



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO
CURSO DE PSICOLOGIA

LARA SANTOS LOBO

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
NO CUIDADO PALIATIVO**

JUAZEIRO DO NORTE – CE
2019

LARA SANTOS LOBO

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
NO CUIDADO PALIATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Orientador: Raul Max Lucas da Costa.

JUAZEIRO DO NORTE – CE

2019

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO PALIATIVO

Lara Santos Lobo¹
Raul Max Lucas da Costa²

RESUMO

O presente trabalho tem a pretensão de suscitar as contribuições da psicanálise para a equipe multiprofissional no Cuidado Paliativo onde este nasce da perspectiva do Hospice, na década de sessenta e que visa a promoção da qualidade de vida através da prevenção do alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e no tratamento de outros sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. O presente estudo trata-se de uma revisão da produção bibliográfica que foi lançada entre os anos de 2009 a 2019 enfatizando que as utilizações de tais pesquisas serão em português, nas plataformas: SCIELO, PEPISIC, Google Acadêmico, BVSPSI e da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPS) que se utilizam de métodos explícitos e sistematizados de busca na literatura científica, com a realização de análise crítica e síntese das informações selecionadas que se utilizam palavras chaves e descritores que estão de acordo com a temática da presente pesquisa. No desenvolvimento da pesquisa, abordou-se também as questões voltadas ao nascimento do hospital e a necessidade de discussão sobre educação para a morte, real, morte e vida, luto e melancolia e ética do desejo. Concluiu-se na apresentação e discussão das presentes temáticas, que estas se complementam de modo a destacar as possibilidades do fazer analítico direcionado a escuta do paciente que se defronta com a sua finitude imerso no contexto hospitalar, de modo que não se perca seu rigor e nem sua eficácia, fazendo uso das técnicas que a psicanálise disponibiliza.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Ética do Desejo. Hospice. Hospital.

ABSTRACT

This paper aims to raise the contributions of psychoanalysis to the multidisciplinary team in Palliative Care. This is a literature review explored in the timeline from 2009 to 2019, in Freudian and Lacanian literature concerning the time of the subject and what should be listening providing an analysis effect within hospital institutions without psychoanalysis losing its rigor. Twenty-three thirty-one articles were used, using the related descriptors. Regarding the development of the research, it was also addressed the issues related to the birth of the hospital and the need for discussion about education for death, Real, death and life, Mourning and melancholy and ethics of desire. It was concluded in the presentation and discussion of the present themes, that they complement each other in order to highlight the possibilities of doing

¹Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: lara.lobo02@outlook.com

²Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. Email: raulmax@leaosampaio.edu.br

analytical immersed in the hospital context, so that neither its rigor nor its effectiveness is lost, making use of the techniques that psychoanalysis provides.

Keywords: Palliative Care. Ethics of desire. Hospice. Hospital

1 INTRODUÇÃO

Tratar sobre o assunto do fazer do profissional de psicologia que trabalha diretamente com o cuidado paliativo dentro do contexto hospitalar não é tarefa fácil. Enumeras pesquisas não só abordam o tema, mas afirmam de forma empírica que é praticamente impossível o desenvolvimento do trabalho do profissional, que possui leituras e práticas psicanalíticas, desenvolver o que se pode chamar de trabalho analítico dentro das instituições, principalmente as hospitalares e suas multifacetadas. No entanto, este será o cenário alvo da presente pesquisa.

Partindo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que assegura a dignidade à vida humana, o Cuidado Paliativo nasce da perspectiva de promover qualidade de vida do paciente e de seus familiares através da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Tal ponto de vista desenvolve-se pela via do trabalho das equipes multiprofissionais no contexto hospitalar, onde há uma gama de possibilidades no tocante ao suporte dado aos pacientes, familiares e equipe. O foco da presente pesquisa será voltado ao fazer do profissional de psicologia que se embasa nas leituras e práticas psicanalíticas dentro do cuidado paliativo e que segue orientações de modo a não se sustentar somente na “roupagem Psi”, mas também de dar a devida importância ao real, e sustenta-lo, de modo que esse se advenha a partir da ética do desejo e a técnica necessária para prestar os devidos cuidados ao sujeito a quem escuta.

No tocante ao que foi dito anteriormente, é necessário evocar também as noções de morte e morrer em Kubler-Ross (2005), onde ela mostra que se faz importante pensar os sujeitos na sua forma de lidar com o seu processo de luto e que este deve ser respeitado, Kubler-Ross discorre tal processo como ocorrendo em cinco fases, dando subsídios para mais tarde, Maria Júlia Kovács (2008) seguir com as pontuações a cerca da educação para a morte na formação dos profissionais de saúde e sua importância nas questões de entendimento a cerca da temática que se encontra cada vez mais presente e emergente no saber desses profissionais.

Diante de tal cenário, nota-se a necessidade de construir um arcabouço teórico/metodológico suficiente para dar apoio e embasar todo o processo de

suporte que o profissional de Psicologia que atua sob a ótica da psicanálise permite dentro do contexto do Cuidado Paliativo.

