

## **Impasses da Subjetividade nos Cuidados Paliativos: um Estudo Psicanalítico\***

### **Subjectivity Predicaments in Palliative Care: a Psychoanalytic Study**

Camila Chudek Ribeiro<sup>1</sup>  
Venicius Scott Schneider<sup>2</sup>  
Amanda Calvetti Corrêa<sup>3</sup>

#### **Resumo**

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio de sintomas. Ao longo de nossa experiência nesse setor, inseridos em um Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia de um hospital universitário, os impasses e desafios encontrados engendraram questionamentos importantes acerca do fazer psicanalítico na instituição hospitalar, marcada historicamente pela hegemonia do discurso médico. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar impasses que podem se colocar desde o trabalho com a subjetividade no hospital, bem como problematizar possibilidades de encaminhamento de tais situações, em relação à equipe de saúde, ao paciente e ao próprio praticante de Psicanálise. Para isso, realizamos um estudo teórico a partir de uma revisão de literatura pautada pelo referencial psicanalítico, articulada a ilustrações clínicas. Observamos que situações de adoecimento e finitude podem ser catalisadoras de angústias diversas, tanto para o paciente e sua família, como para a equipe – incluindo o psicólogo. Nesse contexto, a elaboração de questionamentos sobre a própria prática, sustentada pelo estudo teórico, supervisão e análise pessoal, é fundamental para viabilizar o trabalho psicanalítico, evitando que o praticante impossibilite sua escuta ao ser tomado por suas angústias.

**Palavras-chave:** psicanálise; cuidados paliativos; subjetividade.

#### **Abstract**

Palliative Care is defined as an approach that promotes life quality to patients enduring life-threatening diseases, through symptom prevention and relief. Throughout our experience in this sector, being in a Multiprofessional Residency Program in Psychology at a teaching hospital, the predicaments and challenges encountered have engendered important questions concerning

---

<sup>1</sup> Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba/PR – E-mail: [camila.chudek@gmail.com](mailto:camila.chudek@gmail.com)

<sup>2</sup> Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba/PR –E-mail: [vsschneider@gmail.com](mailto:vsschneider@gmail.com)

<sup>3</sup> Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Curitiba/PR –E-mail: [amandacalvetti7@gmail.com](mailto:amandacalvetti7@gmail.com)

\* Agência de fomento: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC UFPR)

the psychoanalytical praxis in a hospital institution, historically characterized by the hegemony of the medical discourse. Thus, this paper aims to identify some obstacles that can arise from working with the subjective at a hospital, as well as problematizing possibilities of forwarding such situations, regarding the healthcare team, the patient, and the Psychoanalysis practitioner. For this, we conducted a theoretical study based on a literature review with the psychoanalytic framework articulated with clinical illustrations. We observed that situations of illness and finitude can catalyze too much anguish, both for the patient and his family, as well as for the healthcare team - psychologist included. In this context, the elaboration of questions about one's practice, sustained by theoretical studies, supervisions, and personal analysis, is essential to make psychoanalytic work feasible, thus, preventing that the practitioners preclude their listening by being taken by their anguishes.

**Keywords:** psychoanalysis; palliative care; subjectivity.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos [ANCP] (ANCP, 2012) define Cuidados Paliativos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio de sintomas que causam sofrimento. Os princípios que norteiam a prática dos Cuidados Paliativos incluem a soberania das escolhas do paciente e visam o aumento da qualidade de vida deste por meio de intervenções que tragam conforto e evitem o sofrimento, seja ele orgânico, emocional, espiritual ou social.

Neste contexto, a atuação da equipe multiprofissional ganha destaque ao fundamentar a compreensão de que o doente sofre globalmente, e cada membro da equipe deve abordar o sofrimento a partir da perspectiva que seu saber autoriza. Para tanto, faz-se necessário que o profissional se interrogue constantemente sobre a sua própria prática, buscando compreender as possibilidades e limites de sua atuação.

O presente trabalho constitui um estudo teórico, a partir de uma revisão de literatura, com ilustrações clínicas. É importante ressaltar que as ilustrações clínicas as quais faremos referência nesse trabalho, foram tecidas a partir de atendimentos de um paciente, realizados por uma residente, inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia/ Psicanálise do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que estava em estágio no setor de Cuidados Paliativos. Neste setor, os encaminhamentos para o Serviço de Psicologia são realizados pela equipe médica ou multiprofissional, mediante solicitação escrita (Pedido de Consulta) ou verbal aos residentes. Preferencialmente, os pacientes e familiares são acompanhados pelo mesmo residente até a alta hospitalar, sendo os atendimentos retomados em eventuais internações subsequentes.

Busca-se, desde o referencial teórico da psicanálise, discutir os impasses que podem surgir em relação à subjetividade, em contexto hospitalar, mais especificamente no setor de cuidados paliativos. Nesse sentido, são debatidas as diferenças entre o campo médico e o psicanalítico, a noção de subjetividade a partir da psicanálise, e a implicação do praticante de psicanálise na sua escuta e na condução dos atendimentos aos pacientes.

