

YASMIM VARELLA BARCA ARAUJO

PSICANÁLISE E UTI: POSSÍVEIS DIÁLOGOS

BRASÍLIA

2021

YASMIM VARELLA BARCA ARAUJO

PSICANÁLISE E UTI: POSSÍVEIS DIÁLOGOS

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de psicóloga.

Professor Orientador: Dr. Juliano Moreira Lagoas

BRASÍLIA

2021

YASMIM VARELLA BARCA ARAUJO

PSICANÁLISE E UTI: POSSÍVEIS DIÁLOGOS

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de psicóloga.

Professor Orientador: Dr. Juliano Moreira Lagoas

BRASÍLIA, 7 DE JULHO DE 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Juliano Moreira Lagoas, Dr. (Orientador) - UniCEUB

Profa. Morgana de Almeida e Queiroz, Me. - UniCEUB

Profa. Daniela Scheinkman Chatelard, Dra. - UnB

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me mostraram apoio incondicional em todas as minhas escolhas e trajetórias traçadas, interrompidas ou apenas sonhadas. Obrigada por tanto.

À minha família, que soube como ninguém respeitar e tolerar minhas ausências, e se mostrou sempre receptível aos meus retornos.

Às amigas e ao meu companheiro, que tanto seguraram minha mão e me ensinaram com sutileza e afeto o valor de uma parceria sincera. Agradeço imensamente.

Ao meu orientador Juliano Moreira, pelo amor à psicanálise e atenção refinada e preocupada durante toda esta produção acadêmica, além da sua disponibilidade nos meus maiores momentos de dúvidas e inseguranças.

À professora Francielly Müller, que me inspirou como ninguém a acreditar incondicionalmente em mim mesma e no meu potencial enquanto pessoa e profissional.

Ao corpo docente do UniCeub, que me mostrou na prática e no cotidiano o que é ser um/a profissional de saúde mental, sempre preocupados com nosso bem-estar e evolução enquanto estudantes e futuros componentes da rede de cuidado ao outro.

Às participantes desta pesquisa, que, mesmo em tempos pandêmicos tensos que demandam suas atuações profissionais mais do que nunca, estiveram dispostas a participar e contribuir para a construção do conhecimento acadêmico em saúde.

Às/aos colegas de curso, que viveram comigo o processo de tornar-se psicóloga/o, e estiveram sempre disponíveis para escuta e troca de vivências. Obrigada por compartilharem essa jornada comigo.

Àquelas/es que compõem meus ciclos de vivência artística, em todos os possíveis âmbitos, que me ajudaram a estimular e libertar a arte que habita em mim.

Não se pode olhar de frente nem o sol, nem a morte.

François La Rochefoucauld

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar as possibilidades de interlocução entre a teoria e a prática psicanalíticas e o espaço hospitalar, mais especificamente, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Para isso, foram levantadas discussões pertinentes às possibilidades do fazer psicanalítico no ambiente hospitalar, a dinâmica institucional e relações de poder que constituem os espaços de saúde, e a lógica de funcionamento das UTIs a partir do olhar psicanalítico. Como estratégia metodológica, foi adotada a Análise de Discurso em articulação com os aportes teórico-metodológicos da psicanálise. Participaram desta pesquisa três psicanalistas que atuam na UTI de hospitais do Distrito Federal. Os relatos das participantes foram analisados e articulados à discussão teórica, em busca de construir um conhecimento fundamentado na realidade histórica, política e social em que essa pesquisa se sustenta. Percebeu-se que a UTI se configura como um espaço em que o paciente é dessubjetivado, dada a realidade de sofrimento intenso que ameaça o saber médico tradicional e coloca os profissionais de saúde no confronto com a castração. Defende-se, portanto, que as produções subjetivas de todos os atores que compõem esse espaço têm lugar no campo subjetivo que constitui a UTI, e deverão ser consideradas na busca por práticas de saúde atentas à condição de sujeito.

Palavras-chave: UTI. Psicanálise. Hospital. Sujeito. Recalque. Subjetividade.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the possible interlocutions between psychoanalytical theory and practice and the hospital, more specifically Intensive Care Units (ICUs). To this end, discussions were raised regarding the possibilities of psychoanalytical practice at the hospital environment, the institutional dynamics and power relations that constitute the health spaces, and the logic of how ICUs work from a psychoanalytical perspective. As a methodological strategy, Discourse Analysis was adopted, in conjunction with the theoretical-methodological contributions of psychoanalysis. Three psychoanalysts who work in the ICU of hospitals in the Federal District participated in this research. The participants' reports were analyzed and articulated to the theoretical discussion, seeking to build knowledge based on the historical, political and social reality on which this research is based. It was noticed that the ICU is configured as a space in which the patient is desubjectivated, given the reality of intense suffering that threatens traditional medical knowledge and places health professionals in the face of castration. It is argued, therefore, that the subjective productions of all actors that integrate this space have a place in the subjective field that constitutes the ICU, and should be considered in the search for health practices that are attentive to the subject condition.

Key-words: ICU. Psychoanalysis. Hospital. Subject. Repression. Subjectivity.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1 - REFLEXÕES SOBRE A PSICANÁLISE EM EXTENSÃO.....	14
1.1 A Clínica Psicanalítica.....	14
1.1.2 Recomendações técnicas.....	15
1.2 Psicanálise em Extensão e o Dispositivo Psicanalítico.....	18
CAPÍTULO 2 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	21
2.1 A Dinâmica Hospitalar.....	21
2.2 Recalcamento, Subjetividade e o Lugar do Analista.....	24
2.3.1 O analista frente ao paciente.....	27
2.3.2 O analista frente à equipe multidisciplinar.....	28
CAPÍTULO 3 - A UTI.....	30
3.1 Dessubjetivação do Sujeito.....	30
3.2 A Urgência na UTI.....	34
3.3 Vida e Morte.....	36
CAPÍTULO 4 - MÉTODO.....	39
4.1 Participantes.....	41
4.2 Materiais e instrumentos.....	41
4.3 Procedimentos de construção do material.....	41
4.4 Procedimentos de análise do material.....	42
CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DOS DISCURSOS.....	43
5.1 Psicanálise, dinâmicas de poder e a equipe.....	44
5.2 Trauma: uma perspectiva em UTI.....	49
5.3 Processos subjetivos emergentes.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS.....	64

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como foco investigar as possibilidades de interlocução entre a teoria e a prática psicanalíticas e o espaço hospitalar, mais especificamente, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Para tanto, cabe traçar um delineamento sobre o trajeto histórico da relação psicologia-hospital, e como essa interlocução tem se constituído na contemporaneidade.