Objetiva-se então, de um modo geral, trazer as atuais perspectivas do que se entende e aplica enquanto os conceitos de Cuidado Paliativo e a sua ética requerente, salientando que a ética da psicanálise se distingue da ética jurídica e normatizada, no qual pode-se pensar que a ética jurídica discorre das noções de cuidado antropológico colocado aos profissionais de saúde dentro de suas formações, muitas vezes distorcidas e não convidando o sujeito a também se fazer co-responsável em sua instância de saúde-doença.

Após isso, especificamente, fazer com que seja posto as propriedades contribuintes que a psicanálise possui dentro de uma equipe multidisciplinar, colocando também de forma objetivada e específica as pertinências de como tem se colocado culturalmente as temáticas de morte com a finalidade de proporcionar uma discussão teórico-metodológica.

Com isso é de suma importância o desenvolvimento e pontuações acerca da presente prática. A busca base será nas publicações citam o objeto “a” e o desamparo, bem como a angústia e o luto. Em um segundo momento, cabe um levantamento ao qual se discuta as temáticas já publicadas, onde a partir disso poderão ser abordadas questões de morte e educação para a morte e sobre a temática do psicólogo no cuidado paliativo, descendendo dos conceitos trazidos por Cicely Saunders sobre o Hospice, permitindo isso, a interpretação e o levantamento de hipóteses. E por fim, a sondagem de produções advindas da terminalidade e suporte que permitam o fazer do psicólogo dentro da equipe multiprofissional nas temáticas abordadas nos textos da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPS) e Google Acadêmico.

O presente estudo trata-se de uma revisão da produção bibliográfica que foi lançada entre os anos de 2009 a 2019 enfatizando que as utilizações de tais pesquisas serão em português, nas plataformas: SCIELO, PEPSIC, Google Acadêmico, BVSPSI e da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPS) que se utilizam de métodos explícitos e sistematizados de busca na literatura científica, com a realização de análise crítica e síntese das informações selecionadas que se utilizam palavras chaves e descritores que estão de acordo com a temática da presente pesquisa.

2 PSICANÁLISE NO HOSPITAL

2.1 O NASCIMENTO DO HOSPITAL

Foucault (1986) coloca em uma de suas obras primas, *A microfísica do poder*, capítulos destinados somente para a evolução da instituição hospitalar, a forma como ela se faz presente para os construtos sócio-culturais, bem como partes indispensáveis de uma sociedade.

“O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII [...]” (FOUCAULT, 1986, p.57), onde até então o que se concebia ao conceito de hospital estava intrinsecamente ligado a questões filantrópicas e de sanitarismo social. O entendimento de que a instituição hospitalar com direcionamentos e finalidade de ser uma ferramenta destinada a curar aparece em meados do final do século XVIII e é assinada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática (FOUCAULT, 1986).

Nesse momento o hospital deixa de ser apenas um espaço físico e adere novos perpetrados. Para que isso ocorresse, foram realizadas visitas médicas às instituições, até então filantrópicas em grande parte da Europa, de forma que conseguissem averiguar como se davam as propostas e resultados nessas (FOUCAULT, 1986).

O processo de desenvolvimento do hospital se faz desde o ideal de morredouro até o que se conhece atualmente enquanto equipamento terapêutico de hegemonia médica, atentando que a simbologia hospitalar segue modificada se adaptando de acordo com o período de tempo da qual faz parte, priorizando as vertentes político-econômicas bem como emergente social. Em contraponto a esta ideia, Foucault afirmou que a concepção de cura dentro dos hospitais não era algo raro ou inovador, ele data que “há milênios existem hospitais feitos para curar; pode-se unicamente afirmar que talvez se tenha descoberto, no século XVIII, que os hospitais não curavam tão bem quanto deviam [...]” (FOUCAULT, 1989, p.57).

Com isso, pode-se colocar no decorrer do desenvolvimento da instituição hospitalar que padece de constantes modificações, algo que se deve lembrar é que o então saber médico também necessita se adequar e está se modificando, onde atualmente vários dos seguimentos da medicina se deslocam para formar novos saberes e de várias atualizações, de como adequar as práticas de acordo com as exigências que vem sendo requeridas desses profissionais para com o público a quem presta serviço.

Entendendo um pouco mais sobre o processo de mudança na formação dos profissionais de saúde, considera-se a dinâmica social atual. Esta se encontra inteiramente voltada à saúde, ao jovem e ao belo, deixando de trazer pontos importantes sobre o curso da própria finitude, da qual todos os seres vivos do planeta estão fadados. ARIÈS (1975/2003) coloca que apesar deste fato óbvio e incontestável, na cultura ocidental atual a temática da morte ainda é tida como tabu, um assunto velado que causa estranhamento no homem, incômodo, medo e angústia.

2.2 EDUCAÇÃO PARA MORTE

Dentro do que se concebe enquanto assuntos voltados à morte, esta, não se faz presente dentro do que se é discutido nas lides acadêmicas, onde, pode-se considerar um déficit importante que se alastra na formação dos profissionais de saúde, mas não discutido nos espaços concernentes as instituições. O que Santos e Fensterseifer (2016) colocam é que a morte não está na dimensão do biológico, mas na dimensão do simbólico.