A noção de subjetividade constitui ponto essencial da psicanálise, que a aborda ao considerar tanto o aparelho psíquico e seus modos de funcionamento, quanto as moções pulsionais às quais o indivíduo está submetido. Certamente, Freud não foi o primeiro a se questionar acerca daquilo que é desconhecido pela consciência; mas sua conceituação sobre o

inconsciente marca uma ruptura na ideia de um indivíduo soberano em sua razão e consciência, ao marcar a existência de uma outra cena (Roudinesco & Plon, 1998).

No que diz respeito aos impasses, cabe esclarecer ao que se referem - de acordo com o dicionário, impasse pode ser definido como: “situação aparentemente sem solução favorável; dificuldade insolúvel; qualquer fato ou coisa que dificulta ou impede” (Houaiss & Villar, 2001, p. 1578). Ferrão (2016) ressalta que no campo da psicanálise a noção de impasse está intimamente relacionada a uma visão médica, inspirado por desejos de cura:

O desejo de cura de padecimentos mentais, na sua acepção idealizada, corresponderia a livrar-se de sofrimentos psíquicos, eliminar características mentais desagradáveis e adquirir outras agradáveis. O modelo seria este: há uma dor; deve ser eliminada e dar lugar a um estado agradável; alguém ou algum poder tem de eliminá-la de imediato, de preferência mediante magia, onipotência ou onisciência, ou, na falta disso tudo, através da ciência. (Ferrão, 2016, p.94)

Tais definições destacam a ideia de que haveria um lugar no qual se quer chegar, um objetivo que pode encontrar limitações diante da existência de pontos que impediriam sua realização. Isto significa dizer que quando se constrói um ideal a respeito de uma prática e dos lugares a serem ocupados por quem quer que seja, produzem-se efeitos no modo de operação daquela prática, seja no campo da medicina ou da psicanálise. Dessa forma, os impasses podem ser importantes na medida em que questionam tais ideais, o que trará ressonâncias na forma de operar uma prática.

Durante o período do estágio, observou-se uma pluralidade de motivos que originavam os Pedidos de Consulta. Frequentemente, no entanto, tais pedidos solicitavam a resolução de impasses que se colocavam em relação às expectativas que a equipe depositava sobre o paciente, chamando o psicólogo com intuito de “convencer” o paciente a mudar suas atitudes, acalmá-lo ou eliminar suas angústias.

Selecionamos vinhetas de um caso atendido pela residente de Psicologia/Psicanálise no referido setor, buscando identificar alguns pontos de impasse que se colocaram a partir do trabalho com a subjetividade, em relação à equipe de saúde, ao paciente e ao próprio praticante de Psicanálise.

Assim, trata-se de G.H., 68 anos, diagnosticado com uma doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). No momento da solicitação de acompanhamento psicológico, sua doença estava se agravando progressivamente, sendo o paciente encaminhado para o setor de Cuidados Paliativos do referido hospital.

Com as internações cada vez mais longas e frequentes, o quadro de G.H. piora rapidamente. A solicitação de atendimento psicológico vem diante da preocupação da equipe com o paciente, que sempre fora comunicativo e bem-humorado, mas nas últimas internações aparentava estar mais quieto e deprimido. Além disso, a orientação médica é de que G.H. busque atendimento hospitalar com urgência quando estiver com falta de ar, mas G.H. relata que sempre espera até “ficar azul” antes de voltar para o hospital - por vezes, tem crises agudas de dispneia por três dias antes de buscar atendimento. Essa “teimosia”, como dizem os profissionais de saúde que cuidam dele, só piora a situação. A equipe orienta, explica e pede insistentemente – mas G.H. espera, e só vem para o hospital quando já está gravemente dispneico.

A equipe se mobiliza, tentando diversas estratégias para facilitar o acesso do paciente ao hospital. Porém, mesmo durante crises bastante severas, G.H. fica em casa, sufocando sem ar até “ficar azul”. Quando interrogado sobre sua atitude, G.H. diz saber que precisa se cuidar e

afirma que não quer piorar, mas a cada nova crise acaba por repetir a mesma situação da qual a equipe se queixa.

Neste ponto, cabe atentar para uma particularidade frequente no trabalho com Psicanálise em um hospital geral. Muitas vezes – como no fragmento que ilustra o presente trabalho – a solicitação de atendimento não parte do paciente, mas sim, surge a partir de um pedido da equipe. Como o praticante recebe este pedido? Freud (1920/1996e) já alertava acerca das dificuldades trazidas para o tratamento psicanalítico quando a procura inicial não se dá pelo próprio paciente, reforçando a importância de não garantir àquele que fez o encaminhamento a realização de seus pedidos. A proposta do autor, nestes casos, consistia em realizar entrevistas e reunir informações necessárias para verificar a possibilidade de emergir, no próprio paciente, uma demanda de análise. Portanto, o que é trazido como problema pela equipe pode não constituir problema para o sujeito; ao tomar antecipadamente a demanda da equipe como se fosse do paciente o praticante arrisca impossibilitar o trabalho e enviesar a escuta analítica. É somente a partir do relato do sujeito, de sua fala, que podemos identificar eventuais demandas, o que por vezes pode não coincidir com o que foi pedido pela equipe.

