



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

ANA CLÁUDIA ZERBINATTI

POSSIBILIDADES DA ESCUTA PSICANALÍTICA DO SUJEITO EM
PROCESSO DE MORTE E MORRER

FLORIANÓPOLIS

2019

ANA CLÁUDIA ZERBINATTI

**POSSIBILIDADES DA ESCUTA PSICANALÍTICA DO SUJEITO EM
PROCESSO DE MORTE E MORRER**

Artigo apresentado na disciplina de TCR na Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para defesa. Orientadora: Profa Dra. Marcela de Andrade Gomes.

FLORIANÓPOLIS

2019

Resumo

Este artigo corresponde a um trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde na área da psicologia. Visa lançar questões a respeito das possibilidades da escuta psicanalítica do sujeito em processo de morte e morrer. Para isso, propõe-se a realização de uma articulação entre a teoria psicanalítica e a escuta de pacientes com câncer em processo de morte no âmbito hospitalar, utilizando-se para este propósito, de vinhetas clínicas. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório calcada no método psicanalítico, o qual integra teoria, prática e pesquisa. Situa o contexto hospitalar e o predomínio do discurso médico, para, com isso, propor a entrada do discurso psicanalítico e a ética da psicanálise. Em seu percurso, discute-se a respeito do quanto pode haver dificuldades na escuta desses pacientes, logo que os limites da condição de finitude do corpo e da vida estão postos tanto para quem fala quanto para quem escuta. Diante disto, afirma-se que escutar pacientes em processo de morte e morrer é entrar em contato com a própria finitude, ou ainda, com a própria castração. Conclui-se que a possibilidade de dificuldades na escuta não impossibilita que ela ocorra, desde que o analista esteja sustentado pela ética da psicanálise. Ainda, enfatiza-se a importância do psicanalista em tal contexto, sendo que, a partir de sua presença, intervenções e propriamente de sua inserção, o mesmo propicie que a palavra circule, provocando efeitos de um escutar-se em cada um, inclusive na equipe, possibilitando elaborações psíquicas frente aquilo que traz sofrimento e angústia ao sujeito, tornando o luto um processo de criação de novas alternativas e significações para a vida.

Palavras-chave:

Introdução

O presente artigo trata-se de um trabalho de conclusão da residência multiprofissional em saúde na área da psicologia. Tem como objetivo refletir sobre as possibilidades da escuta psicanalítica diante do sujeito que se encontra em processo de morte e morrer. Visa realizar articulações entre a teoria e a prática, tendo como aporte, a teoria psicanalítica. Utiliza-se de vinhetas clínicas para ilustrar elementos da prática.

Desde o início da minha entrada na residência, a morte de alguma maneira me suscita questões, inquietações e um desejo de produzir algo a seu respeito. No encontro com aquele em que a morte está próxima ou já tem data marcada, me interrogo quanto às possibilidades de uma escuta psicanalítica. Sobretudo, nos casos em que a morte não é anunciada, e sim avistada como possibilidade por meio do anúncio de um diagnóstico grave.

Nesta pesquisa, de caráter exploratório, tenho como objetivo realizar uma articulação entre teoria e prática, apresentando como temática central a morte. De acordo com Gil (2002), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, visando a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Ainda, o seu objetivo principal consiste no aprimoramento de ideias e no aprofundamento de reflexões sobre uma determinada temática. Para tal autor, há um planejamento flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado, transformando o campo da pesquisa um lugar de derivação, interrogação e experimentação por parte do pesquisador.

O método a ser utilizado nesta pesquisa é o método psicanalítico, o qual se estrutura pela associação livre e a atenção flutuante e se fundamenta pela transferência, sendo a presença do psicanalista, condição essencial. Tal método faz o seu percurso indo do fenômeno ao conceito, o qual constrói uma metapsicologia que é fruto da escuta psicanalítica, na qual não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa (ROSA, 2004). Segundo a autora, a observação dos fenômenos está em interação com a teoria, produzindo o objeto da pesquisa, não dado a priori, mas produzido na e pela transferência.