Neste contexto, a educação para a morte é tecida por Maria Júlia Kovács(2008) como uma tentativa de suprir a carência encontrada nos cursos de graduação de psicologia e outros cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia e etc), ao propor um contato com a temática da morte e as consequências destas para a vida pela via da educação formal. Kovács (2008) afirma que a proposta de educação para a morte fundamenta-se “pela importância da discussão do tema numa sociedade na qual convivem a morte interdita, a busca da reumanização da morte e a morte escancarada no cotidiano das pessoas”. (KOVÁCS, 2008, p. 194).

Kovács (2008) enfatiza a atuação do psicólogo, pois este tem de lidar com a temática de forma mais direta e pontual, fazendo a escuta dos significantes do sujeito que emergem a respeito desta, quando se deparam com o real, ou seja, quando essa morte é assertida e lembrada como inerência do sujeito desejante.

Neste sentido, a educação para a morte pode permitir auxílio ao profissional de saúde a melhorar suas capacidades de modo a lidar em sua prática com o assunto. Entretanto, sabendo que se a educação para a morte for entendida como um espaço para que o sujeito possa obter respostas, regras e receitas prontas sobre o assunto para que fique mais preparado, neste caso, a proposta não irá se cumprir

(KOVÁCS, 2008). Cada profissional deve refletir sobre quais as interfaces do seu desejo para que possa atuar nesse tema tão oneroso, psiquicamente falando.

Fazendo menção a isso, a psicanálise é a práxis que trata abertamente sobre a temática morte, morrer, tempo lógico e asserção de certeza antecipada, na qual esta última cabe analogia dentro do processo de elaboração do sujeito que recebe notícia de prognóstico negativo e adentra aos âmbitos do Cuidado Paliativo. Trazendo isso à tona, é esperado desses profissionais que sejam, minimamente, sensíveis dado as circunstâncias, respeitando o tempo do sujeito (tempo lógico) e suas nuances, onde Lacan conceitua isso como o convite do analista a fazer com que o sujeito se depare com seu desejo e o trabalhe mediante ao seu dito, ou seja, ao significante que emerge a partir do curso da sua linguagem. Essa antecipação feita pelo analista ao analisando provoca uma reflexão para este último. Nesse momento, vale ressaltar as codificações feitas por Lacan (1945) que podem dar subsídios para esse trabalho.

No sofisma trazido por Lacan (1945) sobre os tempos do sujeito e a asserção da certeza antecipada, situado nos seus escritos, ele evoca o teste de três discos brancos e dois pretos que são colocados de forma sortida nas costas de três prisioneiros, estes não podem se comunicar e precisam descobrir qual a cor do disco que está em suas respectivas costas. Posterior a isso, surge três possibilidades na resolução do problema: A primeira de que, se A vê dois discos pretos, ele deduz que é branco e sai, trazendo a tona o sujeito que se rege na imediatez, o sujeito do instante de ver, sendo necessário apenas ver para concluir, ou seja, não se produz para haver certeza da dominância imediata do objeto.

A segunda de que se A vê um disco preto e um branco, fará o seguinte raciocínio: “se eu fosse C (que é branco) e visse dois pretos A e B, eu sairia”. Como C não sai, deduzo que sou branco e saio eu, configurando o segundo tipo de sujeito a quem Lacan chama de “tempo para compreender”. Neste há um maior trabalho no tocante a elaboração, visto que está sob forma de dinâmica o tempo das relações, podendo levar anos para que de fato seja compreendido o que se está colocando como dito, havendo dependência da temporalidade, inclusive, do outro a quem se dirige.

A terceira é de que por último resolve que se A vê dois discos brancos e irá raciocinar da seguinte forma: se eu for preto, B e C estão vendo, cada qual, um

branco e um preto. Cada um deles se diz: se sou preto o outro é branco (B ou C) vê dois pretos. Deduzem, então, que são brancos e saem. Mas, como não agem assim, eu, A, deduzo que sou branco. Nesta última colocação, o sujeito para Lacan, passa por momentos de certezas, incertezas e também constantes recuperações de certezas. É como o sujeito galga a sua certeza a partir dos seus equívocos, daquilo que não se pode saber imediatamente, mas que se conclui. O momento de concluir, dando forma lógica para a fantasia do sujeito. Em psicanálise, esse momento também permite o encerramento das sessões.

Fazendo menção a esses tempos em que o (diz)curso do sujeito é trazido mediante a escuta analítica, emerge-se a tríade fundamental das exigências sobre o que se conhece a respeito do que se entende enquanto sujeito em psicanálise, frisando que é necessário que se discuta sobre os três momentos inerentes a todo e qualquer sujeito, sabendo que eles fazem parte da gama infinita que os constitui. O que a tríade possui em comum é o fato de serem intimamente interligados, o que Lacan denomina enquanto “nó borromeano”. Uma estrutura enodada e composta por três torções a qual permite e personifica a composição didática do que se entende por: Real, Simbólico e Imaginário. O nó provê a “medida comum” aos três registros, sendo estes: “o simbólico, o imaginário e o real” (1953/2005), são determinados como sendo os “três registros bem distintos que atuam, como os registros essenciais da realidade humana” (Lacan, 1953/2005)

3 O SURGIMENTO DO HOSPICE E SUA IMPORTÂNCIA PARA AS NOÇÕES DE MORTE E MORRER

Sabendo dos notórios avanços nas áreas de saúde, onde esses inevitavelmente tiveram de se atualizar frente às questões de vida e morte. Viegas, et.al (2018) defende que ainda não foram desenvolvidos tratamentos eficazes e capazes de evitar ou curar algumas patologias graves que incapacitam ou levam milhares de pessoas a óbito a cada ano. Visto a evidente necessidade social em que o mundo se encontra, optou-se por desenvolver estratégias de suporte e cuidado voltado a questões que pudessem subsidiar os serviços voltados aos sujeitos e seus adjacentes (familiares) de maneira integrada e efetiva, no qual se profere atingir as demandas de cunho biopsicossocial, principalmente mediante a temática da morte e morrer, questões voltadas à qualidade de vida e também qualidade de vida após a

notícia de prognósticos negativos dentro dos ambientes hospitalares e suas áreas afins.