Para tanto, após receber o encaminhamento o praticante aborda o paciente com a proposta de um espaço no qual ele possa falar de si. Este movimento, aparentemente simples, revela a aposta de que, ao direcionar sua fala para outro, o sujeito pode vir a estabelecer relações que *a priori* lhe são ocultas. Esta aposta é orientada pelas regras fundamentais da Psicanálise – do lado do paciente, a associação livre; do praticante, a atenção flutuante. Freud (1923/1996g) propõe a associação livre como regra técnica fundamental, consistindo em orientar o paciente a dizer tudo que lhe passa pela mente, sem deixar de mencionar pensamentos incoerentes ou intrusivos, que possam parecer irrelevantes. O praticante, em contrapartida, não deve priorizar nenhum elemento do relato do paciente, mantendo uma espécie de “ignorância” que possibilite uma abertura ao desconhecido - muitas vezes o significado do que se escuta, ressalta Freud (1912/1996b), só é identificado posteriormente.

Portanto, se para viabilizar o trabalho com o paciente o praticante procura se abster de seus próprios ideais e ambições terapêuticas, isso incluirá também o que é pedido pela equipe. Este ponto exige um manejo delicado, visto que, assim como ocorre nas demandas feitas no processo de análise, acolher a demanda sem interrogá-la impede que ela seja elaborada, mas frustrá-la totalmente também resultará neste desfecho. No caso apresentado, se o praticante toma para si a demanda de “convencer” G.H. a vir para o hospital, ou mesmo se coloca antecipadamente esta situação como um problema para o paciente, acaba se afastando de premissas fundamentais para a posição analítica, cristalizando o impasse e correndo risco de “nunca descobrir nada além do que já se sabe” (Freud, 1912/1996b, p. 126).

## **1º Impasse – Definindo os Campos da Medicina e Psicanálise**

A escolha do fragmento apresentado foi orientada pelos questionamentos levantados durante a supervisão do caso e, apesar de limitado a uma situação específica, coloca em evidência o impasse que motivou a equipe de saúde a fazer um Pedido de Consulta: por que o paciente, mesmo ciente do que deveria fazer para não agravar sua condição clínica, não o faz? No entanto, acreditamos que se faz necessário um questionamento anterior: como este impasse será tomado pelos diferentes campos? Quais as premissas que ordenam a abordagem deste problema pela Medicina e pela Psicanálise?

A inserção da Psicanálise nos hospitais gerais brasileiros apresentou um crescimento nos últimos anos, e tal extensão da clínica psicanalítica para além dos consultórios particulares traz uma série de problemáticas e questões a serem debatidas e formalizadas, visto que a subjetividade muitas vezes é tomada como risco e como empecilho para o sucesso do tratamento

médico (Machado & Chatelard, 2014). O hospital é caracterizado pela predominância do discurso e da ética da Medicina, com prevalência da busca de padronização de comportamentos, visando a normatização de atitudes diante de padrões de normalidade preestabelecidos. A ordem médica (Clavreul, 1983) é o discurso imperativo no hospital, e não poderia ser diferente, circunscrevendo um campo que se sustenta na exclusão da subjetividade, tanto daquele que ocupa a posição de médico quanto a de doente. Nesses termos, o médico se posiciona em referência ao saber médico, como representante da instituição Medicina, e é a partir do lugar de detentor do saber que ele fará nomeações, diagnósticos e prescrições, ordenando o tratamento dado ao doente (Clavreul, 1983).

É importante destacar que a isenção, a objetividade e o ideal de exclusão da subjetividade no campo médico respondem à lógica do discurso científico, organizando o campo médico de acordo com a primazia da consciência e da racionalidade, com o objetivo de estabelecer uma abordagem objetiva do processo do adoecimento, que não seja enviesada por sentimentos e desejos. Como destaca Simonetti (2015, p.32):

...o afastamento da subjetividade da cena hospitalar não é acidental, não é uma ignorância, não é um desconhecimento do tipo não preciso saber, e também não se deve à personalidade do médico, ele é expressamente requerido pelo método científico, ou seja, ele é estrutural, e por isso mesmo não se resolve com conselhos moralistas do tipo 'seja humano' endereçados aos membros da equipe (...) [a medicina] exige de seus praticantes a máxima objetividade possível, oferecendo em troca a eficácia e um conhecimento supostamente mais próximo da verdade.

Simonetti (2015) aponta também uma antinomia entre a medicina e a psicanálise em sua relação com a linguagem, ao afirmar que enquanto a linguagem da medicina é unívoca (cada termo tem apenas um sentido), a da psicanálise é equívoca (o mesmo termo pode assumir muitos sentidos). Nesta perspectiva, as diversas maneiras pelas quais cada sujeito fala sobre uma sensação de falta de ar (por exemplo, "ficar azul", "pulmão apertado", "parece que puxo o ar e não vem") são decodificadas e traduzidas pela medicina por meio do descritivo "dispneia". O autor ressalta que esta padronização, ainda que apresente vantagens inegáveis, está na origem de muitos impasses na cena hospitalar, afinal, "existem muito mais coisas entre o emissor, a mensagem e o receptor do que supõe a objetividade médica – existe o sujeito" (Simonetti, 2015, p. 58).

