

O Confronto Com A Finitude Na Clínica Hospitalar: Da Morte Como Limite À Urgência Da Vida*

*Elisa Lima Mayerhoffer Peralva***

O interesse em estudar este tema surgiu a partir da minha experiência como residente do segundo ano no setor de cirurgia cardíaca do HUPE. No cotidiano deste setor, o psicólogo é constantemente chamado para lidar com o sofrimento que escapa aos recursos médicos, a saber, a angústia proveniente da iminência ou ocorrência da morte. São situações que envolvem, por exemplo, a presença e o suporte do psicólogo diante da notícia de óbito de um paciente junto a seus familiares, o acompanhamento daquele paciente ansioso e angustiado diante da cirurgia ou ainda o atendimento do paciente que apresenta um quadro depressivo durante o pré ou pós do evento cirúrgico.

A prática clínica neste setor permite afirmar que o adoecimento do coração é uma desordem orgânica que traz para o sujeito uma ameaça de morte real e iminente, confrontando-o de forma radical com a questão crucial do ser humano: a finitude. Diversos estudos, já bastante conhecidos por nós, apontam a importância da representação simbólica conferida ao coração, o que dá ao adoecimento deste órgão um sentido especial, de encontro com o limite, com a perda vivenciada no próprio corpo. O paciente acometido por um problema cardíaco muitas vezes nem sabe o que é uma artéria, uma safena ou uma válvula, mas é capaz de sentir o limite entre vida e morte se estreitando. A cirurgia, como o último recurso de tratamento, é algo ainda mais radical, pois implica uma invasão no corpo que deixa marcas físicas e psíquicas. Podemos dizer, assim, que não se trata apenas de um corte no peito, mas de um corte na vida do sujeito.

Nos atendimentos realizados com os pacientes submetidos à cirurgia e internados no CTI, pude perceber que o limite imposto pela possibilidade da própria morte remetia estes sujeitos a uma releitura sobre a vida, fazendo surgir uma outra dimensão da urgência: a urgência subjetiva, aquela que implica, desde Freud, o inconsciente. Neste momento, podemos apontar a pergunta que motiva e embasa este estudo: quais as questões que o confronto com a finitude relança para o ser falante?

A partir da abordagem psicanalítica, procuramos destacar que a morte, enquanto limite, engendra uma dimensão de urgência, impulsiona a vida através das questões que mobiliza em cada sujeito. Neste sentido, cabe ressaltar que a presença e a

escuta do psicanalista permitem que algo deste confronto com a finitude possa ser encaminhado pela fala. O sofrimento e a angústia decorrentes da constatação desse caráter finito da vida humana autorizam a inserção do psicanalista nas diversas unidades de tratamento que integram o hospital e exigem, ao mesmo tempo, a sustentação do seu rigor ético perante os outros discursos, pois não podemos esquecer que o discurso predominante no hospital é o discurso médico. Porém, diferente do médico, que trabalha a partir dos sintomas, daquilo que pode ser observado, que é possível ser tocado e do que se ausculta, o psicanalista aposta na dimensão subjetiva que possa situar-se em referência ao adoecimento. A entrada do psicanalista na instituição hospitalar possibilita, assim, uma abordagem na qual o sujeito não é apenas um corpo doente, cuja saúde perdida deve ser recuperada, mas que há aí um ser falante marcado pelo desejo.

Diversos autores contemporâneos têm procurado investigar com se dá esta inserção do trabalho e da escuta analítica diante das situações emergenciais que o hospital comporta. Moura (2000) denomina de “clínica da urgência” esta prática atípica com a qual o psicanalista irá se confrontar. Ela nos diz que a urgência se caracteriza por uma dificuldade do paciente em sustentar sua dimensão de sujeito, tamanha a perplexidade frente aos distúrbios orgânicos que promovem uma ruptura em sua vida cotidiana. Neste momento, além de estar exposto a procedimentos clínicos e cirúrgicos invasivos, o paciente é deslocado do convívio familiar, de seus hábitos de vida, despojado de suas vestes para ficar acamado num leito. Enfim, ele é destituído das referências que o apóiam enquanto sujeito.