Sendo assim, a partir da escuta de pacientes com câncer em um hospital geral, proponho disparar questões e articulá-las à teoria psicanalítica, percorrendo as ideias de Freud, Lacan e outros autores com experiência e contribuições em tal temática.

Desta forma, apresento como contexto o hospital geral, como objeto de estudo a morte propriamente dita, sendo olhada e falada através de pacientes com câncer. Lanço vinhetas na tentativa de apresentar fragmentos da prática, articulando-a à teoria. Porém, sem o intuito de ilustrar a constatação de um já sabido, pois, como sabemos, é sempre a clínica quem dá a última palavra. É na transferência com o tema e pela transferência que construirei este trabalho, sem o propósito de apresentar estas reflexões como verdades absolutas, pois sabemos que elas não existem.

A justificativa para esta pesquisa se dá a partir da relevância de se trabalhar com a temática da morte no contexto hospitalar, considerando que este assunto está presente e permeia as relações dentro do hospital, que atravessam o paciente, a família e a equipe. A partir das minhas vivências como psicóloga no contexto hospitalar, pude oferecer a escuta a pacientes com câncer que de alguma maneira encontravam-se vivenciando o seu processo de morte e morrer, me inquietando, a partir de então, sobre as possibilidades do olhar da psicanálise frente a tais pacientes que, neste momento, se deparam com o seu processo de finitude.

A psicanálise no contexto hospitalar

Iniciaremos este trabalho apresentando brevemente a trajetória da inserção da psicanálise no contexto hospitalar.

Moretto (2001) nos lembra que é no hospital que a psicanálise aparece na herança da tradição clínica francesa representada por Charcot na Salpêtrière, por Freud no Hospital Geral de Viena e igualmente por Lacan em Saint Anne. Um fato a ser recordado é que Freud era médico e iniciou as suas primeiras experiências de investigação sobre o psiquismo com as mulheres que apresentavam sintomas histéricos, demonstrando o quanto o hospital pode ser considerado um espaço fértil para se observar o sujeito humano frente a sua fragilidade psíquica ao ser acometido por um evento somático (ELIAS, 2008).

Em seu texto **Linhas de Progresso da Terapia Psicanalítica** (1919), Freud fala sobre a necessidade da extensão da prática da psicanálise para além dos limites dos consultórios. Naquele momento, traz que, futuramente, seriam criadas instituições que intitulariam psicanalistas para tratar uma considerável massa da população. Para isso, defrontar-nos-emos, então, com a tarefa de adaptar a nossa técnica às novas condições

(p.105), condições estas que nos convocam a pensar a psicanálise nos espaços da polis, trazendo a necessidade de reinventar a psicanálise quando inserida nos espaços institucionais.

Neste sentido, Freud, o criador da psicanálise, nos direciona a pensar na extensão da psicanálise desde que sejam mantidas as condições necessárias para um trabalho analítico: transferência, associação livre e atenção flutuante.

No texto **Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o Psicanalista da Escola**

de tal contexto, a psicanálise se insere na tentativa de dar um outro lugar a este sujeito, confundido na maior parte das vezes com a sua doença.

Apesar dos limites e desafios do trabalho da psicanálise no hospital, não há como negar que tal local possa se constituir em um potente espaço para o tratamento de sujeitos que se encontram diante do aparecimento de uma enfermidade, da qual, muitas vezes, o sofrimento mostra-se escancarado entre gritos e choros.

Considerar o hospital como possível lugar de escuta psicanalítica é considerá-lo como um lugar que não é dado, mas sim construído, onde vários discursos se entrelaçam na tentativa de dizer algo daquele sujeito que é colocado em cena. Em outras palavras, nesse contexto que não o consultório, a psicanálise precisa lidar não apenas com o seu discurso, mas sim com os vários discursos ali presentes.

Apesar de tais desencontros, a questão em jogo é de que o analista não precisa responder a demanda da ordem médica e nem mesmo a do paciente; porém, também não é preciso recusá-la. Do que se trata então? Acolher a demanda para que se possa escutar os atravessamentos presentes em cada discurso. Sendo assim, a aposta para tal lugar é de que o mesmo possa se constituir em um lugar de endereçamento da palavra, abarcando a singularidade e aquilo que atravessa cada um.