A presença da psicologia no campo da assistência e das práticas de saúde realizadas em ambiente hospitalar ainda é relativamente recente no Brasil (MOREIRA; SCHNEIDER, 2017). Essa nova possibilidade de atuação do psicólogo está em processo de construção, adaptação e busca por reconhecimento e delimitação dos limites e possibilidades práticas.

A inserção do psicólogo no hospital teve início em 1818, quando foi formada a primeira equipe multiprofissional com a participação de um psicólogo, no Hospital McLean, em Massachusetts. No Brasil, o primeiro marco dessa inserção aconteceu em 1950, por meio de uma pesquisa sobre a introdução de alojamento conjunto na maternidade do hospital, realizada pelo médico Raul Briquet e pela psicóloga Gastenstay. É na década de 1970, com o crescimento dos grandes hospitais, que a atividade da psicologia passa a se consolidar no setor de saúde brasileiro (CFP, 2019). Desde então, esse campo de atuação vem crescendo e tomando forma, tendo como marco a fundação, em 1997, da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH). No ano 2000, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) reconheceu e regulamentou a Psicologia Hospitalar como especialidade, a partir da resolução nº 014/2000 (CFP, 2019).

Vale lembrar que o cuidado hospitalar no Brasil é historicamente marcado pelo modelo biomédico de saúde, que preconiza uma concepção fragmentada e resumida à ausência de doenças e sintomas, com predominância do saber médico em relação aos demais. Esse modelo tem sido gradualmente desconstruído, dando espaço a uma nova noção de saúde que considera o sujeito em sua complexidade. Em convergência a essa mudança de paradigma, o modelo da "Clínica Ampliada" tem se tornado cada vez mais presente nas instituições, com uma abordagem que busca atender ao paciente tomando fatores biopsicossociais como primordiais para a promoção de saúde. Um dos pilares da Clínica Ampliada é a integração de profissionais de diferentes áreas no cuidado e tratamento a partir da construção de vínculo e diálogo com os usuários buscando sua participação e autonomia (CFP, 2019).

É nesse contexto de mudança de paradigma que a psicologia se insere no hospital, a partir da atuação centrada na busca pela horizontalização das relações e dos saberes. Isso em um ambiente ainda marcado pela hegemonia do discurso biomédico e por relações de poder desiguais entre as áreas de atuação, o que é um desafio para o desempenho da interdisciplinaridade de fato (CFP, 2019).

O psicólogo hospitalar se ocupa de questões relacionadas à qualidade de vida dos usuários e profissionais de saúde, não se restringindo somente ao atendimento psicoterapêutico (MOREIRA; SCHNEIDER, 2017), que é apenas parte da ampla gama de possibilidades de atuação no hospital. A saber, fazem parte dessas possibilidades: o atendimento aos familiares, avaliação psicológica, acompanhamento terapêutico, práticas grupais, planejamento interdisciplinar de intervenções, aconselhamento, psicoeducação, manejo ambiental, veiculação de processos de comunicação, participação na realização de oficinas e eventos (CFP, 2019), além de uma infinidade de possibilidades que vão depender das necessidades específicas de cada caso. Isso porque, dado o caráter de incertezas e tensões característico do ambiente hospitalar, este se configura como um espaço onde a criatividade é bem-vinda, buscando abarcar a demanda específica de forma personalizada e contextualizada.

Diante desse novo modelo de atuação, que se distancia cada vez mais da atuação tradicional clínica, mas ainda marcado pelo discurso médico que tende a excluir a subjetividade no atendimento ao usuário, é legítimo interrogarmos se o discurso e a *práxis* psicanalíticos encontram espaço na esfera hospitalar. Historicamente, a psicanálise se constituiu e foi reconhecida como uma prática clínica, com certo rigor relacionado aos atendimentos individuais e às características que o competem - o *setting* terapêutico no consultório, a disposição analista e analisando no divã, a temporalidade própria da análise, entre outras especificidades que caracterizam a estrutura tradicional do atendimento. Nesse sentido, pode parecer que a psicanálise não teria o que oferecer nesse contexto hospitalar de grandes quantidades de pacientes, no qual devem ser adotadas outras estratégias de atendimento que não apenas o individual.

Além disso, embora a psicanálise se separe da medicina e surja como prática clínica no consultório, não podemos esquecer dos vínculos históricos estabelecidos com o discurso médico. O próprio Freud era médico, e muitas nomenclaturas usadas na psicanálise têm origem na medicina - paciente, diagnóstico, sintoma, tratamento, etc. Nesse sentido, é interessante pensar que, como aponta Moretto (2019), apesar da psicanálise ter dado seus

primeiros passos no hospital¹, essa relação hoje é marcada por questionamentos acerca da viabilidade do método psicanalítico nesse contexto. Por outro lado, Freud (1919/1996) já previa a inserção do analista na cena de saúde pública gratuita, como é o caso, no Brasil, do Sistema Único de Saúde (SUS). Freud chama atenção, portanto, para a tarefa de adaptar a técnica às novas condições de atuação, entendendo a clínica como uma constante construção (FREUD, 1919/1996; MORETTO; PRISZKULNIK, 2014).