É diante do que impõe limite à lógica do consciente, do que escapa a ela, que irão se delinear os impasses em relação à equipe de saúde, como a situação que ilustramos em nossa vinheta. O paciente entende o que lhe é dito e afirma ter consciência sobre o que deveria fazer para o seu próprio bem, mas não o faz, sem qualquer justificativa racional para suas ações. A equipe de saúde se vê diante de um enigma, um limite que pode mobilizar certo mal-estar.

Uma das respostas possíveis a esse cenário é o encaminhamento ao profissional da psicologia. Esta, aliás, costuma ser uma das saídas mais recorrentes na cena hospitalar, afinal, o médico também está sujeito a transferências, contratransferências, resistências e às variadas emoções desencadeadas no encontro clínico, porém, não dispõe de recursos teóricos ou técnicos que o capacitem a lidar com a subjetividade.

Destacamos que a medicina enquanto campo científico e técnico comporta uma pluralidade de abordagens e especialidades, estando em constante transformação. Passos, Veras, Lemos, Cardoso e Rocha (2020) afirmam que na contemporaneidade os avanços tecnológicos

transformaram a formação médica mais fragmentada, supervalorizando saberes técnicos-científicos em detrimento de competências ético-relacionais e intersubjetivas. De acordo com os autores, políticas como a Política Nacional de Humanização de 2003 surgem com o objetivo de promover mudanças nesse cenário, incentivando o desenvolvimento de atitudes humanísticas entre os profissionais fundamentada na superação do reducionismo ao qual a racionalidade biomédica está aprisionada (Passos et al., 2020).

A especialidade de Cuidados Paliativos surge neste contexto de inscrever mudanças no campo da Medicina, ao adotar um cuidado mais humanizado, integral e multidisciplinar que pretende incluir a subjetividade por meio da promoção da autonomia do paciente, tratando o doente e não a doença. Diante do agravamento de doenças ameaçadoras da vida e da limitação de tratamentos modificadores desta, os Cuidados Paliativos sustentam a proposta da substituição gradual da primazia da ética da cura a qualquer custo por uma ética da atenção humanizada, voltada para a soberania do paciente, considerado em suas necessidades e vontades sempre que possível. Ao abarcar os casos que se encontram fora de possibilidades terapêuticas curativas, propõe interrogações ao posicionamento da Medicina diante da mortalidade e da finitude, visando a promoção da dignidade humana e da qualidade de vida até o seu fim (ANCP, 2012).

Questionamo-nos, entretanto, em que medida a inclusão da subjetividade seria possível neste campo, visto que a ordem médica se organiza justamente a partir de sua exclusão, constituindo um impasse. As diretrizes dos Cuidados Paliativos visam a inclusão da subjetividade e o foco no doente, mas o faz partindo das premissas do campo da Medicina. Aparentemente, as mesmas premissas que organizam o campo também marcam o seu limite diante daquilo que aparece como recusa, contradição ou ilógico - em última instância, diante daquilo que é próprio da subjetividade.

## 2º impasse – Dimensão da Subjetividade

Delineamos, então, algumas premissas que organizam nossa compreensão acerca dos impasses que podem se colocar a partir do trabalho com a subjetividade. Diante das dificuldades que G.H. apresentava para se adaptar às orientações médicas e delimitando que o problema não estava na esfera do entendimento, a equipe se depara com o limite do seu próprio saber, fazendo o encaminhamento para o saber “Psi”, o que marca o reconhecimento da existência de um outro saber e viabiliza a abordagem da subjetividade a partir de outra perspectiva. Estaria o impasse resolvido?

O que observamos em nossa prática clínica é que a partir da oferta de trabalho outros impasses se colocam. Algumas vezes, diante da possibilidade de falar livremente sobre o que quiser, o paciente silencia – diz não ter nada a dizer, ou não se recordar de nada relevante.

Durante os primeiros atendimentos, G.H. fala sobre as limitações cotidianas impostas pelo processo de adoecimento e dependência de O2. A partir da oferta de escuta, G.H. relata pontos da sua história de vida antes e depois da doença. Aponta dois temas que lhe trazem muito sofrimento: a morte da esposa, ocorrida anos antes, e os pensamentos eventuais sobre tirar a própria vida, se deixando sufocar até a morte. Ao falar desses assuntos, se interrompe e diz “*Me dói muito falar sobre isso... Sobre isso, eu não quero falar.*”

Na clínica psicanalítica, a resistência assinala a presença do inconsciente e constitui expressão atual de defesas intrapsíquicas que buscam proteger o Ego contra representações inconciliáveis: o paciente resiste diante de conteúdos carregados de angústia que, por lhe serem desprazerosos, ficaram afastados da consciência. A angústia, afeto que perturba o corpo, se apresenta em manifestações somáticas que frequentemente aparecem durante os atendimentos: palpitações e alterações da atividade cardíaca, distúrbios respiratórios, tremores, dentre outros. Ainda que seja sentida pelo sujeito como algo da ordem do desprazer, Freud

(1926/1996i) ressalta que tal afeto possui também função protetora do psiquismo: diante da proximidade de uma situação de perigo que ameace o Ego, a angústia irrompe como um sinal, colocando o aparelho psíquico em movimento e mobilizando mecanismos defensivos a fim de evitar a situação ansiogênica. O autor destaca que os perigos internos se modificam ao longo da vida, mas compartilham da característica de envolverem a separação ou perda do objeto de amor, ou da perda do amor desse objeto (Freud, 1926/1996i).