É através da escuta que esse sujeito pode dar voz a esse corpo, submetido ao campo da linguagem e, portanto, aos efeitos da palavra. Para Marsillac (2005), “o corpo de que falamos, desde o ponto de vista da psicanálise, contempla o biológico (pensado como o seu substrato real), mas traz uma transformação, não o concebendo apenas como uma entidade orgânica, regulada pelos instintos” (p. 25). Segundo a autora, o viés psicanalítico pensa o corpo para além de sua dimensão real enquanto traço imaginário para os significantes introduzidos pelo semelhante, logo, que a relação do sujeito com o outro é fundamental não somente à estruturação psíquica, mas também para a estruturação corporal.

Através do campo psicanalítico, o corpo pode ser pensado a partir dos três registros fundamentais propostos por Lacan, sendo eles: Real, Simbólico e Imaginário. Para Victora (2016), falar do corpo pelo registro do Real é considerá-lo como além de um substrato orgânico, pois o mesmo só existe à medida que é falado. Quanto ao corpo simbólico, este se constitui por uma rede de significantes. Já o corpo imaginário corresponde ao corpo como imagem, ou seja, diz respeito a imagem de como o sujeito se vê e de como se percebe sendo visto pelo outro.

É deste corpo do qual tratamos, que muitas vezes encontra-se desconfigurado, não mais reconhecido pelo próprio sujeito, marcado por alterações em sua própria imagem em um encontro com o estranho. Ou ainda, um corpo incólume, ainda não submetido às consequências futuras de uma doença grave. De qualquer maneira, quando algo desse corpo não vai bem, a angústia pode irromper.

Ao pensar sobre tal sujeito vivenciando este processo, a temática da morte torna-se imprescindível de ser reportada, já que a possibilidade da morte se antecipa muitas vezes no anúncio de uma doença grave.

A morte para e na psicanálise

O que é a morte? A morte para muitos é o fim, e não há como discordar, pois de certa forma é o fim de fato. Fim de uma trajetória? Fim de uma vida? Fim de um sonho, desejo, morada?

A morte é a única certeza que temos e o ser humano é o único que tem consciência de que um dia irá morrer. À medida que pensar sobre ela torna-se uma impossibilidade, cria-se explicações transcendentais: direciona-se para uma outra vida, numa dimensão diferente daquela em que se vive aqui, ou encontra-se um suposto propósito para a vida retratado nos termos: missão, destino, carma, sina, vontade divina e tantos outros. Por fim, de diferentes maneiras, o que se quer é dar um sentido à vida perante a angústia que a morte, como fim, mobiliza em cada um de nós (MACHADO, 2015).

Em Mal-estar na civilização

dela apenas aquilo que se apresenta no outro, partindo daí, todas as tentativas de buscar adlá-la.

Diante da possibilidade da morte, percebe-se o quanto o sujeito tenta encontrar explicações, dar um sentido para aquele momento, buscar na lembrança da morte do outro uma tentativa de entender o seu próprio processo de morrer. E é muitas vezes nessa busca que o sujeito se depara de maneira avassaladora com a angústia, que, para Lacan (1962-1963/2015), é um afeto que não engana.

De acordo com a teoria psicanalítica lacaniana, a angústia ocorre quando não se tem significantes que simbolizem o buraco no Real (MORETTO, 2001). É aquilo que não damos conta e que de alguma maneira não conseguimos expressar nem transformar em linguagem, pois faltam representações que nos possibilite significantizá-la (VIEIRA e MARQUES, 2012). A angústia se presentifica como um afeto em íntima relação com a morte, a medida que não há representação desta no psiquismo do sujeito.

Gonçalves (2001) apresenta uma contribuição em seu estudo a respeito da relação entre a morte e a castração, na qual afirma o quanto a morte iminente está fortemente vinculada à castração, pois subtrai a possibilidade de vida. Apresenta a experiência de morte como representação da “castração por excelência”, logo, que é irreversível e incapaz de ser compensada através de substitutos.