No que diz respeito ao sistema de saúde pública no Brasil, de acordo com o CFP (2019), o SUS tem crescido e se desenvolvido desde a sua criação, concebido na Constituição de 1988 e efetivado através das leis nº 8.080/90 e 8.142/90, quando a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os princípios e diretrizes do SUS estabelecem a universalidade, integralidade e equidade como norteadores das políticas e processos de trabalho dos profissionais de saúde, enquanto a descentralização, regionalização, hierarquização e participação social estão no centro das diretrizes organizativas e operativas da gestão dos serviços. Entre as políticas e serviços instituídos pelo SUS estão a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Política Nacional de Humanização (PNH/HumanizaSUS) e a Rede de Atenção Hospitalar, que serão descritas a seguir.

O psicólogo hospitalar que atua no SUS está inserido na RAS, que engloba desde a atenção primária até a terciária, com objetivo de organizar e qualificar a gestão do cuidado nas ações e serviços de saúde do SUS. A atenção primária prevê principalmente ações preventivas e ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção secundária já prevê algum nível de especialidade médica prestada em serviços como Ambulatórios, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Consultórios na Rua e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Já a atenção terciária é de alta complexidade, prestada em hospitais, onde estão inseridas as UTIs, foco deste trabalho. Dessa forma, o psicólogo que atua no contexto hospitalar está inserido principalmente na atenção terciária de saúde, de forma mais específica, na Rede de Atenção Hospitalar.

A organização do SUS conta ainda com a PNH, uma política transversal, que é reflexo da luta por uma saúde pública mais humana, de forma a assegurar serviços de qualidade para promover a saúde integral, tomando como ações fundamentais o acolhimento e atenção à alteridade e à ambiência. Assim, pressupõe ações específicas para cada nível de atenção presente na RAS. Para a atenção hospitalar, o PNH recomenda ações como a implantação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH); garantia de visita aberta, da

¹ Charcot na Salpêtrière, Freud no Hospital Geral de Viena e Lacan no Hospital de Sainte-Anne.

presença do acompanhante e de sua rede social; recepção com acolhimento aos usuários; escuta qualificada; equipe multiprofissional de referência para pacientes internados; mecanismos de desospitalização; garantia de continuidade de assistência; entre outras orientações (CFP, 2019). Para uma prática ética, responsável e contextualizada, é importante que os psicólogos que trabalham em hospitais se apropriem do Código de Ética, das resoluções e referências técnicas dispostas pelo CFP, das políticas públicas de saúde, diretrizes do SUS e organização da rede RAS/SUS (CFP, 2019).

Além da expansão das possibilidades de atuação decorrentes da ampliação do conceito de saúde e preconizadas pelo SUS, cabe também destacar que o arcabouço técnico do psicólogo hospitalar deve se ampliar de forma a abranger os diferentes locais de atuação que constituem o próprio hospital, como é o caso das UTIs (MOREIRA; SCHNEIDER, 2017).

A UTI é uma ala crítica do hospital onde se encontram internados os pacientes graves, que carecem de atenção especializada contínua (BRASIL, 2010). De acordo com Moreira e Schneider (2017), o psicólogo que opera nessa área é chamado psicólogo "intensivista" e atua junto ao paciente, à família e à equipe, principalmente, em intervenções de apoio, orientação e psicoterapia. Entre as funções exercidas junto ao paciente estão a assistência psicológica e avaliação da adaptação do paciente à hospitalização, atentando a fatores que podem influenciar seu estado emocional e abrindo espaço para a elaboração do processo de hospitalização. Junto à família e visitantes, o psicólogo atuará acolhendo, orientando e informando as rotinas da UTI, bem como oferecendo-lhes espaço para expressar sentimentos, angústias e questionamentos quanto ao processo de internação. Entre as tarefas do psicólogo junto à equipe está a atenção às demandas solicitadas quanto aos aspectos psicológicos envolvidos na internação do paciente, bem como incentivo à formação de vínculo da tríade paciente-família-equipe, de forma a estimular a adesão e compreensão do tratamento por parte de todos os envolvidos.

Coppus e Netto (2016) descrevem a UTI como um espaço notadamente silencioso e frio, com a presença marcante dos bipes dos aparelhos. Os profissionais - médicos, enfermeiros e fisioterapeutas - e os pacientes, feridos e estagnados em macas, que carecem de cuidados urgentes e imediatos, transitam pelos corredores. Nesse espaço, tanto a vida quanto a morte se fazem presentes em uma relação oscilante marcada pelos esforços profissionais em prol da manutenção da vida, mas também pela iminência constante de morte.

Considerando o caminho que a psicologia tem traçado na cena hospitalar, em que as possibilidades práticas têm se expandido de forma a abranger as demandas do contexto e os diferentes locais de atuação dentro do próprio hospital, nos propomos, neste trabalho, refletir sobre as seguintes questões: quais contribuições a psicanálise pode trazer para a atuação do psicólogo nas UTIs? De que forma as práticas psicológicas no contexto de unidade de terapia intensiva nos oferecem a ocasião para (re)questionar alguns dos fundamentos da teoria psicanalítica?

A partir desses questionamentos, o objetivo geral desta pesquisa é investigar as possibilidades de interlocução entre a teoria e a prática psicanalíticas e o espaço hospitalar, mais especificamente, as UTIs. Como objetivos específicos, propõe-se: (i) analisar as possibilidades de atuação do psicanalista na UTI; (ii) compreender os fenômenos emergentes nesse espaço a partir do olhar psicanalítico; e (iii) examinar o impacto das dinâmicas institucionais na atuação do psicanalista.