Assim, diante da ameaça da perda, uma das saídas encontradas pelo Ego seria a formação de sintomas, tentativa de fuga diante de um perigo eminentemente pulsional. Nesta perspectiva, os sintomas são formados a fim de evitar a angústia, tornando o perigo inócuo e constituindo o “fenômeno fundamental e o principal problema da neurose” (Freud, 1926/1996i, p. 142) na medida em que o sintoma, ao cumprir sua função, tem certa eficácia na evitação de angústia, mas também certo fracasso, visto que as representações recalçadas que são deslocadas para o inconsciente não “desaparecem” do psiquismo, mas se cristalizam, persistindo como uma força atual, sujeitas ao automatismo da repetição (Freud, 1914/1996c). O que foi recalçado se reapresenta a posteriori, não apenas nos sintomas, mas, de modo mais geral, nos sonhos, lapsos e lembranças encobridoras. É somente por meio destas formações que podemos conhecer algo do inconsciente, e é neste sentido que irá se direcionar a escuta analítica, considerando a dimensão inconsciente daquilo que é dito, para além de seu conteúdo manifesto. Nestes termos, a resistência que se apresenta na frase “*não quero falar sobre isso*” marca uma exigência própria de um trabalho psíquico de elaboração por parte daquele que fala e, simultaneamente, algo que resiste a isso, apresentando um impasse subjetivo e uma possibilidade de trabalho.

Em quase todos os atendimentos, G.H. se pegava pensando sobre a morte da esposa, o que o deixava muito emocionado e, algumas vezes, o fazia pedir a interrupção do atendimento psicológico por não querer “*ficar revirando o passado*”. Como tentativa de desatar o impasse, convidou-se G.H. a falar sobre a vida de sua esposa, já que falar sobre as condições de falecimento dela lhe parecia impossível naquele momento. O convite é bem recebido e nos atendimentos seguintes G.H. passa a rememorar sua juventude, contando ser um jovem “*mulherengo, que só sabia beber e fumar*” antes de conhecer a esposa, uma mulher muito cuidadosa, que fez ele se “*endireitar e virar homem trabalhador*”. Em meio às lembranças da convivência do casal, G.H. fala que quando a esposa faleceu quis morrer junto, voltando a fumar muito, o que acredita ter desencadeado sua doença:

*“acho que todo mundo deve pensar, ‘por que não morre logo esse traste?’ Fico aqui incomodando até o pessoal do hospital, tirando vaga de alguém que tenha mais valor. Eu não mereço estar aqui, eu estou pagando pelas escolhas que eu mesmo fiz”.*

Na continuidade do trabalho, surgem em seu relato pensamentos sobre sua própria morte: G.H. fala sobre sua vontade de morrer e “*acabar com tudo*”, falando frequentemente sobre os devaneios nos quais se imagina tirando a própria vida. Ao longo dos atendimentos e de sucessivas internações, G.H. começa a colocar mais palavras em torno disso que o ameaça: se sente muito angustiado com a perspectiva de ficar dependente de outras pessoas, preferindo a ideia da morte a tal desfecho. Não quer ser cuidado, não quer que os outros cuidem dele. Ao falar, G.H. começa a se interrogar em relação ao cuidar, se questionando acerca da maneira como cuidou de si e de outras pessoas ao longo da vida. Acreditava que não merecia cuidados neste momento de sua vida, pois não havia cuidado no passado – nem de si próprio, nem dos filhos na infância, nem da esposa doente.

Podemos lançar a hipótese de que o sintoma da demora em buscar atendimento hospitalar estaria associado a um sentimento de culpa inconsciente (Freud, 1923/1996h), estabelecendo uma dinâmica particular na qual a oferta de cuidado por parte dos familiares e da equipe de saúde reforçava os sentimentos de culpa, mobilizando atos defensivos que apareciam como “sem sentido” para a consciência. Logo, diante do encontro inesperado com seu descuido em relação aos outros, representante do ódio, uma das variantes da pulsão de morte, operacionaliza sua direção a si mesmo, ao ocupar o lugar do que agora é cuidado, identificando-se (Freud, 1921/1996f) a ele. Desse modo, satisfaz o sentimento de culpa, proveniente de moções destrutivas, de forma inconsciente. Sentimento originado por um ódio direcionado ao outro que não pode reconhecer em si mesmo.

Portanto, o praticante inserido na equipe de Cuidados Paliativos não irá operar a partir da filosofia de cura, tanto por lidar com situações nas quais ela já não é possível, como por sua pouca eficiência como tecnologia curativa no entendimento médico da cura como a erradicação de doenças e eliminação de sintomas (Simonetti, 2004). A direção do trabalho analítico não se volta para a doença, mas sim, para a relação do paciente com os seus próprios sintomas, oferecendo sua presença e escuta para favorecer a possibilidade de elaboração de algo a partir e sobre eles.