Freud (1915) afirma que é impossível imaginar nossa própria morte e o inconsciente de cada um de nós está convencido sobre a própria imortalidade. Com isso, o inconsciente se comporta como se fossemos imortais, pois não existe uma inscrição psíquica para a morte. Sendo assim, para Freud, a morte é sempre a do outro e nunca a própria. Em seu texto **O Ego e o Id**

palavras possíveis construções. Desta forma, é através da escuta de pacientes com câncer que a temática da morte será desenvolvida.

Moretto (2013) apresenta o quanto o câncer, como acontecimento de corpo, produz experiências singulares, sendo, na maioria das vezes, de perda, pois entrar em contato com a finitude, no Real do corpo, é uma experiência que deixa marcas, e a principal delas parece ser a constatação de que “morrer é possível”.

Apesar da morte ser um fato para todos que estão vivos, ninguém quer se lembrar dela. Porém, quando o câncer é diagnosticado, tal fato é lembrado, se presentificando de alguma maneira. Há a instalação de algo novo para o sujeito, um adoecer inesperado, que desse momento em diante, o convoca a olhar para o seu corpo, agora adoecido e percebido como finito.

Moura (2013) expõe o quanto o anúncio da doença confunde-se com o anúncio da morte: morte biológica e a morte sob o ponto de vista das identificações. Trata-se de perdas reais e perda do lugar social, trazendo como uma das consequências a interdição da relativa autonomia que o sujeito possui. A partir disso, lutos tornam-se necessários: luto do corpo sadio, da rotina anterior a internação hospitalar, dos planos que antes estavam sob controle de si. Para o autor, o sujeito experimenta um luto sobre si mesmo: a morte de suas identificações resignificadas por significantes de uma nova realidade.

Ilustro aqui o caso de uma paciente, de 33 anos, acometida por um câncer, já em estágio avançado, na qual diz não saber o que falar, “*estou apenas congelada*”. Num silêncio que persiste por um longo tempo, o tempo necessário para que a mesma lance “*estou com câncer e câncer é morte*”. A associação direta do câncer com a morte muitas vezes se faz presente nos atendimentos de pacientes oncológicos, ou seja, com o anúncio de tal diagnóstico a possibilidade da morte se apresenta. Tal como apontou Moura (2013), o anúncio da doença confunde-se com o anúncio da morte e, neste caso, a morte das identificações colocou esta paciente em contato com o Real em seu corpo, a “congelando” nesta posição subjetiva de difícil simbolização.

A vivência do adoecimento e a possibilidade da morte pode ser considerada um momento de ruptura na vida do sujeito, em que este, sustentado pelas suas certezas, se vê frente a uma ameaça da própria vida e de todos aqueles significantes que o sustentavam. A doença, neste caso o câncer, diz respeito ao Real que recai sobre o sujeito, ocorrendo, assim, uma quebra na cadeia de significantes.

Gonçalves (2012) nos lembra que, embora tal diagnóstico possa remeter o sujeito ao seu fim, o sentido da morte não resulta de algo advindo do câncer, mas sim de uma relação na articulação dos significantes. Desta forma, o sujeito aparece como efeito desses significantes.

Na escuta de pacientes que acabaram de receber o diagnóstico de câncer, percebe-se com muita frequência uma espécie de suspensão angustiante das palavras, visualizada na dificuldade de se fazer uso destas (GONÇALVES, 2012). Muito comumente, aparece na fala de tais pacientes, o quanto estes encontram-se sem palavras. Cito aqui o caso de uma paciente que, ao ser comunicada do diagnóstico de um câncer já em estágio terminal, não consegue pronunciar a palavra tumor ou câncer, ficando, assim, desprovida de palavras e tomada pela angústia. Num primeiro momento, traz o quanto se encontra “*sem palavras*”, sendo que no decorrer dos atendimentos faz uma associação do diagnóstico de câncer com a morte, fazendo, assim, um contorno da angústia através das palavras. Nunes (2013) nos lembra do quanto estar frente ao Real da morte é não saber o que dizer, pois sobre a morte, num primeiro momento, nada podemos dizer.