Diante do exposto e visto a obrigatoriedade de que cada UTI disponha de ao menos um psicólogo², infere-se que essas unidades podem propiciar espaço fértil para o desenvolvimento de teorias e práticas psicológicas de assistência em saúde. Por conseguinte, a relevância desta pesquisa se justifica a partir de diferentes eixos: as contribuições para a psicologia, para a psicanálise, para a universidade e para a sociedade.

No que diz respeito ao campo da psicologia, a UTI se caracteriza como um ambiente marcado por profundo sofrimento e desamparo, o que convida a investigação psicológica a respeito dos fenômenos psíquicos e relacionais presentes nesse contexto. Além disso, considerando a inserção relativamente recente do psicólogo nos espaços da UTI, estudos dessa natureza contribuem para aprofundar a temática, que vem tomando cada vez mais força e ainda dispõe de inúmeras possibilidades de investigação e discussão.

A partir de um levantamento bibliográfico, pudemos observar a existência de algumas produções que se debruçam sobre as articulações entre psicologia e UTI. Como exemplo, citamos o trabalho de Moreira e Schneider (2017), que analisaram em sua pesquisa o perfil do psicólogo hospitalar que atua em UTIs, ressaltando aspectos relativos à formação nessa área e às intervenções mais utilizadas com paciente, familiares e equipe. As autoras verificaram uma carência na graduação em Psicologia no que diz respeito à atuação intensivista, além da necessidade de adaptação e renovação das técnicas utilizadas em clínica. Já Santos, Almeida e Rocha Júnior (2012) realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de avaliar a

² Obrigatoriedade reconhecida em 2005, pela portaria Ministerial nº 1071.

atuação do psicólogo nesse contexto, destacando aspectos característicos da UTI, da tríade paciente-família-equipe e a articulação de saberes na construção de práticas de saúde.

Nesse mesmo sentido, pensamos que o diálogo mais específico entre a psicanálise e a UTI contribui para a constituição conceitual do campo psicanalítico. No contexto da literatura psicanalítica, pudemos notar que as produções sobre essa temática estão em estado nascente e emergente. Um exemplo é o trabalho de Oliveira (2002), que investiga noções de singularidade, subjetividade, vida e morte a partir da atuação prática em UTI. Outra produção significativa é a obra de Sofio (2014), que direciona a escuta à própria UTI, de forma a mostrar que a escuta psicanalítica pode estar direcionada a uma instituição.

Acerca da pertinência do estudo para a universidade, consideramos a necessidade do desenvolvimento de pesquisas que abordem essa temática a partir do enfoque interdisciplinar. Nessa perspectiva, diante da premência do diálogo da psicologia com outros campos do saber, busca-se subsidiar conhecimentos que abarquem de maneira sistemática a complexidade dos fenômenos que perpassam a existência humana.

Quanto à relevância do estudo para a sociedade, entendemos que o desenvolvimento de pesquisas desse tipo pode ser fundamental para subsidiar a elaboração e discussão de políticas públicas de saúde. Trabalhos como este e aqueles citados são uma forma de chamar atenção para a importância do SUS, e trazer para o debate a necessidade de defender esse sistema, que está atualmente ameaçado tanto pelo setor privado de saúde quanto pelo poder público, e até mesmo por uma parcela da população, que sustenta uma visão estereotipada e carregada de preconceitos quanto ao sistema público de saúde.

CAPÍTULO 1 - REFLEXÕES SOBRE A PSICANÁLISE EM EXTENSÃO

Neste capítulo, serão abordadas questões pertinentes à prática psicanalítica em suas múltiplas dimensões, a fim de introduzir a discussão e fundamentar teoricamente o cenário de pesquisa. Antes de mais nada, cabe delimitarmos o que é a Psicanálise, seus pressupostos teóricos e técnicos, para então discorrer quanto à possibilidade de extensão da clínica psicanalítica.

1.1 A Clínica Psicanalítica

A psicanálise nasce no século XIX em um contexto de desenvolvimento econômico capitalista, que toma por premissa o controle de corpos e desejos. Em contraposição a esse sistema, a teoria psicanalítica propõe tomar o sofrimento psíquico não mais como estigmatizante, mas como elemento estruturante do sujeito (GARCIA-ROZA, 2009). Sofio (2014) destaca a Psicanálise como método interpretativo, a partir do qual Freud desenvolveu toda sua teoria. Suas descobertas não se encerram em si mesmas, mas abrem portas para novas formas de interpretar o mundo, o que Foucault chama de "regra de formação" (FOUCAULT, 1969/2008, p. 195). Assim, toda a diversidade que engloba a psicanálise - psicanalistas posteriores, escolas e teorias - está fundamentada, de alguma forma, nos postulados metapsicológicos³ enunciados por Freud (ZIMERMAN, 1999).

Os modelos de funcionamento do aparelho psíquico são formulados a partir desse ponto de vista metapsicológico. No primeiro deles, conhecido como *primeira tópica* (modelo topográfico), Freud organizou a divisão da mente em três "lugares"⁴: consciente, pré-consciente e inconsciente, sendo o inconsciente responsável por guardar os conteúdos recalçados - reprimidos pela resistência, força opressora que age para que essas ideias não se tornem conscientes. Assim, o conteúdo inconsciente só pode ter acesso à consciência através da passagem pelo sistema pré-consciente, se submetendo às exigências deste último (GARCIA-ROZA, 2009). Inicialmente, Freud acreditava que o inconsciente seria essencialmente constituído de representações, ou seja, o mecanismo do recalque incidiria

³ Embora teoria e metapsicologia sejam termos comumente empregados como sinônimos nos postulados freudianos, a "teoria" tem como objetivo elucidar fenômenos clínicos, e pode ou não ser comprovada pela experiência clínica, enquanto a "metapsicologia" alude ao transcendental, se relaciona a conjecturas imaginativas dificilmente comprovadas na realidade (ZIMERMAN, 1999).