O trabalho analítico possibilitou que G.H. identificasse um problema sobre o qual não estava consciente anteriormente. A escuta analítica e a criação de um espaço discursivo sustentado pela transferência permitiram que G.H. pudesse se apropriar de “prescrições” que fazia para si mesmo e sobre as quais não tinha ideia. Suas interrogações sobre sua relação com o cuidar produziram modificações em relação à percepção de sua implicação subjetiva, possibilitando a emergência de motivações inconscientes subjacentes às dificuldades que encontrava diante da necessidade de vir ao hospital nos momentos de crise. A partir disso, também se inscreveram mudanças em relação à maneira como ele cuidava de si e se deixava ser objeto de cuidado do outro, tornando viável que G.H. viesse ao hospital antes de “ficar azul” e possibilitando períodos de internação menos angustiantes.

Mas menos angustiantes para quem? E quando o paciente quer falar, mas o praticante não dá conta de escutar?

### **3º Impasse - A Implicação do Praticante**

A instituição hospitalar é espaço de urgência, pela prevalência de situações de ruptura, mal-estar e desamparo, que demandam respostas curativas e rápidas (Soares, 2000). No setor de Cuidados Paliativos, observamos que as situações de adoecimento, a exacerbação de limitações orgânicas e a presença constante da iminência da morte podem ser catalisadoras de angústias diversas, não apenas para o paciente e sua família, mas também para a equipe – incluindo o praticante de Psicanálise –, como no caso que tomamos como ilustrativo neste trabalho.

Moura (2000) define que o trabalho com pacientes hospitalizados e inseridos na clínica da urgência consiste em afirmar e sustentar a dimensão subjetiva daquele que se encontra assujeitado, “dimensão que não pode ‘ser abandonada’ pelo psicanalista pois este paciente é um ‘paciente que angustia’ e, portanto, fácil de ser abandonado” (Moura, 2000, p. 8). A ideia do “paciente que angustia” acompanhou nossos questionamentos e nossa prática com os pacientes internados no setor de Cuidados Paliativos, se fazendo presente de diversas maneiras e orientando as reflexões que culminaram na elaboração do presente trabalho.

Em um primeiro momento, o fio condutor de nossa elaboração foi a presença da angústia nos pacientes (“paciente que se angustia”), buscando subsídios teóricos para fundamentar nosso entendimento acerca da função psíquica da angústia e que pudessem operacionalizar

possibilidades de manejo na clínica psicanalítica. A presença da angústia afeta o Ego e, a partir da oferta de um espaço para que ela seja elaborada, pode servir como motor para o trabalho analítico. A inserção do praticante no setor de Cuidados Paliativos corroborou esta afirmação, como ilustrado no fragmento clínico que apresentamos anteriormente.

No entanto, a noção do “paciente que angustia” comporta ainda um segundo desdobramento: o paciente que evoca angústia no outro. No caso de G.H., podemos vislumbrar esta perspectiva em algumas atitudes dos profissionais de saúde da equipe responsável pelo cuidado de G.H.: a preocupação em orientá-lo constantemente, elaborando diversas estratégias para facilitar seu acesso ao hospital em momentos de crise; o pedido recorrente para que o praticante “resolvesse” tal situação; ou o apelo para que G.H. não falasse sobre seus pensamentos de morte.

E quanto à angústia que emerge no praticante? Incluir esta dimensão em nossa problematização foi necessário para viabilizar o trabalho analítico, visto que a transferência, instrumento operativo da Psicanálise, implica diretamente o praticante, que mesmo engajado em sua análise pessoal e dedicado ao processo de supervisão, também tem que se haver com suas próprias moções inconscientes – a isto damos o nome de contratransferência (Freud, 1910/1996a). Isso se dá porque aquele que fala direciona sua fala para alguém e o conteúdo de seu relato pode afetar aquele que escuta, e cabe ao praticante identificar e manejar as angústias que podem ser evocadas a partir de sua prática.

O trabalho no setor de Cuidados Paliativos pode tocar o praticante em variadas questões, pois as demandas da equipe e do paciente interrogam o praticante em seus ideais e na relação com sua própria prática. A iminência da morte, tão presente neste setor, marca a dimensão da temporalidade que vem interrogar o ideal de tratamento: haveria tempo para o trabalho analítico com pacientes que supostamente tem pouco tempo de vida?

Ora, se o paciente quer falar, o que impediria o praticante de oferecer sua escuta? Tomar a limitação do tempo como um impeditivo ao trabalho analítico revela a presença de ideias pré-concebidas sobre cura e tratamento por parte do praticante. A orientação de renúncia em relação às próprias ambições terapêuticas é preconizada por Freud desde o início de sua obra, e mantém sua atualidade. Para o autor, tal ambição constitui sentimento perigoso para o psicanalista, pois o coloca em um estado de espírito desfavorável para o trabalho, bem como o tornaria impotente diante de certas resistências do paciente (Freud, 1912/1996b). Ferrão (2016) enfatiza a relação entre o desejo de cura ao impasse analítico ao afirmar que:

Os analistas que desejam a cura, e todos nós em certos momentos estamos sujeitos a esses desejos, carregam um peso difícil de ser carregado e reagem, contratransferencialmente, entretendo os desejos de cura de seus pacientes (...) Preocupam-se com problemas que não pode alcançar e assim deixa de observar as experiências, das quais pode se aproximar.” (Ferrão, 2016, p. 108)

Ao praticante, portanto, cabe realizar a sua função tão competentemente quanto possível, sem se identificar com o ideal daquele que possuiria todas as respostas sobre o sofrimento humano. Dessa forma, para que o trabalho analítico seja possível, é importante que o praticante se interrogue acerca dos seus ideais e expectativas, pois é somente a partir da suspensão dos ideais e ambições do praticante que o paciente poderá vir a reconhecer seus próprios ideais e impasses. Observamos que o exercício de escuta sem a suspensão dos próprios ideais de cura e da ambição terapêutica pode evocar angústias e mobilizar resistências no próprio praticante, que precisam ser reconhecidas e elaboradas para viabilizar o trabalho com o paciente.