Para Freud, a morte seria inalisável, o limite do analisável. Entretanto, se o sujeito demanda um Outro que o escute enquanto morre, é porque a questão da morte precisa ser falada (MORETTO, 2001).

Sem dúvidas, a clínica psicanalítica é a clínica do desejo, sendo, então, função do analista auxiliar o sujeito a sustentar seu desejo até mesmo diante do seu processo de morte e morrer (BARONI e KAHHALE, 2011). No entanto, muitos são os questionamentos a respeito de como pode ocorrer tal escuta analítica e quais são as condições essenciais para que ela aconteça.

Tais autoras apresentam a escuta psicanalítica do sujeito vivenciando o seu processo de morte e morrer como prática psicanalítica da urgência. Apontam que o que se percebe nesta clínica é um sujeito diante do impossível de suportar e que é isto que precisa ser escutado. Em tal processo, a urgência objetiva parece coincidir com a urgência subjetiva.

A noção de urgência subjetiva pode se referir a um momento de quebra do discurso, no encontro do sujeito com algo da ordem do insuportável e sem mediação simbólica (BATISTA e ROCHA, 2013). Diante disto, para os autores, a aposta é de que através da palavra, o sujeito possa renunciar da colocação em ato de sua realidade psíquica e recriar novas saídas.

É através das palavras que o sujeito poderá simbolizar aquilo que é da ordem do Real, sendo que é somente ele quem poderá fazer essa construção em seu discurso. Na escuta daquele que se encontra diante do inesperado da morte, há um processo de luto que se faz necessário. Lutos que vão dando espaço a possíveis elaborações.

Em Luto e Melancolia (1917), Freud diferencia tais conceitos, apontando a melancolia como um luto patológico e o luto como uma reação natural à perda de um objeto amado. Coloca que é o momento em que o sujeito retira a libido do objeto que foi afastado ou não mais existe, sendo o mesmo uma reação absolutamente sadia que faz parte do processo de desvinculação da libido do objeto perdido. A partir de tais questões, podemos pensar no quanto o sujeito que se encontra em processo de morte e morrer precisa fazer o luto da própria morte para poder vivê-la, ou seja, perder psicicamente o que se perdeu fisicamente.

Uma paciente na faixa etária dos 50 anos, diagnosticada com câncer, tenta encontrar palavras para nomear o tumor que habita em seu corpo *“há uma coisa em mim, uma coisa que não deveria ter crescido aqui, mas não vou falar o nome não, é melhor nem dizer”*. Um medo muito grande de falar a palavra câncer se coloca. No transcorrer de sua fala, denuncia-se a presença de seus temores, fantasias e possibilidades desse câncer tomar conta de seu corpo. O seu desenrolar vai em direção ao questionamento de que mesmo não o nomeando, o câncer continua ali. Logo, a questão que se apresenta é sobre o que é ou não possível fazer com aquilo que está ali. Afinal, localizar o que é possível abre espaço para elaborar o que é impossível.

Moretto (2013) aponta uma diferenciação entre o luto e a luta, sendo importante para nós na medida em que o psicanalista sabe que o impossível no Real é muitas vezes experienciado pelo paciente como impotência na dimensão do Imaginário. Com isso, frente ao impossível, cabe o luto; frente ao possível, cabe a luta.

Tal autora, apresenta, ainda, que no caso de pacientes à beira da morte a demanda não é propriamente a de análise, mas sim de apaziguamento da angústia de morte. Sendo assim, o que pode um analista, independente de ser no hospital, consultório ou casa do paciente, é: “se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não-toda” (MORETTO, 2001, p. 103).

