opera por meio da escuta, possibilitando que o sujeito seja atuante e tenha voz ativa durante o seu acompanhamento clínico, recebendo através do processo de análise, um espaço em que a sua autonomia não seja questionada, porque a operação ativa do tratamento se dá através do próprio sujeito e o analista, ali inserido nos cuidados paliativos, impera somente na escuta, porque a produção de sentido no espaço de trazer as angústias do sujeito para a luz, para o consciente, possibilitando a criação de uma narrativa sobre a angústia, desejo ou trauma do sujeito.

Deste modo, a atuação do psicanalista frente ao cuidado paliativo se faz imprescindível para que o paciente que tem a continuidade da sua vida ameaçada, consiga ter sua autonomia subjetiva preservada e cuidada, até o momento de sua morte, promovendo um processo menos doloroso de morrer. Pois “diante do morto assumimos uma atitude particular, quase que uma admiração por alguém que realizou

algo muito difícil” (FREUD, 1914 – 1916, p.231), esse processo pode ser trabalhado de maneira que possibilite conversar sobre a morte com familiares de enfermos, ou enfermos, a fim de assumir a realidade que tanto assola os vivos: vamos morrer. Mas morrer não precisa ser um processo tão doloroso e carregado de significantes de impossibilidade humana. Não só podemos, como vamos morrer. A psicanálise dentro do cuidado paliativo não tem como prerrogativa ensinar alguém a morrer, mas justamente o contrário, apresentar outra perspectiva, outra narrativa do que será vivido até o momento da morte, novamente, devolvendo a autonomia do sujeito para o evento que, ninguém além dele, poderá passar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C.G; COSTA, S.F.G; LOPES, M.E.L. Cuidados paliativos: **a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal**. Ciência & Saúde Coletiva, 2013. Academia Nacional de Cuidados Paliativos.

ANSERMET, F., & Borie, J. (2007). **Apostar na contingência**. In **Pertinências da Psicanálise Aplicada: Trabalhos da Escola da Causa Freudiana reunidos pela Associação do Campo Freudiano** (V. A. Ribeiro, Trad., pp. 152-158). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

ANSERMET, F. (2003). **Clínica da origem: a criança entre a Medicina e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

ARANTES, Ana Cláudia Quintana. **A morte é um dia que vale a pena viver**. Alfragide, Portugal: Oficina do livro, 2019. 216p.

AZEVETO, Elaine. **Da pressa à urgência do sujeito: Psicanálise e urgência subjetiva**. **Estudos de Psicanálise**, Analytica, vol.7, jul/dez. 2018. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/analytica/v7n13/06.pdf>>. Acesso em: 08 jul. 2022.

BRASIL ESCOLA. **Pandemia da Peste Negra**. Disponível em: < <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/pandemia-de-pestes-negra-seculo-xiv.htm> >. Acesso em: 07 de setembro de 2022.

FOCHESATTO, Waleska Pessato Farenzena. **A cura pela fala: The talking cure. Estudos de Psicanálise**, Pepsic, nov. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n36/n36a16.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2022.

GOMES, A.L.Z; OTHERO M.B. **Cuidados Paliativos. ESTUDOS AVANÇADOS 30 (88)**, 2016.

GOROSTIZA, L. (2007). Prólogo. In I. Sotelo **Clínica de la urgencia** (pp. 15-21). Buenos Aires: JCE Ediciones.

GUIMARÃES, Silvia. **O drama ritual da morte para os sanoma. EL PAÍS**, 2021. Disponível em: < <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-24/o-drama-ritual-da-morte-para-os-sanoma.html> >. Acesso em: 07 de setembro de 2022.

KUBLER- Ross, E. **“Sobre a morte e o morrer”**: 8ª Ed., Martins Fontes. São Paulo, 1998.

LOPES, Jurana. **Saúde conta com Programa de Cuidados Paliativos**. CONASS, 2020. Disponível em: < <https://www.conass.org.br/saude-counta-com-programa-de-cuidados-paliativos-no-sus/#:~:text=O%20Programa%20de%20Cuidados%20Paliativos,a%20propiciar%20cuidados%20continuados%20integrados.> >. Acesso em: 31 de maio de 2022.

MORAES, Vinícius de; TOQUINHO. **Sei Lá... A Vida Tem Sempre Razão**. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/toquinho/87372/>. Acesso em: 03 abril 2022.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. **A criança na era medieval**. Disponível em: < <https://blog.portaleducacao.com.br/como-a-crianca-era-vista-e-tratada-desde-a-epoca-medieval-ate-o-seculo-xx/> >. Acesso em: 07 de setembro de 2022.

Piva, Jefferson Pedro; Carvalho, Paulo Antonacci. ***Considerações éticas nos cuidados médicos do paciente terminal***. Porto Alegre: Difusão de Cultura, 2007.

Sigmund Freud, Obras completas - Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914-1916). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. v. 12.