A clínica psicanalítica na urgência é permeada por situações de emergência, casos de vida, acontecimentos que são imprevisíveis não apenas para o paciente, mas também para o profissional, o que nos remete a uma outra temporalidade do fazer analítico. O tempo da urgência pressupõe um tempo diferente daquele com o qual estamos acostumados a realizar os atendimentos no consultório. Trata-se de um tempo inesperado, uma outra velocidade na qual analista e paciente estão submetidos. Em quantas ocasiões, acontece de atendermos o paciente uma ou duas vezes e depois não mais o encontrarmos. Algumas vezes, retornamos e descobrimos que o paciente morreu, foi transferido de setor ou recebeu alta. De acordo com Oliveira (2003), estas são situações em que o nosso tempo comum “precisa ser trabalhado pelo pincel do ouvido, precisa ser deformado, encolhido, esticado, recortado – quase numa anamorfose temporal – para que o trabalho seja viável” (p.48).

A urgência exige que o psicanalista, de forma contrária, possa instalar a pausa para não correr o risco de atender um pedido a qualquer custo, deixando para trás o tempo que mais lhe interessa: o tempo do sujeito. Falar deste tempo do sujeito significa poder manejar a pressa dos outros discursos, como o médico, para sustentar algo da urgência, no sentido daquilo que urge para o sujeito. Para a psicanálise, aquilo que urge diz respeito à urgência pulsional.

Temos, então, que diante da urgência orgânica surge a urgência psíquica, e é diante desta urgência que a escuta do psicanalista será direcionada, atravessada por uma questão crucial: a morte e as questões que esta relança para o sujeito. Vejamos, agora, de forma mais detalhada as contribuições trazidas por Freud acerca do tema da morte e como elas nos auxiliam a pensar numa dimensão de urgência da vida diante do limite que a morte acarreta.

No ensaio intitulado "Nossa atitude para com a morte" (1915), Freud dedica-se ao estudo sobre o que chama de "atitude cultural e convencional" do homem em relação à morte. Ele observa que existe uma forte tendência do homem de eliminar a morte da vida e afirma que pensar na própria morte é para qualquer sujeito algo impossível, pois "no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade" (ibid, p. 327). O que podemos destacar deste célebre texto de Freud diz respeito exatamente a esta impossibilidade da representação da própria morte no inconsciente, sendo somente a partir da dimensão da perda que o homem se vê confrontado com a própria finitude. Para Freud, assim como em muitos outros pontos de nossa vida psíquica, o homem primeiro permanece inalterado em nosso inconsciente. Admitimos a morte do outro e podemos, inclusive, desejá-la inconscientemente. Porém, não reconhecemos nossa própria finitude e, quando a morte nos leva alguém que nos pertence, estas duas atitudes para com a morte entram em conflito.

O que gostaríamos de enfatizar neste estudo é que ao tratarmos da morte, estamos nos referindo à noção de perda e esta, para a psicanálise, encontra-se intimamente relacionada ao conceito de castração. Freud, ao conceber que a própria morte não possui representação possível no inconsciente, se vale da noção de castração, uma vez que esta pode ser vivenciada tanto na experiência de separação das fezes como na perda do seio da mãe devido ao desmame, vivências que ganharão uma dimensão de perda a partir da fase fálica. Segundo Freud, a angústia de morte é, na verdade, angústia de castração diante da perda e da separação.

O que é importante ressaltarmos é o fato de que, enquanto representante da perda do objeto e da lei, a castração, colocada desde o campo do Outro, opera a abertura ao desejo. De acordo com Vidal (1984), Freud constrói um mito para explicar a associação entre desejo e lei implicada na castração, e indaga: não seria o parricídio uma maneira de situar a falta do Outro?

Em *Totem e Tabu* (1913), Freud atribui ao mito da horda primitiva a origem da sociedade e da cultura a partir de uma morte. No primeiro tempo do mito, o pai é o possuidor de todas as mulheres e interdita todos os filhos de possuí-las. Os filhos então se reúnem e matam o pai com o intuito de possuir tudo o que este possuía, acreditando na conquista da liberdade e do gozo ilimitado. Este ato parricida dos filhos caracteriza-se como irreversível e pressupõe uma identificação com um traço ao incorporar uma parte do pai na comida totêmica. Ao incorporarem o pai, percebem que na verdade ninguém poderá ser como ele e possuir todas as mulheres, e se comprometem a transmitir a interdição para as próximas gerações.