O trabalho com pacientes que se encontram fora de possibilidades terapêuticas curativas e que enfrentam doenças graves, ameaçadoras da vida, pode tocar o praticante em sua relação com a temporalidade, em suas variadas dimensões. A limitação do tempo de internação ou de vida pode constituir um obstáculo real para a continuidade do tratamento, mas não deve impedir o praticante de acolher a demanda daqueles que desejam falar. Neste caso, o impedimento pode estar mais relacionado a uma dificuldade de escutar, interrogando a relação do próprio praticante com as perdas, as limitações e o transitório.

A escassez no tempo coloca em questão a possibilidade de investimento e de implicação do praticante. Freud (1916/1996d) discorre sobre a atitude pessimista diante do caráter transitório dos fatos da vida:

Contudo, será que aqueles outros bens, que agora perdemos, realmente deixaram de ter qualquer valor para nós por se revelarem tão perecíveis e tão sem resistência? Isso parece ser o caso de muitos de nós; só que, na minha opinião, mais uma vez, erradamente. Creio que aqueles que pensam assim e parecem prontos a aceitar uma renúncia permanente porque o que era precioso revelou não ser duradouro, encontram-se simplesmente num estado de luto pelo que se perdeu (Freud, 1916/1996d, p.319).

A antecipação de um trabalho de luto diante da possibilidade do fim poderia ajudar a compreender o que Moura (2000) pontuou ao falar da “facilidade” em abandonar os pacientes que angustiam, bem como a tendência ao desinvestimento por parte da equipe de saúde, que alguns princípios e diretrizes dos Cuidados Paliativos buscam evitar.

No praticante, tal tendência pode se manifestar de diversas maneiras: certa resistência em entrar no quarto do paciente ou oferecer seu atendimento; a dificuldade em sustentar a escuta analítica em sua especificidade, ouvindo o paciente sem escutar a dimensão inconsciente que se apresenta em seu relato; dentre outros diversos impasses que podem se colocar na situação transferencial. Portanto, para viabilizar o trabalho psicanalítico é fundamental um trabalho de elaboração pela via da palavra também por parte do praticante. Desta forma, a elaboração do questionamento sobre a própria prática, sustentado pelo estudo e elaboração teórico, supervisão e análise pessoal, tende a evitar que o praticante impossibilite sua escuta ao ser tomado por suas próprias angústias.

## Conclusão

Ao longo dessa experiência no setor de Cuidados Paliativos, os impasses e desafios encontrados engendraram questionamentos importantes acerca do fazer psicanalítico na instituição hospitalar, marcada pela hegemonia do discurso médico. O presente trabalho teve como objetivo principal identificar alguns impasses que podem se colocar a partir do trabalho com a subjetividade, bem como problematizar possibilidades de encaminhamento de tais situações.

Partiu-se de uma situação clínica atendida no setor de Cuidados Paliativos: o paciente, mesmo lúcido, orientado e entendendo as orientações que a equipe de saúde lhe passava, não conseguia seguir tais orientações. O primeiro ponto que se destacou em nossas elucubrações foi a distinção existente entre os diferentes campos que coexistem na instituição hospitalar: a Medicina e a Psicanálise, fundamentando como cada campo aborda a questão da subjetividade. Percebeu-se que a ordem médica, organizada a partir da exclusão da subjetividade em virtude da sustentação de uma proposta científica, encontra seus limites diante da ocorrência de fenômenos subjetivos que se reapresentam regularmente, podendo constituir impasses.

A especialidade médica de Cuidados Paliativos se norteia por princípios que visam incluir em seu campo a dimensão do foco no doente e do cuidado, buscando abranger o que a Medicina tradicional exclui. Ainda assim, essa proposta por vezes fracassa ao esbarrar em limites epistemológicos do próprio campo, como no caso apresentado. O encaminhamento para o profissional de Psicologia marca o reconhecimento da existência de um outro saber. Ao abordar a subjetividade a partir de suas próprias premissas, o praticante privilegia o que escapa à lógica da consciência e da razão pela especificidade de sua escuta.

A partir disso, outros impasses se colocam, na esfera da subjetividade. Ao considerar a dimensão do inconsciente em seu campo, a Psicanálise postula o sujeito como essencialmente dividido, regido por modos de funcionamento diferentes e contraditórios. G.H. não sabe o que determina suas atitudes em relação ao próprio cuidado, e, a partir da oferta de um espaço de escuta, começa a se questionar sobre sua implicação no que lhe acontece. Diante da proposta de falar livremente sobre o que quiser, fala de sofrimentos sobre os quais diz não querer falar. O fenômeno da resistência marca uma implicação do sujeito, que diz mesmo sem querer dizer, e revela a divisão subjetiva ao marcar uma exigência própria de um trabalho psíquico de elaboração e, simultaneamente, algo que resiste a isso. O paciente resiste diante de conteúdos carregados de angústia, e é a partir dela que poderá ocorrer o trabalho analítico, se direcionando não no sentido da eliminação das angústias, mas sim, da possibilidade de sua elaboração.