⁴ Lugares metafóricos, não anatômicos.

sempre sobre uma representação (BARATTO, 2002). As pulsões, por exemplo, não poderiam ser recalçadas, mas sim, o representante da pulsão - palavras, sons, imagens, etc.

A *segunda tópica* (modelo dinâmico) não se propõe a sobrepor ou substituir a primeira, mas inaugura uma nova temática: não se trata apenas do recalçado, mas do motivo pelo qual é recalçado (GARCIA-ROZA, 2009). A nova tríade proposta - Id, Ego e Superego - "está voltada para o confronto da libido com algo que lhe é externo: a exigência de renúncia imposta pela cultura" (GARCIA-ROZA, 2009, p. 206). Compete-nos ainda questionar que tipo de questão teórica ou clínica motivou Freud a formular a segunda tópica. A descoberta da pulsão de morte (FREUD, 1920/1996) revela que o inconsciente ultrapassa o campo representacional, o que desperta a necessidade de reformulação do modelo topográfico. Nas palavras de Baratto (2002):

O recalçado constitui-se na borda do que, das pulsões, pode ser capturado pelo aparelho psíquico. Aquém do inconsciente recalçado, lugar da ordem em oposição ao caos pulsional, temos as puras intensidades pulsionais dispersas. Esta forma de pulsão num aquém de toda e qualquer forma de representação e, portanto, de toda e qualquer forma de organização, Freud denominou pulsão de morte (p. 166).

A ideia de pulsão de morte, bem como a noção de Id, inaugura a concepção de que existe no inconsciente algo da ordem do irrepresentável, do incognoscível. Freud formula a segunda tópica a partir do reconhecimento de uma dimensão mortífera funcionando no indivíduo, o que podemos relacionar à discussão da psicanálise na UTI, onde vida e morte se dialetizam - questão que exploraremos mais a fundo no capítulo 3.

1.1.2 Recomendações técnicas

Ainda quanto aos pressupostos psicanalíticos, ressaltamos que a psicanálise se constituiu a partir de uma abordagem clínica, em que teoria e técnica se fundamentam mutuamente. A atividade clínica, enquanto via de acesso ao sujeito do inconsciente, se constitui como o campo da pesquisa psicanalítica (ELIA, 2000). Em outras palavras, "o método psicanalítico se constitui *por* e *na* interpretação: não se pode separar método de resultado clínico" (SOFIO, 2014, p. 25). Pensando nisso, Freud se preocupou em elaborar artigos específicos de técnica psicanalítica, com intuito de oferecer recomendações a quem

viesses a exercer a psicanálise, além de reduzir os casos de interpretação selvagem⁵ na prática analítica.

Mesmo que os outros textos também se ocupassem em aludir a técnica junto à construção teórica, entre os anos 1911 e 1937, Freud publica trabalhos específicos de técnica, entre os quais ressaltamos: *O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise* (1911), *A dinâmica da transferência* (1912a), *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912b), *Sobre o início do tratamento* (1913), *Recordar, repetir e elaborar* (1914), *Observações sobre o amor transferencial* (1915 [1914]), *Análise terminável e interminável* (1937a) e *Construções em análise* (1937b).

No decorrer desses escritos, Freud desenvolve alguns conceitos fundamentais para a situação analítica e recomendações quanto à orientação da análise, mas coloca apenas uma regra fundamental da psicanálise: a *associação livre*. De acordo com essa regra, o analisando deve buscar dizer tudo o que lhe vier à mente (FREUD, 1912a/1996), sem se preocupar com a ordem lógica de conteúdos. Mannoni (1992) sugere que a associação livre pressupõe o abandono de um determinado controle, mas é certo que não podemos esperar que o paciente suprima toda e qualquer tentativa de ordenar o discurso. Associar livremente é um esforço para se livrar das resistências a partir do acolhimento de uma ideia quando esta parece absurda, mas mesmo assim se impõe. Podemos concluir que o objetivo da livre associação não está em produzir um discurso completamente desconexo, e sim, um que não obedeça ao determinismo associativo consciente (MANNONI, 1992).

Além do papel fundamental que a associação livre representa para a clínica psicanalítica, cabe considerarmos também a dimensão política que esse elemento evidencia em relação à instituição médica. Freud, médico inserido em uma sociedade marcada pela medicina clínica, baseada em evidências empíricas e na posição de saber do médico, propõe subverter a posição desse saber. Sugerir que o analisando fale tudo o que lhe vier à cabeça levanta um ponto de vista ético e político de esvaziamento do saber médico e, conseqüentemente, dá lugar ao saber do paciente, ao qual deve ser oferecida uma escuta atenta. Assim, cabe ao analista prestar igual atenção a todos os conteúdos trazidos pelo paciente, sem necessariamente se preocupar se lembrará posteriormente (FREUD, 1912b/1996), o que será chamado de *atenção flutuante*. Além disso, outro requisito destinado ao analista é que mantenha uma postura de *abstinência*, a partir da suspensão de seus valores, desejos e julgamentos (FREUD, 1915[1914]; FIGUEIREDO, 2012).

⁵ Análises precipitadas, diante das quais o paciente poderá desacreditar do analista e do tratamento, e o efeito terapêutico será nenhum (Freud, 1913).

De forma geral, o objetivo da terapia psicanalítica é tornar conscientes os conteúdos inconscientes, fazendo emergir sentimentos e recordações que foram reprimidos pela ação de resistências (GAY, 1989). Mas para o trabalho de vencer essas resistências, não basta apenas revelá-las, é necessário experienciá-las. A *transferência* entre analista e analisando é estabelecida quando esses conteúdos inconscientes aparecem projetados na pessoa do analista, ou seja, o sujeito passa a vivenciá-los na relação com o analista (FREUD, 1912a/1996). Assim, o paciente não simplesmente recorda o conteúdo reprimido, mas o atua. Nas palavras de Freud (1914/1996): "quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado" (p. 90). Dessa forma, pela continuação do trabalho analítico, é importante dar tempo para que o paciente possa entrar em contato com as resistências, elaborá-las e só então superá-las (FREUD, 1914/1996).