Segundo Vidal (1984), Freud concebe através deste mito questões fundamentais do inconsciente. O pai do primeiro tempo é o pai cruel, aquele que não está sujeito à lei, sendo que para ele a onipotência e o gozo são ilimitados. O assassinato do pai tem como função introduzir a falta e a castração deste pai. O mito traduz a relação do sujeito com o Outro, permitindo a passagem do Outro não barrado ao Outro Barrado, e instaurando num só tempo o desejo e a lei.

A castração constitui, assim, a metáfora da morte no psiquismo, vinculando-a a lei e ao desejo. Aqui, desejo e morte, morte e vida, encontram-se entrelaçados, uma vez que a morte presentificada pela castração e pela dimensão da perda, é o que permite o acesso à vida e ao desejo. A partir desta abordagem, podemos considerar

a morte como o limite que aponta para a possibilidade da vida, entendendo esta como o deslizamento do desejo.

Diante do sujeito confrontado com a iminência da morte, a psicanálise aposta na fala como aquilo que pode ajudar o ser falante a situar algo da finitude, oferecendo a escuta para aquele que, mesmo tendo a vida perto do fim, precisa ser relançado como sujeito desejante. Nesse sentido, a morte para a psicanálise não remete ao fim, à impossibilidade da escuta, mas sim ao que urge para o sujeito. E a urgência está além do biológico, ela está no desejo e, como Freud nos indica, em seu caráter indestrutível.

Nesta ocasião, podemos questionar: diante da iminência da morte, o que é urgente para o sujeito? É o que nos propomos a pensar, a partir de um breve relato de um caso atendido por mim no CTI da cirurgia cardíaca do HUPE.

O paciente, a quem chamaremos de João, estava com 73 anos quando foi transferido de um hospital da rede municipal para o CTI da cirurgia cardíaca do HUPE. Sua história clínica me parecia bastante comum a de outros pacientes que chegavam ao setor. Após sentir fortes dores no peito, foi internado com o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. No entanto, um aspecto peculiar havia chamado minha atenção em nosso primeiro encontro. Ao contrário da maioria dos pacientes internados no CTI que costumam não falar muito nesse momento, muitas vezes pela própria debilidade física que se encontram, Sr. João pôde contar fatos marcantes e importantes de sua vida. Falou de sua relação com a esposa, da filha que tinha se divorciado do marido, da neta que morava com ele. Enfim, muitas coisas foram relatadas naquele contato a partir de um convite: “Me fale um pouco sobre como o senhor chegou até aqui?”.

Convite feito, Sr. João teceu, naquele mesmo instante, uma verdadeira narrativa histórica sobre sua vida. Nascido em Portugal, contou-me que havia deixado seu país ainda muito jovem, com 17 anos, para tentar uma vida melhor no Brasil. Mesmo aposentado há alguns anos, Sr. João era um homem ativo, criava galinhas e pássaros em seu quintal e não gostava de ficar parado, sem ter alguma atividade. Gostava de trabalhar, de sustentar a família, de ser o chefe da casa. Considerava-se bem sucedido, pois depois de toda sua luta possuía alguns bens. Além disso, mencionava com orgulho o fato de todos os filhos possuírem curso superior, sendo ele um semi-analfabeto. Sr. João era casado há 50 anos, completos durante a internação, com Maria, uma brasileira “mulata”, como ele a descrevia. Com ela teve quatro filhos (uma mulher e três homens). Dizia ser um marido português machista e mandão, mas que sua esposa também não era fácil, pois ela era tão teimosa e “mandona” quanto ele¹.

Após esses relatos, que aconteceram em dois encontros, Sr. João teve que ser operado de urgência. Sr. João não morreu naquele dia, mas a partir dessa cirurgia passou a travar uma luta diária contra a morte. Foram exatamente 93 dias de internação no CTI até o seu falecimento em meados de maio de 2006. No pós-operatório o estado de saúde Sr. João teve uma evolução difícil, ele tinha dificuldades para respirar sem ajuda de aparelhos e seu coração não respondia as expectativas de melhora intencionadas pela cirurgia. Várias tentativas frustradas de desmame² foram feitas, optando-se, assim, por uma traqueostomia³.