No caso de G.H., os imperativos da equipe, que pediam para que G.H. cuidasse de si, conflitavam com os imperativos inconscientes do próprio G.H., que determinavam que ele não era merecedor de cuidados, o que constituiu impasses. A inserção da Psicanálise nesta cena abriu espaço para as particularidades desse paciente e, a partir da oferta de trabalho, fundou um espaço discursivo no qual G.H. pôde falar sobre suas próprias dificuldades em se cuidar, elaborando sobre sua relação com o cuidado em diversas dimensões, o que implicou em mudanças de posicionamento em relação a si mesmo e a seu tratamento.

A abertura à fala do paciente e a implicação do praticante no tratamento nos direcionaram para o terceiro impasse, que emerge diante das angústias evocadas no próprio praticante a partir daquilo que ele escuta. Sendo assim, há a necessidade de um exercício constante para viabilizar a abertura à fala, já que em vários momentos o não-querer ouvir o outro pode se impor. A temporalidade, e mais especificamente a limitação no tempo, interroga os ideais de cura e de tratamento do próprio praticante, e é somente a partir da suspensão dos próprios ideais que se torna possível a sustentação de uma escuta analítica que privilegie a subjetividade, favorecendo a emergência da verdade do sujeito. Tal abstinência só é possível na medida em que os diversos impasses são reconhecidos e elaborados pelo próprio praticante, justamente para que ele não opere a partir deles sem ter ideia disso. Para tanto, o processo de elaboração teórica, supervisão e análise pessoal se fazem fundamentais para viabilizar o trabalho com a subjetividade.

## Referências Bibliográficas

- Academia Nacional De Cuidados Paliativos (ANCP) (2012). *Manual de Cuidados Paliativos da ANCP* (2ª ed.) Rio de Janeiro: Editora Diagraphic.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Ferrão, L. M. (2016). O impasse analítico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 50 (1), 93-113.
- Freud, S. (1996a). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 11, pp.145-156). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

- Freud, S. (1996b). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 12, pp.121-134). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1912)
- Freud, S. (1996c). Recordar, repetir e elaborar. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 12, pp. 163-171). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996d). Sobre a transitoriedade. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 14, pp.331-320). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Freud, S. (1996e). A psicogênese de um caso de homossexualismo em uma mulher. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 18, pp.155-184). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996f). Psicologia de Grupo e a Análise do Ego. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (J. Strachey trad., V. 18, pp.79-154). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996g). Dois verbetes de Enciclopédia. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 18, pp.245-270). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996h). O ego e o id. In S. Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud* (J. Strachey, trad., Vol. 19, pp. 15-82). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)
- Freud, S. (1996i). Inibição, Sintoma e Ansiedade. In: S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Strachey trad., V. 20, pp.79-68). Rio de Janeiro, Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Houaiss, A. & Villar, M.S. (2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Machado, M.D.V. & Chatelard, D.S. (2014). O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. *Revista Subjetividades*, 14 (2), 187-202.
- Moura, M.D. (2000). Psicanálise e urgência subjetiva. In: M.D. Moura (org). *Psicanálise e Hospital 1* (2ª ed.) (PP.3-20). Rio de Janeiro: Revinter.
- Passos, V.B.C.; Véras, R.M.; Fernandez, C.C.; Lemos, O.L.; Cardoso, G.M.P. & Rocha, M.N.D. (2020). Atendimento humanizado: as concepções de estudantes de Medicina. *Rev Bras Promoção de Saúde (Supl)* 33 (11560), 1-9.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. (V. Ribeiro, L. Magalhães, M. A. C. Jorge, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar – o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Simonetti, A. (2015). *Psicologia hospitalar e Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, C. P. (2000). Uma tentativa malograda de atendimento em um Centro de Tratamento Intensivo. In: M.D. Moura (Org), *Psicanálise e Hospital 1* (2ª ed.) (PP.51-60). Rio de Janeiro: Revinter.

**Camila Chudek Ribeiro** - Psicóloga e docente do curso de Psicologia do Unicuritiba. Mestre em Psicologia Clínica (UFPR/PR), Especialista em Atenção Multiprofissional à Saúde do Adulto e Idoso (CHC-UFPR/PR), Especialista em Comportamento e Transtornos Alimentares (IPCAC/2021).

**Venicius Scott Schneider** – Psicólogo. Psicanalista. Especialista em Filosofia e Psicanálise (UTP/PR). Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade (UVA/RJ). Tutor e Preceptor do Programa de Residência do Adulto e do Idoso PSAI/CHC-UFPR. Coordenador do eixo específico de Psicologia dos Programas de Residência Multiprofissional CHC-UFPR.

**Amanda Calvetti Corrêa** – Psicóloga. Especialista em Atenção Multiprofissional à Saúde do Adulto e Idoso (CHC-UFPR/PR).