Recordo-me de um caso em que um paciente acometido por uma leucemia aguda sem possibilidades de tratamento, demanda por uma escuta, sendo esta no sentido de

apaziguamento da angústia de morte vivenciada por ele. Traz os significantes que marcaram a sua vida e o desejo de que pudesse continuar vivendo. Em diferentes momentos é tomado pela angústia de perceber o seu corpo definhando e consumido pela dor. Ainda assim, dá sinais do desejo por uma escuta que testemunhasse os seus últimos momentos. Com dificuldades em se expressar através da fala devido ao conseqüente acometimento pulmonar, mantém o olhar fixo e direcionado ao meu. Leva a sua mão até a minha e a segura por um tempo, como se buscasse por algo para, de alguma maneira, se sustentar. Nos atendimentos posteriores faz o mesmo movimento, valendo-se do olhar e do toque, principalmente em momentos de angústia, em que as palavras não podiam se fazer presentes. Aqui lançamos a questão do quanto há algo de essencial na posição daquele que escuta, que é sustentar a presença diante desse outro que de alguma maneira se pronuncia. Como sabemos, ainda no silêncio, o corpo está tomado na e pela palavra.

A transferência e o lugar de analista

Uma questão que perpassa a escuta de tais sujeitos vivenciando este processo é: "como escutar a dor do outro sem tomá-la para mim"? Muitas são as tentativas em responder a tais questões, devido, principalmente, à singularidade presente em tal escuta.

Singularidade esta que, muitas vezes, se apresenta com uma certa dificuldade de se colocar em palavras. Algo do impossível do Real que é a própria morte em si, abarcando todo o seu limite, não apenas como impossibilidade de significação, mas também como a própria finitude do corpo.

Em seu texto, Cury (2016) questiona o lugar possível dos afetos do analista diante da morte, considerando a impossibilidade de ignorar o fato de que a morte tem efeitos em todos os humanos. A partir de sua experiência com a escuta psicanalítica de pacientes a beira da morte em um hospital e através da leitura das ideias de Freud e Lacan, a autora afirma que não podemos ignorar a humanidade do analista, todavia, este não pode deixar-se levar por esta atitude. Conclui sobre a necessidade de um tratamento possível a própria angústia despertada durante tais atendimentos como sendo a sua própria análise, para que de alguma forma possa suportar a sustentação da transferência através do único operador possível de se sustentar em uma análise: o desejo do analista.

Sustentar a transferência nestas situações que, muitas vezes, se apresentam como puro desamparo, torna-se um desafio. Não há como discordar que tais vivências possam trazer dificuldades, correndo o risco de promover uma clínica pela via da identificação, se contrapondo, assim, à clínica psicanalítica (NUNES, 2013).

Perante a fragilidade e o desamparo de tais vivências, a possibilidade de uma escuta pela via da identificação, se faz presente. Situações em que a equipe, diante da impotência do que fazer diante do sofrimento inevitável da morte, produz atravessamentos que, muitas vezes, não diz respeito ao paciente. Mobilizada por tais situações, apresenta dificuldades em, primeiramente, escutar a demanda trazida pelo paciente, para apenas depois, saber o que fazer, ou ainda, o que não fazer.

Castro-Arantes e Lo Bianco (2013) falam da presença de um efeito de real no corpo quando o sujeito é surpreendido pelo câncer, sendo que esse real carrega a angústia de castração, a transitoriedade da vida, sua finitude e, paradoxalmente, o desejo. Desejo este de um sujeito convocado a se posicionar frente a todas estas questões. Para as autoras, é isso que será escutado e levantará, para aquele que escuta, essas mesmas dificuldades, sem que muitas vezes se dê conta.

Tais autoras falam de duas posições que estão em jogo para nós profissionais, sendo a primeira que corresponde ao sentimento de pena que se pode ter daquele que chega com seu padecimento; e a segunda que diz respeito à compaixão com que o acolhemos na escuta de seu sofrimento. Relacionam a pena ao ódio, inerente à dualidade - ou eu ou ele -; já a compaixão a uma posição terceira, que pode ser representada através da imagem de uma faca com uma só lâmina que corta dos dois lados. Imagem esta que nos faz ver que a castração está colocada tanto para o paciente quanto para quem escuta.