Após este procedimento Sr. João mais do que não poder falar, não queria mais falar. A equipe demandava o atendimento da psicologia e a quase todo momento pediam que eu interviesse: “Sr. João precisa de você, ele está muito deprimido, conversa com ele”. A decisão médica foi prescrever um antidepressivo. O quadro se agravou e o parecer médico foi assertivo: “Agora só um milagre, as chances dele são mínimas”. Membros da equipe tentavam prever o imprevisível, com falas do tipo: “Dessa semana ele não passa” ou “Ele está deprimindo, ele está desistindo de viver”. Mas, Sr. João continuava ali, debilitado, mas lúcido. Ele ainda não havia morrido.

Sr. João estava deslocado da posição de dono de seu destino. Onde estaria o chefe de família, o marido português machista? Suas referências enquanto sujeito despencaram-se, deixando-o exposto a uma destituição selvagem. Sr. João se via, assim, destituído dos significantes que ancoravam sua subjetividade. Intubado, traqueostomizado, vivia o limite, a perda, a castração no próprio corpo. Frente à violência e radicalidade desta destituição, o João que falava deu lugar ao João que não podia falar, talvez por não encontrar palavras que pudessem nomear aquilo que se encontra na ordem do irrepresentável, do inominável: o confronto a própria morte. Imerso no sem-sentido, as palavras de Sr. João caem, revelando o puro sofrimento, a imersão total na angústia.

Ao longo deste período de três meses, me dirigia quase todos os dias ao leito de Sr. João. Perguntava como estava se sentindo, como havia passado a noite anterior. Trazia fatos de sua história que ele mesmo havia me relatado, falava sobre sua coragem, sua luta durante toda a vida, dava notícias da esposa e dos filhos. Explicava o porquê de cada procedimento, dos aparelhos. Numa dessas vezes, quando perguntei como estava, ele balbuciou chorando “Eu vou morrer”. Esta fala o acompanhou durante todo o tempo no CTI.

Porém, numa dessas ocasiões em que fui ao seu encontro, perguntei se ele estava precisando de alguma coisa, se sentia falta de algo naquele momento. Ele respondeu apenas com uma palavra: “conversar”. A partir deste dia, não deixei um só dia de falar-lhe. A vida existe pela palavra e, já que Sr. João não podia falar, emprestei-lhe minhas palavras na tentativa de dar algum sentido para o que estava vivendo. Trazia a vida, a escuta e as palavras interditadas pelo confronto com a própria morte para dentro do CTI. A condução do atendimento procurava instituí-lo, situá-lo diante do seu vivido, buscando em seu próprio relato anterior pontos de ancoramento de seu desejo.

O atendimento de Sr. João nos permite afirmar que a oferta de escuta e o convite à fala possibilitaram uma narrativa, uma construção em palavras, revelando uma dissimetria entre o que se pergunta e o que o paciente diz. Ao receber o convite do analista, Sr. João nos remete a um outro tipo de urgência: a urgência psíquica. Ante a possibilidade de morte, o paciente fala da vida. Fala de Portugal, das suas origens, do seu percurso na vida até a ocasião da internação. O urgente neste momento não era a chegada à enfermaria, mas a chegada ao Brasil. A partir da oferta de escuta, o paciente situa, então, pontos que lhes são urgentes na vida.

A partir do relato deste caso clínico, cabe, portanto, a questão: Como intervir enquanto a morte não vem? Como bem coloca Moura (2000) a presença do psicanalista no hospital acarreta um suposto saber sobre a morte e deste lugar ele é convocado a intervir e atuar.

O que podemos destacar do caso clínico é a possibilidade de sustentar uma escuta, uma função, uma presença, durante todo o tempo de permanência de Sr. João no CTI. Alguns poderiam nos interrogar: o que esta presença difere da presença de outros profissionais, como enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas? A presença e a escuta do psicanalista estão pautadas num conceito definido por Lacan como desejo do analista. O paciente coloca o analista na posição de alguém que possui um saber sobre ele, porém, o analista não se identificará com esse saber, não respondendo de onde o paciente gostaria e decidindo sobre o sentido das palavras que lhes são direcionadas. Situado no campo do Outro, o desejo do analista implica um desejo dessubjetivado, um apagamento do eu do analista, colocando em evidência o objeto do desejo do paciente.