Gomes e Othero (2016), afora as diversas e variadas concepções filosóficas que cercam as discussões sobre a condição humana, a vida e nosso tempo nela, o fato é que os seres humanos estão vivendo mais, e que isso se deve aos avanços científicos bem como tecnológicos que corroboram na redução das taxas de mortalidade em todo o planeta.

Pensando nisso, na segunda metade do século XX, Cicely Saunders trouxe a reflexão e proposta do que anteriormente era chamado de “hospice”, que até então se configurava como um certo tipo de centro hospitalar, voltado para receber e promover o cuidado de pacientes em estágios terminais da doença. Era uma realidade primitiva do que posteriormente passou a ser chamado de “Cuidado Paliativo”.

Os Cuidados Paliativos surgiram oficialmente como prática distinta na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como precursora as atividades da médica Cicely Saunders. O trabalho de Saunders, que também possuía a titulação de assistente social e enfermeira iniciaram o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. A criação do St. Christophers Hospice, em Londres, em 1967, é um marco nesta trajetória (DUBOLAY, 2007).

Diante desse retrato complexo e desafiador da realidade, os Cuidados Paliativos se apresentam como uma forma inovadora de assistência na área da saúde e vêm ganhando espaço nos presentes contextos na última década, uma vez que se distingue fundamentalmente das ideias colocadas pela medicina curativa, justamente por direcionar o seu foco no cuidado integral, através da prevenção e do controle de sintomas, para todos os pacientes que enfrentem doenças graves, bem como ameaçadoras da vida. Esse conceito aplica-se, de fato, ao paciente e suas nuances, que adoece e sofre junto, como também os familiares, cuidadores e também a equipe de saúde (MASTSUMOTO, 2012).

Pensando nisso, em 1990, a OMS foi convocada a definir pela primeira vez conceito bem como os princípios do que pudesse se configurar enquanto Cuidados Paliativos, reconhecendo e promovendo-os, onde a presente definição foi, a priori, voltada para a população acometida pelo câncer, disponibilizando, o que se entende

por assistência integral e acessibilizando o alcance desses pacientes, com o intuito de almejar a ideia de “*cuidados efetivos de final de vida*”.

Junto com a prevenção, diagnóstico e tratamento, os Cuidados Paliativos passam a ser considerados um dos pilares básicos da assistência ao paciente oncológico (OMS, 2007). Já no ano de 2002, o conceito foi revisto, ampliado e atualizando, o que subsidiou a inclusão da promoção na assistência a outras doenças como AIDS, cardiopatias, doenças renais, doenças degenerativas e doenças neuro-degenerativas. Em 2004, um novo documento publicado pela OMS, *The solid facts - Palliative Care (Os fatos sólidos – Cuidados Paliativos)*, renovam a necessidade de incluir os Cuidados Paliativos como parte da assistência completa à saúde, no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos.

O conceito atual da OMS amplia os horizontes no tocante as ações dos Cuidados Paliativos, podendo ser adaptado às realidades locais, aos recursos disponíveis e ao perfil sócio-epidemiológico dos grupos a serem beneficiados pelo serviço, visto ainda a grande precariedade por parte da própria saúde em estabelecer isso como uma de suas prioridades na hora de oferecimento de seus âmbitos de possibilidades.

Na presente realidade, o que se oferta dentro da saúde a respeito do que se entende por cuidados de cunho paliativo, são tecidos a partir dos preceitos esbalecidos pela OMS (2002). Ela elenca princípios que clarificam os conceitos de forma a entender que: a morte deve ser compreendida como um processo natural e parte da vida. A qualidade de vida (que pode ser entendida como completo bem estar biopsicossocial e se baseia no conceito positivista da OMS instaurado em 1946) é o principal objetivo clínico de Sousa, Dionizio, et al (2017, p.2) que descrevem “[...] As discussões sobre QV entre profissionais de saúde e pacientes são frequentes, mas a ênfase é, muitas vezes, centrada no controle dos sintomas físicos e pouca atenção é dada aos aspectos psicológicos, sociais e espirituais [...]”.