Moretto (2001) ainda afirma o quão difícil é escutar a respeito da morte, já que a mesma consiste na real concretização da castração, da qual o neurótico evita a cada passo que dá na vida. Logo, indaga o fato do quanto negar a escuta a um paciente à beira da morte poderia estar próximo de se estar evitando entrar em contato com a própria castração. A resistência em escutar o processo de morrer do outro opera como um mecanismo de defesa por parte do analista de não querer escutar a sua própria possibilidade de morte; é uma proteção da certeza imaginária que o neurótico constrói de que é eterno.

No contexto hospitalar, não é somente perceptível a dificuldade da equipe em escutar um paciente em processo de morte, como também, em algumas situações, de aceitar que o

paciente esteja morrendo. Para ilustrar tal situação, trago o caso de uma adulto jovem, internado após complicações advindas de um diagnóstico de câncer. Em torno do paciente havia duas equipes médicas, uma responsável pelas abordagens cirúrgicas e a outra de cuidados paliativos.

No decorrer da internação, houve uma importante cisão entre as equipes, suscitada pela dificuldade da primeira aceitar que a segunda abordasse com ele e familiares a possibilidade dele não conseguir receber alta hospitalar devido à fragilidade de sua condição clínica. As chances de que este sujeito conseguisse receber alta hospitalar eram quase nulas, sendo imprescindível que tal informação lhe fosse comunicada.

Durante a internação, tal informação não se fez presente por um longo tempo a ele, sendo necessário que, tanto ele quanto a família, constatassem a impossibilidade de alta hospitalar somente no decorrer de sua piora clínica. Ao escutar tais equipes nas discussões de caso era possível perceber o quanto aquela responsável pelas abordagens cirúrgicas trazia em sua fala que “iria lutar” pelo paciente, pois o mesmo era muito jovem para morrer, proibindo assim que a equipe de cuidados paliativos abordasse a possibilidade de falência junto ao paciente e familiares, fornecendo um espaço para que estes sujeitos pudessem falar e elaborar o luto que se impunha e que não encontrava espaço de significação por ser negado devido à resistência de escuta por parte de uma parcela da equipe profissional.

Muitas foram as repercussões direcionadas ao paciente e seus familiares frente ao posicionamento de tal equipe, sinalizando a grande dificuldade desta em aceitar a possibilidade do paciente morrer. Esta situação retrata a dificuldade da equipe em lidar com a temática da morte e os limites da condição humana, revelando, também, as limitações do fazer médico diante deste paciente devido às resistências singulares de alguns profissionais.

Escutar pacientes em processo de morte e morrer é entrar em contato com a própria finitude. É lidar com a impotência quanto ao que fazer pela dor do outro. A psicanálise apresenta como ferramenta a palavra, numa aposta de que, apesar da morte ser da ordem do indizível, o sujeito fale, numa tentativa de aplacamento da angústia de morte. De certa maneira, a aposta é de que o sujeito possa trazer os significantes que marcaram a sua vida, construindo, assim, possíveis saídas simbólicas diante do Real que a morte apresenta.

Considerações finais

O hospital é um lugar onde a morte se presentifica de diferentes maneiras e tempos, lugar este ancorado na lógica institucional e regido pelo discurso médico. A partir dos apontamentos delineados no decorrer deste trabalho questiona-se a entrada de um outro discurso, o discurso psicanalítico, pautado pela ética da psicanálise. Ética esta que é a ética do desejo, não sendo possível sê-la por outra via que não esta.

Neste contexto pautado pelo predomínio do discurso médico, buscou-se compreender as possibilidades da escuta psicanalítica diante daquele que se encontra em processo de morte e morrer. Em tal escuta, há algo do real que se faz presente, algo do corpo que revela aspectos de tal ordem, fazendo com que consideremos uma singularidade, ou ainda, uma especificidade em tal clínica. Trazemos esta questão ao afirmarmos o fato de que os limites da vida e propriamente do corpo estão colocados tanto para quem fala quanto para quem escuta.