As intervenções feitas pelo analista se dividem basicamente em dois tipos: interpretações e construções. A partir da *interpretação*, o analista busca oferecer uma compreensão ampliada que visa o desejo e a fantasia presente na produção do inconsciente exposto no discurso (FREUD, 1911/1996; MANNONI, 1992; MEZAN, 1995). Já a *construção* se traduz como a tentativa do analista de completar (ou construir) o que parece esquecido na fala do paciente, semelhante ao trabalho de um arqueólogo que, ao escavar partes de algo destruído, busca reconstruí-lo (FREUD, 1937b/1996). Não se trata, a partir dessas intervenções, de traduzir ou buscar um sentido oculto presente no discurso, mas de potencializar o surgimento de novas significações, ou seja, produzir algum tipo de movimentação psíquica no paciente que facilite o surgimento de novas lembranças ou associações, dando continuidade ao trabalho (FREUD, 1937b/2006; FIGUEIREDO, 1996).

Assim se dá, de forma breve e demasiadamente simplista, a situação analítica conforme descrita por Freud. Convém lembrarmos que o cumprimento adequado das recomendações técnicas implica ainda a preservação do *setting*⁶ analítico, que pressupõe a criação de uma atmosfera apropriada tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Zimerman (2008) conceitua o *setting* como "a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o processo psicanalítico" (p. 67), enquanto a situação analítica engloba todos os fenômenos que circundam a relação analista-analisando, inclusive, o *setting*. Nesse sentido, o enquadre terapêutico será construído a partir do cumprimento das

⁶ Ou enquadre, na tradução em português (ZIMERMAN, 2008).

recomendações técnicas, do contrato analítico estabelecido, além de combinações referentes a questões práticas: o número de sessões semanais, os dias e horários, tempo de duração da sessão, honorários de pagamentos, o plano de férias, o uso do divã, etc (ZIMERMAN, 1999; 2008).

Quanto à função terapêutica, o papel principal do *setting* consiste na criação de um espaço em que o paciente possa vivenciar velhas e novas experiências emocionais no vínculo transferencial, além de servir para definir os lugares e papéis do analista e do paciente, estabelecendo a assimetria e não-similaridade do par analítico (ZIMERMAN, 1999; 2008). O enquadre funciona também como uma espécie de guardião, de forma a assegurar que esteja vinculado apenas ao paciente aquilo que aparece em análise, buscando excluir ao máximo variáveis externas (SOFIO, 2014).

Dito isso, importa atentarmos para os prejuízos decorrentes da dogmatização enrijecida da descrição do *setting*. É mais valioso que o analista consiga manter o que há de essencial, ao mesmo tempo que considere possíveis flexibilizações, levando em conta as particularidades de cada situação analítica. Isso porque tomar as recomendações como postulados absolutos pode, na verdade, atrapalhar o processo analítico (ZIMERMAN, 1999). Quanto a esse ponto, Zimmerman (1999) pondera:

Não pode ser descartada a hipótese de que, muitas vezes, estes elementos do *setting* possam estar funcionando não mais do que a serviço de uma *fetichização* da análise, onde o que "*parece ser*" substitui aquilo que "*de fato é*", e, por conseguinte, onde vai prevalecer a aparência externa e não a essência visceralmente interna do processo analítico (p. 303).

1.2 Psicanálise em Extensão e o Dispositivo Psicanalítico

Seguindo essa linha de reflexão, busca-se superar dogmatismos rígidos, para que a interpretação psicanalítica chegue a outros contextos nos quais o enquadre clássico não pode ser configurado - como é o caso das UTIs, foco deste trabalho. Consideramos que o processo analítico ultrapassa também as próprias barreiras do consultório e do psiquismo individual, abrangendo leituras do mundo e da cultura (SOFIO, 2014). A psicanálise realizada fora do consultório é prevista desde Freud, e recebe diferentes nomenclaturas: *psicanálise aplicada* em Freud, *psicanálise extramuros* para Laplanche e, em Lacan, *psicanálise em extensão* (ROSA; DOMINGUES, 2010). Fica evidente que a proposta de pensar a psicanálise fora do

consultório não é algo inédito, mas, ainda assim, figura uma temática persistente e controversa entre os psicanalistas.

Freud, em *Psicologia das massas e análise do Eu* (1921/2011), rompe com a oposição entre psicologia individual e social e vincula o sujeito ao laço social (ROSA, 2004) ao afirmar que "na vida psíquica do ser individual, o Outro é via de regra considerado enquanto modelo, objeto, auxiliador e adversário, e portanto a psicologia individual é também, desde o início, psicologia social [...]" (FREUD, 1921/2011, p. 14). Nesse mesmo texto, Freud trabalha, a partir de uma perspectiva coletiva, alguns fenômenos habitualmente tomados como individuais, como a identificação integrada à formação do ideal do eu e ao papel dos grupos e instituições no funcionamento do sujeito (ROSA, 2004), o que traz a possibilidade de refletir sobre fenômenos sociais a partir do olhar psicanalítico.

Ainda assim, pensar a psicanálise extramuros não é uma tarefa simples. Rosa (2004) enfatiza que não se trata da mera aplicação dos conceitos psicanalíticos em outro contexto, correndo o risco de cair na descaracterização conceitual, ou seja, generalização e abrangência imprópria da teoria. A autora assinala que o sujeito do inconsciente não está restrito às manifestações do tratamento psicanalítico, mas está presente em qualquer enunciado, nos acontecimentos da vida diária, como evidencia Freud em *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901/1996). Nesse sentido, cabe ao psicanalista reconstruir o objeto de pesquisa a partir da escuta, observação e interação com a teoria (ROSA, 2004). Nas palavras da autora: "o conceito deve nascer da necessidade própria da trama a que pertence, sem descuidar, em sua formulação, de como este se firma no solo da teoria selecionada para a investigação" (ROSA, 2004, p. 342).