Os conceitos se estendem também para abranger que os Cuidados Paliativos não antecipam a morte, nem prologam o processo de morrer; A família deve ser cuidada com tanto empenho como o doente. Paciente e familiares formam a chamada unidade de cuidados; O controle de sintomas é um objetivo fundamental da assistência. Onde estes são rotineiramente avaliados e efetivamente manejados pelos profissionais envolvidos. O que permite a discussão sobre o curso dos

procedimentos a serem manejado de forma que decisões sobre os tratamentos médicos devem ser feitas de maneira ética. Pacientes e familiares têm direito a informações acuradas sobre sua condição e opções de tratamento; as decisões devem ser tomadas de maneira compartilhada, respeitando-se valores étnicos e culturais; Cuidados Paliativos são necessariamente providos por uma equipe multidisciplinar; a fragmentação da saúde tem sido uma consequência da sofisticação da medicina moderna. Em contraposição, os Cuidados Paliativos englobam, ainda, a coordenação dos cuidados e provém a continuidade da assistência; A experiência do adoecimento deve ser compreendida de uma maneira global e, portanto, os aspectos espirituais também são incorporados na promoção do cuidado; A assistência não se encerra com a morte do paciente, mas se estende no apoio ao luto da família, pelo período que for necessário. (OMS, 2002)

Agregando tais conceitos, se coloca como peça fundamental do desenvolvimento do que foi posto anteriormente, o trabalho do psicólogo que se utiliza de práticas fundamentadas na psicanálise dentro dessas equipes multiprofissionais, uma vez que este se configura enquanto capacitado para trabalhar as questões de luto e suporte, conseguindo estender-se para além do paciente, mas também para a família e em casos mais específicos, com a própria equipe. A Psicologia pode atuar no sentido de apoiar o paciente e sua família, possibilitando um espaço de acolhimento para medos e ansiedades, colaborando para a participação adequada de ambos no processo do adoecimento. (TEXEIRA, 2016).

Nessa circunstância, tanto os pacientes como seus familiares podem requerer a necessidade de atendimento psicológico (Almonacid, Moreno & Lluch, 2009). Segundo Borges et al. (2006), ainda se tem escassos estudos voltados à análise de intervenções psicológicas no processo de morrer e os que existem, estão direcionados ao controle do suporte e controle da dor.

Durante a construção do que seria de fato o sentido real do cuidado paliativo, Saunders(1978) ressalta a evidencia do que ela colocou como “dor total”, onde esta aludida principalmente do fator psicológico. Segundo Barreto e Castro (2015) a equipe deveria oferecer uma atenção integral ao paciente, considerando a dimensão biopsicossocial e espiritual, aspecto que vem ao encontro da filosofia dos cuidados paliativos, ressaltando que essa dimensão espiritual adentra a prática como estratégia de *coping* religioso espiritual.

3.1 AS ESTRATÉGIAS DE *COPING* RELIGIOSO ESPIRITUAL (CRE)

As primeiras impressões sobre CRE surgiram sob as perspectivas de Pargament (1997), onde este introduz o conceito de coping religioso/espiritual (CRE), uma temática relativamente nova e símbolo de vários estudos na área da saúde. (CORREIA, BATISTA E HOLANDA, 2013).

O CRE pode ser definido como a utilização da religião, espiritualidade ou fé para o manejo de situações estressoras, recorrentes nos momentos de crise. Atua como uma forma de ajustamento, onde por sua vez, envolve os domínios cognitivo, comportamental, interpessoal e espiritual, bem como apresenta variações em seu nível de utilização e na sua forma, determinados pela experiência individual da pessoa. (PARGAMENT; KOENIG; PEREZ, 2000; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

Atuando dentro do cuidado com vertentes paliativas as CRE pode se dar por duas vias: a primeira se configura enquanto positivo, onde são emersos sentimentos de aceitação do acometimento que e a doença provoca. Em concepções negativas, o paciente nega a sua realidade e tende a permanecer na fase da depressão se encontrando nas fases do luto, por mais tempo, visto que a agressividade se torna a forma mais comum de defesa desta.

Matos, Meneguim, Ferreira e Miot (2017) ressaltam que ao perceber que a qualidade de vida e de coping religioso espiritual podem ser influenciados pela religião/espiritualidade, pelas circunstâncias sociais e clínicas dos pacientes, percebe-se íntima relação entre a vertente da religiosidade e os cuidados paliativos, onde estas têm sido cada vez mais investigadas, enfatizando evidências indicadoras para uma relação, em sua maioria, positiva.

4 CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE NO CUIDADO PALIATIVO

4.1 REAL E MORTE

Dentro da perspectiva do cuidado paliativo, ousa-se dizer que o sujeito se depara com o seu real, ou seja, defronta-se com sua finitude, a morte. Esta, apesar de ser colocada de forma sensível e cuidadosa, ainda sim causa impacto no sujeito, barrando-o de seu desejo e faltando-lhe as suas capacidades de registrá-la em seu ato elaborativo.

Freud coloca que ao tentarmos a proeza de imaginar a morte, principalmente a nossa, falhamos. Ele cita que a percepção tende-se a seguir como se estivéssemos na posição de espectadores, o que leva as fundamentações psicanalíticas a tentarem firmar o ideal de poder assentir que quase ninguém crê em sua própria morte. Tendo o potencial de alegar que o inconsciente de todo e qualquer sujeito encontra-se piamente convicto de sua própria imortalidade. No inconsciente não existe uma inscrição psíquica para a morte, é nesse sentido que ele se comporta como se fossemos imortais. (BARONI E KAHHALE, 2011)

Refletindo sobre isso, é de se acreditar que tratar sobre o tema morte e sua proximidade para cada sujeito se faz necessário vislumbrar o seu caso a caso. Cada um construirá uma “teoria” ou explicação para seu adoecimento, resultando na busca ou não, de possibilidades de produzir significações para a vida. (BARONI e KAHHALE, 2011).