Através do trabalho com tais pacientes, assim como da inserção junto a equipe multiprofissional, é possível afirmar o quanto pode haver dificuldades na escuta de tais pacientes, apresentando-se muitas vezes com importantes atravessamentos e processos de identificação. Afinal, sustentar a presença e a escuta diante daquele que está morrendo requer também a sustentação de uma posição frente a própria angústia inerente ao processo de finitude.

Nesse sentido, é válido ressaltar o quanto as especificidades do trabalho no hospital podem dificultar a sustentação do lugar de analista na transferência, logo que este, na maior parte das vezes, experiencia elementos do cotidiano do paciente que vão para além deste lugar. No entanto, a possibilidade de dificuldades na escuta não impossibilita que ela ocorra, desde que o analista esteja sustentado pela Ética da Psicanálise e seus operadores clínicos.

A partir de tais questões, ressalta-se a importância da inserção do psicanalista em tal contexto, visto que, com a sua presença e possíveis intervenções, a palavra possa circular, provocando efeitos de um escutar-se em cada um, inclusive na equipe. Tal como já apontamos anteriormente, a psicanálise nos permite pensar que diante do impossível, o luto; diante do possível, a luta.

Referências Bibliográficas

- Baroni, C. S. F. & Kahhale, E. M. P. (2011). Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. *Psicologia Hospitalar*, 9(2), 53-74.
- Batista, G. & Rocha, G. M. (2013). *A presença do analista em situação de urgência subjetiva no hospital geral*. In M. D. de Moura (Org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp.330-343). Belo Horizonte: Artesã.
- Castro-Arantes, Juliana de Miranda & Lo Bianco, Anna Carolina. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522.
- Cury, M. R. G. (2016). Desenlace: o lugar possível dos afetos do analista diante da morte. Livro Zero: *Revista de Psicanálise*, 1(8).
- Elias, Valéria de Araújo. (2008). Psicanálise no hospital: algumas considerações a partir de Freud. *Revista da SBPH*, 11(1), 87-100.
- Freud, S. (1980a). *Luto e melancolia* (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.14). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917 [1915]).
- Freud, S. (1980b). *O mal estar na civilização* (Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1929).
- Freud, S. (1996a). *O Ego e o Id* (Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923 [1922]).
- Freud, S. (1996b). *Linhas de progresso da terapia psicanalítica* (Edição Standard Brasileira Completa das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919 [1918]).
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. L. F. E. (2012). *A angústia na clínica: pacientes com câncer*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Gonçalves, Mônica de Oliveira. (2001). Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 30-41.
- Lacan, J. (2003). *Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola*. J. Lacan. Outros escritos (Vera Ribeiro, Trad.) (pp. 249-264). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1968).

Lacan, J. (2005). *Seminário 10: A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1962-1963).

Machado, Maíla Do Val & Chatelard, Daniela Sheinkman. (2014). O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: entre os dispositivos clínicos e os institucionais. *Revista Subjetividades*, 14(2), 187-202.

Machado, S. M. (2015). Psicanálise e Cuidados Paliativos: do sem-sentido à invenção. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13(2), 613-618.

Marsillac, A. L. M. (2005). *Fronteiras do Corpo: Paradoxos na Construção da Singularidade*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Disponível: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6592/000487050.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

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

Moretto, M. L. T. (2013). *Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações limites na instituição hospitalar*. In M. D. de Moura (Org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp.352-365). Belo Horizonte: Artesã.

Moura, S. de T. (2013). *Sentença ou Renovação*. In M. D. de Moura (Org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp.202-206). Belo Horizonte: Artesã.

Nunes, L. E. G. (2013). *Pretensa escuta psicanalítica na clínica oncológica: prática dos iniciantes*. In M. D. de Moura (Org.), *Oncologia: Clínica do limite terapêutico? Psicanálise & Medicina* (pp.344-351). Belo Horizonte: Artesã.

Rosa, M. D. (2004). A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 4(2), 329-348.

Victora, L. G. (2016). Corpo real, corpo simbólico, corpo imaginário. *Correio APPOA*, 253.

Vieira, C. A. L., & Marques, G. H. (2012). Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. *Psicanálise & Barroco em revista*, 10(1), 97-108.