Em síntese, consideramos a psicanálise em extensão, em concordância com o ponto de vista manifesto por Sofio (2014), como um movimento contra a força restritiva de considerar o pensamento psicanalítico enquanto exclusivo à função terapêutica a partir de uma perspectiva singular. A proposta não é esvaziar os consultórios, mas dar continuidade ao projeto de Freud e possibilitar a criatividade e a leitura psicanalítica do homem no mundo, para que a psicanálise não caia em uma "UTI metafórica" (SOFIO, 2014, p. 28), à beira da morte, restrita a engessamentos no seu âmbito de direito.

Lembramos que qualquer atividade psicanalítica é uma atividade clínica, ou seja, se constitui como via de acesso ao inconsciente a partir de uma escuta que visa a descoberta em detrimento da verificação (ELIA, 2000). Para pensar em como os dispositivos analíticos podem operar em espaços outros além do consultório, como é o caso da UTI, cabe considerar

aspectos conceituais referentes ao "dispositivo". O termo ganha definição a partir de Foucault (1979/2008), que o conceitua como a rede heterogênea que se pode estabelecer entre o dito e o não-dito, na qual a relação é flexível e permeada por mudanças de posição, com a função de responder a uma urgência situada em determinado momento histórico (CHECCHIA, 2010).

Assim, entende-se por dispositivo psicanalítico uma rede heterogênea - composta pela associação livre, transferência, diagnóstico, interpretação, abstinência, entre outros elementos, próprios da análise - que se organizam estrategicamente de acordo com a direção do tratamento, seguindo as marcas deixadas pelo inconsciente e visando como finalidade principal a liberdade do sujeito (CHECCHIA, 2010) a partir da fala. O dispositivo psicanalítico se traduz, portanto, como a rede simbólica que articula os diferentes elementos do conjunto que constitui a situação analítica (PALOMBINI, 2006).

Cabe acrescentar que, segundo Elia (2000), Lacan introduz um novo modo de conceber o lugar onde é praticada a psicanálise, antes restrito ao consultório particular, denominando como dispositivo analítico a configuração simbólica que discerne o plano imaginário do plano estrutural que constitui a situação analítica. Assim, esse dispositivo se torna possível em circunstâncias outras que não o consultório, sendo mantidos os elementos simbólicos que constituem a lógica psicanalítica. Para este fim, Figueiredo (1997) propõe condições mínimas para que se reconheça a atividade psicanalítica: uma atuação que considere a realidade psíquica do sujeito, buscando viabilizar a fala a partir de uma relação transferencial que supõe o saber do analista mediante o sofrimento. Além disso, deve ser levada em consideração a temporalidade específica do inconsciente, que não é evolutivo ou linear, mas atemporal. Por fim, o desejo do analista deve estar presente também nessa relação (MACHADO; CHATELARD, 2013).

Diante disso, neste trabalho nos propomos pensar esse dispositivo a partir de uma abordagem que remove o foco do indivíduo e realoca-o na instituição hospitalar. É o que Sofio (2014) chama de "paciente UTI", partindo da proposta de considerar a instituição UTI como fonte de investigação psicanalítica para a qual será direcionada a escuta.

CAPÍTULO 2 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

O presente capítulo objetiva ressaltar algumas características inerentes à instituição hospitalar. Empregamos como foco as lógicas de funcionamento e as dinâmicas relacionais que se desenvolvem entre os atores desse contexto, a relação entre recalçamento e subjetividade que caracteriza os processos hospitalares e algumas reflexões quanto ao lugar ocupado pelo psicanalista nesse cenário.

2.1 A Dinâmica Hospitalar

Para compreender a constituição de laços sociais na instituição hospitalar, tomamos como referência a teoria lacaniana dos Quatro Discursos⁷. Lacan (1969/1992) propõe que a estrutura de todo discurso é constituída por quatro elementos: S_1 - significante mestre; S_2 - o saber, ou seja, a cadeia de significantes; a - mais-gozar e S - sujeito, barrado do significante que o constitui. Esses elementos poderão se organizar ocupando quatro lugares diferentes, sendo eles o agente, o outro, a verdade e a produção. De tal forma, a rotação dos quatro elementos, nos quatro possíveis lugares, configura a estruturação das possibilidades discursivas, a saber: do mestre, da histórica, do universitário e do analista, os quais constituem laços sociais (CLAVREUL, 1983). Em relação a essa temática, consideramos relevante o trabalho de Silva (2017), que elege os discursos do mestre e do analista para tratar das relações presentes no ambiente hospitalar.

Silva (2017) traça um paralelo entre o "discurso do mestre" e o "discurso do médico" no hospital. Lembramos que, como aponta Clavreul (1983), nenhum discurso existente corresponde estritamente a uma das possibilidades discursivas propostas por Lacan. De toda forma, o discurso do médico se constitui como um discurso de poder, que legitima o sintoma e estabelece o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico do paciente (SILVA, 2017). Entretanto, a medicina se propõe a restabelecer o estado de saúde que está de acordo com as normas sociais vigentes, ou seja, a ausência de doença e a cura como objetivo final do tratamento (DE LUCCIA et al, 2015). Assim, entendemos que não são os procedimentos técnicos por si só que dão poder ao mestre, mas o discurso em torno do qual se organizam as práticas médicas.

⁷ Apresentada por Lacan no Seminário 17 (1969/1992).