Com isso, o sentimento de desamparo se torna presente e o que resta é dar sentido a vida. Atentando que falar sobre morte é falar sobre vida, visto que ambas são intrínsecas uma a outra. O psicanalista, nesse momento, deve estar atento ao ouvir os significantes que surgem no trabalho de fala do analisando que entra em Cuidados Paliativos, é digno de nota que esses são procedimentos imprescindíveis no processo do trabalho analítico. Quinet (2000) evoca que o entendimento de uma análise, se dá pela via da possibilidade do sujeito em se deparar e conhecer os significantes primordiais que foram circunscritos em sua vida, através do saber do inconsciente.

Enxergando isso, Lacan recorda a permissividade do fazer analítico fora do espaço do consultório, no manejo da transferência que se estabelece, no desejo do analista e nos fundamentos éticos da técnica. Com isso, pode-se partir da afirmativa de Moretto (2001, p.101): “[...] o inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí *onde o sujeito* fala.” A colocação da margem para que se conclua objetivamente que a psicanálise pode ser feita em qualquer espaço, desde que se o seu rigor seja mantido.

Retomando ao que foi dito anteriormente, diz-se que para a prática psicanalítica seja possibilitada mediante aos cuidados de cunho paliativo as reflexões a respeito da vida mediante o processo de terminalidade se faz necessário evocar do sujeito o que se configura enquanto insuportável, uma vez que é digno de nota o fato do mesmo se deparar com o seu real e sustenta-lo. Tal funcionamento de

escuta direcional que é *Isso* o que deve ser escutado, o insuportável emitido pelo sujeito.

4.2 LUTO E MELANCOLIA

Durante o momento da notícia, esta também evoca do sujeito o sentimento de luto, onde esse sentimento de luto pode ser entendido como resultado da perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, o ideal, dentre outras posições que suscitem convocação da identificação com o seu objeto. Estando estes no entendimento freudiano de *objeto amado*, aquele o qual se investe libidinalmente a partir de identificações contidas nos desejos pulsionais.

Trazendo isso na perspectiva de Moura (2000), onde este sustenta que mediante a episódios como, por exemplo, a morte de pessoas próximas, o adoecimento, a tomada na posição de então, doente, ou quando se entra em cuidado paliativo, levam a suportar condições que surgem na urgência, podendo ser entendidas como rompimentos na vida do sujeito e que tem efeito reflexivo, fazendo com que as pessoas que se deparam com essa condição passem a se questionar “quem são elas” agora. Melhor dizendo, se deparam diretamente com o rompimento das fantasias, desejos e certezas que embasavam o sentido de sua própria vida, ocorrendo na maioria dos casos o constante autoquestionamento de “*Por que comigo?*” Como diz Moura (2000, p.7/8): “Pergunta que revela a ilusão do 'ao menos um' que não sofreria como o resto dos mortais”. Nesse momento, quem opera é o simbólico. Este remete de forma simultânea à linguagem e também segundo Carone (2016, p. 207-224) à

[...] função compreendida por Lévi-Strauss como aquela que organiza a troca no interior dos grupos sociais; o Imaginário designa a relação com a imagem do semelhante e com o ‘corpo próprio’; o Real, que deve ser distinguido da realidade, é um efeito do Simbólico: o que o Simbólico expulsa, instaurando-se.

No arranjo central da ideia, pode-se considerar que no processo de luto há consciência do objeto que se perdeu, bem como também há todo um trabalho de ego para que a dinâmica econômica seja repensada, de modo que devido a esse deparo com a realidade, este convide o sujeito a se refazer em sua economia de

desejo, digo, quando o morto se vai, quem fica vive o processo de luto na possibilidade de *(re)encarar* a realidade e aprender a conviver sem a pessoa que se foi, ressaltando que o descrito se dá pela via do que é comum dos ocorridos diante dos processos de luto.

Já na melancolia, esta não se difere do luto totalmente. Na realidade, se distingue apenas pelas suas questões envolvendo a autoestima. Carone (2016) traz que melancolia pode ser caracterizada por no ato psíquico conter atributos de desânimo profundamente doloroso, falta do interesse pelo externo e isso se estende ao mundo de uma forma geral, extinção das capacidades concernentes ao amor, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima. Durante esta última, auto recriminações e auto insultos fazem parte, podendo a atingir o ponto de autopunição.

Ousa-se dizer, ainda nas inquietações trazidas por Carone (2016), que na dinâmica da melancolia, não se sabe do que se trata o objeto perdido, embora tenha todo um sentimento envolvido sobre a perda de algo. Devido a isso, não se investe em algo específico, o que resta é retornar toda a energia para o ego. Mediante a isso, há necessidade de compreensão de que o sujeito realmente está suspenso de realizar amor ao trabalho, e ao amor. Se o amor direcionado ao objeto, um amor que não se consegue abandonar, ao tempo que o objeto refugiou-se na identificação narcísica, na substituição por este objeto perdido, há a entrada do ódio, insultando-o, humilhando-o, fazendo-o sofrer e ganhando neste sofrimento uma satisfação sádica. Suscitando que onde há afeto, há gozo.