Localizamos em nosso relato esta escuta diferenciada quando, diferentemente de outros profissionais, o analista acolhe e recolhe a fala do paciente que diz que vai morrer. Pude observar que tanto a equipe como os familiares tentavam aplacar a angústia que sentiam diante deste "dito", dizendo constantemente para o paciente que ele não falasse mais isso. O psicanalista é aquele que, a partir do acolhimento e da escuta das questões que a iminência de morte lança para o paciente, permite que este situe pontos de urgência na vida.

O atendimento de Sr. João nos remete a esta sustentação da escuta não apenas num primeiro momento, onde no confronto com a finitude, a oferta de escuta lança um convite de releitura sobre sua vida, mas também quando suas "chances eram mínimas". Neste momento, a presença e a escuta do psicanalista possibilitaram sustentar, até a sua morte, de que ali existia um ser falante, um sujeito, para quem conversar fazia falta, indicando, assim, o lugar e a função do analista.

Diante do confronto com a finitude, a aposta da psicanálise é possibilitar, a partir da escuta, a abertura ao sujeito do desejo, relançando questões sobre a vida. Vimos que a própria morte, irrepresentável no inconsciente, pode ser experimentada pela dimensão da perda, da morte simbólica conferida na castração. Neste sentido, a morte e o limite são abordados pela psicanálise como via de acesso à vida e ao desejo.

"Enquanto a morte não vem" é algo que está colocado para qualquer sujeito, não apenas para o paciente internado. No entanto, no hospital ela se presentifica de forma avassaladora, deixando o sujeito frente a frente com a sua própria finitude. "Enquanto a morte não vem" é a questão da vida: vamos todos vivendo enquanto ela não chega, já que existe aí um ponto de indeterminação. Portanto, quando falamos da morte é da vida que estamos tratando. Lembremos novamente a frase que finaliza o texto de Freud em "Nossa atitude para com a morte" (1915): "Se queres suportar a vida prepara-te para a morte". A finitude, colocada para todos os sujeitos, engendra uma urgência: a urgência da vida, a urgência do desejo.

Referências Bibliográficas

FREUD, S. (1915) "Reflexões para os tempos de guerra e morte". In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* [ESB]. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIV.

_____ (1913) "Totem e Tabu". Op. Cit., v. XIII.

_____ (1916) "Sobre a transitoriedade". Op. Cit., v. XIV

_____ (1917) "Luto e Melancolia". Op. Cit., v. XIV.

LABAKI, M. E. P. *Morte*. (Coleção clínica psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOURA, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

_____ "Psicanálise e urgência subjetiva" In: MOURA, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital*. 2. edição. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2000.

_____ *Psicanálise e Hospital –3: Tempo e morte – da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

OLIVEIRA, W. "Um tempo inesperado" In: MOURA, M. D. (org) *Psicanálise e Hospital –3 : Tempo e morte – da urgência ao ato analítico*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003.

RINALDI, D. "Morte e subjetividade" In: *Anuário Brasileiro de Psicanálise*. Relume Dummará, nº 3, p. 79, 1995.

VIDAL, E. A. "A questão do objeto no campo freudiano" In: BIRMAN, J. e NICÉAS, C. A. (org) *O objeto na teoria e na prática psicanalítica*. Rio de Janeiro: Ed. Campos, p.128-141, 1984.

Notas

* Trabalho desenvolvido no setor de Cirurgia Cardíaca do HUPE/UERJ, sob a orientação das preceptoras Sheila Orgler e Glória Castilho e apresentado no XI Fórum de Residência em Psicologia Clínico-Institucional, em setembro de 2007.

** Psicóloga, Residente do 2º ano do Programa de Residência em Psicologia Clínico-Institucional do IP/HUPE/UERJ.

¹ A família do paciente foi acompanhada por mim durante o período de internação, porém, não entraremos em mais detalhes sobre tal acompanhamento nesse estudo, uma vez que nosso objetivo é focar o atendimento realizado com o paciente. No momento, podemos ressaltar o quão fundamental é a oferta de atendimento aos familiares, possibilitando o acolhimento da angústia que vivenciam em decorrência da internação de um ente querido.

² Processo que consiste em separar o paciente da dependência do ventilador mecânico, aparelho que auxilia na respiração.

³ A traqueostomia consiste num procedimento que transfere o tubo de oxigênio proveniente da ventilação mecânica direto para a traquéia através de uma pequena cirurgia, que pode ser realizada no próprio CTI.