Kubler-Ross (2008) destaca que o processo de luto e sua elaboração pode ser vivenciados e subdivididos em cinco fases, 1. Negação e Isolamento, 2. Revolta, 3. Barganha, 4. Depressão e 5. Aceitação. Ela notifica que cada sujeito possui o seu tempo de certeza, o que se pode fazer o paralelo com as noções de tempo do sujeito para Lacan, trazido e explicado anteriormente. (Kessler & Kübler-Ross, 2005). Sendo assim, o profissional da psicologia que se utiliza das leituras e práticas psicanalíticas de modo a adequar a promoção de seu trabalho dentro da instituição hospitalar a estar atento como deve dar curso ao que se esta sendo colocado, uma vez que é pela via do desejo do analista que a análise se segue.

Em paralelo ao trabalho de luto dentro da psicanálise, Elizabeth Kübler-Ross (2008) traz a tentativa para lidar com uma perda, real ou antecipada. Ela propõe a

ideia de que a pessoa pode vivenciar uma fase de isolamento ou negação de sua condição. Na presente fase há evitação de temáticas de conteúdos voltados à doença, onde a autora coloca como se fosse uma defesa temporária para enfrentar a perda da saúde, podendo também ocorrer o surgimento de sentimentos voltado à raiva, revolta, sadismo, inconformismo, inveja e ressentimento em relação à doença, à família e à equipe de saúde. Essa é a fase chamada de revolta (Kübler-Ross, 2008; Simonetti, 2011).

4.3 ÉTICA DO DESEJO

Tomas Hobbes (1988) coloca em sua mais célebre frase a máxima de que “*O homem é o lobo do homem*”, atentando para a inerência da agressividade humana em sua constituição. Tal concepção de bondade ou de maldade humana se faz estranha à psicanálise, visto que esta suspende que o sujeito é dotado de essência, alegando que o desejo é movido pela falta e o vazio.

Os conhecimentos de sujeito e de subjetividade compõem a particularidade própria do que se designa enquanto campo psicanalítico. Este é composto por duas zonas que não admitem o desmembramento por completo: o aparelho psíquico e o campo pulsional (Garcia-Roza, 2001).

A ética do desejo em psicanálise está intimamente ligada à ética do sujeito, ou seja, não se trata de uma moral ou de um “querer bem” kantiano, mas de um compromisso com o sujeito que comparece à análise alienado ao desejo do Grande Outro, onde o cerne da questão se voltaria de modo a obter esse desejo e não ser esse desejo. A questão colocada, é que, a psicanálise enxerga o ser humano para além das dimensões sociais e políticas que regulam a sua conduta, dirigindo o seu olhar para sua condição desejante, da qual decorrem efeitos em todas as esferas de sua vida. (Lacan, 1962. Lacan, 1998)

Já a ética que é requerida pela ciência vai para além das definições psicanalíticas, frisando que nem mais e nem menos importante que esta, a ética que envolve os profissionais está perfeitamente voltada ao tipo de relação e compromisso que parte do profissional de saúde para com aquele a quem profere cuidado e atendimento. Muitas vezes, tais conjuntos de regras são fundamentados em ideologias morais-cristãs-antropológicas. Estas trazem uma série de ideias que entendem o cuidar como sendo um ato do profissional ao sujeito acometido por enfermidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que os objetivos gerais e específicos deste trabalho foram alcançados, de modo a evocar discussões a cerca de como se constrói enquanto cuidado e cuidado paliativo desde sua trajetória com Saunders nos seus conceitos ideais de como se daria esse trabalho voltado à pessoas acometidas por doenças terminais e a necessidade de entrada dessas ideias nas normativas de saúde, tais como a OMS e as diversas formas de aplacar esse sujeito em suas nuances.

Citou-se também, as trajetórias percorridas para que o conceito de hospital, hoje reconhecido, fosse instaurado e as contribuições das inquietações Foucaultianas. No tocante à imperativa forma de se discutir a morte na dimensão da saúde, do simbólico e suas particularidades para cada sujeito e seus tempos lógicos, reforçados por Lacan, como cada um possui a instancia de poder repensar suas certezas diante da vida e principalmente quando adentra aos cuidados paliativos, onde se foi possível ressaltar Kubler-Ross, com seu morte e o morrer e as cinco fases, tidas por ela, como as fases do luto. As noções instauradas por Kubler-Ross posteriormente viram a subsidiar Kovács na educação para a morte, morte do corpo imaginário e a emergência dessa discussão na formação dos profissionais de saúde.

Posterior a isso, foi de extrema necessidade não só refletir, mas também elucidar fatos voltados ao Real, a Morte e a Vida, onde cada sujeito que adentra ao cuidado paliativo possui a sua gama de significantes para lidar com a nova instancia, onde se foi possível observar que cada sujeito age de acordo com a forma na qual significa a sua própria existência, destacando que a instancia da vida se encontra no real e que para o profissional o oferecimento do ato escuta é fundamental tanto para quem se encontra acometido, quanto para os familiares, frisando que a eficiência da psicanálise tem a possibilidade de ser promovida em qualquer espaço, desde que seu rigor ético e técnico seja mantido.

Seguiu-se de forma mais aprofundada as questões de luto e melancolia em Freud e Lacan para os objetos amados que se perdem e as sinalizações que podem ser vistas no sujeito e auxiliem no fazer do profissional quem o escuta, incluindo a ética do desejo para a psicanálise e a ética colocada juridicamente, retratando suas respectivas diferenças.

Por fim, entende-se que a prática psicanalítica não só é possível dentro do contexto hospitalar mas que essa seria uma trajetória a ser desbravada e

disseminada nas lides acadêmicas, não só porque o breve contato com a psicanálise se dá apenas no contexto da clínica, mas que é repassada como sendo uma prática engessada e ultrapassada, o que vai de total encontro as bases na qual a psicanálise se fundamenta.

REFERÊNCIAS

ALMONACID, V., MORENO, P., & LLUCH, A. (2009). **Estudo sobre a derivação de pacientes oncológicos na unidade de psico-oncologia segundo critério médico**. *Psicooncologia*, 6(1), 203-210.

ARIÈS, Phillipe. **História da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003. 312p.

BARONI, Claudia Sofia Ferrão; KAHHALE, Edna Maria Peters. **Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade**: uma reflexão sobre a clínica da

urgência. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-74, jul. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092011000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2019.

BARRETO, Sílvia Menna; DE CASTRO, Elisa Kern. **Critérios de médicos oncologistas para encaminhamento psicológico em cuidados paliativos**. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 35, n. 1, p. 69-82, 2015.

BORGES, A. D., SILVA, E. F., TONIOLLO, P. B., MAZER, S. M., VALLE, E. R., & SANTOS, M. A. (2006). **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. *Psicologia em Estudo*, 11(2), Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200015>>. Acesso em: 14 Set. 2019.

CARONE, Marilene; FREUD, Sigmund. 1985: **luto e melancolia**. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, v. 49, n. 90, p. 207-224, jun. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352016000100016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 nov. 2019.

CORRÊA, Cairu Vieira; BATISTA Jeniffer Soley; HOLANDA, Adriano Furtado. Coping religioso/espiritual em processos de saúde e doença: revisão da produção em periódicos brasileiros (2000-2013) Apud. PARGAMENT, K. I.; KOENIG, H. G.; PEREZ, L. M. **The many methods of religious coping**: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, v. 56, n. 4, p. 519-543, Apr. 2000. PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126-135, 2007.

DE SOUSA MATOS, Ticiane Dionizio et al. **Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. 1-9, 2017.

DUBOULAY, S. **Changing the face of death**. The story of Cicely Saunders. 2.ed. Great Britain: Brightsea Press. 2007. 24p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Sabotagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

Garcia-Roza, L. A. (2001). **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Zahar.

GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. **Cuidados paliativos**. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. acesso em 14 Set. 2019.

HOBBS, T. **Leviatã ou matéria**: forma e poder de um estado eclesiástico e civil. Trad. João P. Monteiro e Maria B. N. da Silva. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1988.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. In: KOVÁCS, Maria Júlia (Coord.). *Morte e*

existência humana: caminhos de cuidados e possibilidades de intervenção. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 194 p.

Kubler-Ross, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

Kubler-Ross, E., & Kessler, D. On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Scribner. 2005.

Lacan, J. (1953/2005). **O simbólico, o imaginário e o real**. In: Nomes-do-pai (pp. 9-53). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. Kant com Sade. (1962). In.: LACAN, J. **Escritos**; Tradução: Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: Um novo sofisma. (1945). In.:

LACAN, J. **Escritos**; Tradução: Vera Ribeiro – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

MATOS, Ticiane Dionizio de Sousa; MENEGUIN, Silmara; FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva; MIOT, Helio Amante. **Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 25, 2017, pp. 1-9 Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, Brasil.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

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

MOURA, Marisa Decat de. Psicanálise e urgência subjetiva. In: **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter. (2000)

NEGRO, M. (2008) **A outra morte**: Psicanálise em cuidados paliativos. Buenos Aires: Letra Viva.

OMS. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. Genève: OMS, 2007.

OMS. **Serviço de Cuidado Paliativo e gestão da qualidade**. Ministério da Saúde. 2002

Quinet, A. **A descoberta do inconsciente do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Zahar. 2000.

PARGAMENT, K. I. **The psychology of religion and coping: theory, research, practice**. New York: Guilford Press, 1997.

SANTOS, Thais Cristina Fagundes dos; FENSTERSEIFER, Liza. **Educação para a morte na formação do psicólogo da PUC Minas São Gabriel**. Pretextos - Revista

da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 1, n. 1, jan./jun. 2016 – ISSN 2448-0738.

SIMONETTI, A. (2011). **Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

TEIXEIRA, A. L.; LIMA, F. DE A. C.; MESQUITA, G. C.; SANTOS, L. P. **Acolhimento aos familiares de pacientes em cuidados paliativos: uma contribuição da psicologia**. Sínteses: Revista Eletrônica do SIMTEC, n. 6, p. 175-175, 27 out. 2016.

VIEGAS, Meirylaine Pereira Bezerra et al. **Cuidados Paliativos: competências e intervenções do psicólogo**. Amazônia: science & health, v. 6, n. 4, 2018.