Sabemos que as relações de poder permeiam toda e qualquer interação humana. O poder, nesse sentido, não é um objeto, mas se configura *na* relação entre os sujeitos, e destes com as instituições. Para Fossi e Guareschi (2004), a condição necessária para a existência de um discurso dominante em determinada instituição são as práticas que o legitimam. No que tange à predominância do discurso médico na ética do cuidado em saúde, "os profissionais da área da saúde tornam-se (re)produtores de uma postura médica que não é imposta, mas sim 'indicada' como um padrão a ser seguido (...)" (FOSSI; GUARESCHI, 2004, p. 37). Isso porque, como explica Han (2019), o poder verdadeiramente fortalecido não se perpetua sob a forma de coerção e neutralização da vontade, mas atua silenciosamente a partir da produção de saberes e discursos que o sustentam e legitimam.

A medicina, então, instrumentalizada pela ciência, ocupa-se em se tornar portadora da verdade, fundamentada na construção de um discurso que privilegia certos fatos, limitando o campo de visão para uma lógica própria. Para esse fim, o médico afasta de sua prática qualquer outro discurso, inclusive o do próprio doente, uma vez que este não se articula com o seu sistema conceitual. Assim, retira-se de cena o sujeito adoecido: em nome da objetividade científica, a subjetividade é excluída do processo - tanto a do médico quanto a do adoecido. Nesse cenário, o sintoma é validado pelo médico, mesmo que seja enunciado pelo paciente, enquanto o diagnóstico marca um lugar de poder como um ato de mestria (CLAVREUL, 1983; SILVA, 2017). O discurso médico se constitui, portanto, como um discurso sobre a doença e não sobre o doente, esquecendo-se, como aponta Canguilhem (2009), que "a medicina existe porque há homens que se sentem doentes, e não porque existem médicos que os informam de suas doenças" (p. 30).

Outro ponto a considerar é o atravessamento da lógica capitalista na prática hospitalar. Os modelos de gestão da saúde estão profundamente marcados pela produtividade e busca por metas e resultados, configurando a chamada "saúde-fábrica" (LITTIKE; SODRÉ, 2015), preocupada com o atendimento em massa a partir da compartimentalização dos serviços. Em virtude dessa configuração excessivamente burocrática, o sujeito é transformado em um objeto de estudo, sem se considerar o saber que ele mesmo carrega sobre si (DE LUCCIA et al, 2015).

Esse modelo não se sustenta diante da concepção integral de saúde, uma vez que "é inviável pensar em metas de atendimentos como sinônimo de competência, conduta aliada à lógica do capital de mais produtividade, em contraposição ao trabalho em saúde que é um trabalho vivo que acontece na relação com o outro" (CFP, 2019, p. 91). O modelo-fábrica foi

pensado para a produção e gestão de objetos sem vida e, por isso, não condiz com o hospital (LITTIKE; SODRÉ, 2015), onde a vida pulsa e a assistência deve estar concentrada na atenção ao sujeito. Diante desse cenário, Machado e Chatelard (2013) levantam o questionamento: como sustentar a prática da psicanálise, que não busca consolar ou "curar" o sujeito, em um lugar que preza quase exclusivamente pela busca da saúde perdida e pelo fim do sofrimento físico?

Retornando a Silva (2017), o discurso do psicanalista se ocupa exatamente do que é deixado à margem pela medicina: o sujeito. O pressuposto é que o paciente experiencia seu adoecimento de uma maneira singular, e seu desejo deve ser sustentado pelo analista no hospital. Nas palavras da autora: "O analista, a partir do discurso do analista, será capaz de se colocar na posição de objeto a fim de provocar o desejo" (SILVA, 2017, p.178), e é a partir do desejo que o paciente poderá se implicar no seu próprio discurso e, conseqüentemente, no seu processo de adoecimento. Passa-se de uma postura do sujeito que sabe, lugar ocupado pelo médico enquanto mestre, para a postura de sujeito suposto saber, lugar do psicanalista (CLAVREUL, 1983).

Nessa mesma perspectiva, Moretto (2019) lembra que é notável a influência do pensamento psicanalítico nas diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito ao resgate da subjetividade na saúde e na conseqüente consideração das singularidades de cada caso. Busca-se implicar o usuário como sujeito ativo, histórico e político, que pode engajar-se na construção de seu projeto terapêutico.

Nas instituições de saúde pública, os casos são regularmente discutidos por uma equipe que conta com profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Em psicanálise, falar de coletivo é apontar para algo que não se sustenta no todo, exatamente porque não existe a ideia de totalidade. Pelo contrário, o sujeito é sempre dividido, marcado por uma falta estrutural, o que se distancia da noção de indivíduo comumente utilizada nas ciências humanas e sociais, que supõe um eu integrado e indivisível. A subjetividade do paciente nunca poderá ser totalmente conhecida, o que ameaça um furo no saber médico da equipe (MORETTO; PRISZULNIK, 2014; DE LUCCIA et al, 2015; FIGUEIREDO, 2004). Dessa forma, mais que produzir uma soma de saberes, a atuação em equipe deve sustentar essa falta e seguir a direção do que Figueiredo (2004) chama de "aprendiz da clínica", colhendo os indicadores para o tratamento a partir das produções do sujeito, ao invés de lhe impor um modelo pronto de reabilitação.

Além disso, cabe considerar que o próprio paciente pode, por vezes, contribuir para seu adoecimento, não necessariamente de forma consciente (MORETTO, 2019), o que torna imperativo implicar o sujeito no seu próprio tratamento. A psicanálise visa, portanto, convidá-lo à responsabilização "pela constituição de seu sintoma enquanto manifestação do inconsciente" (DE LUCCIA et al, 2015, p. 55). Para isso, Figueiredo (2004) propõe que os profissionais de saúde já não se perguntem "o que podemos fazer por ele", mas que questionem "o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte" (FIGUEIREDO, 2004, p. 81).

Essa noção de implicação do sujeito é facilmente articulada com as ideias de protagonismo e singularidade preconizadas pelo SUS. O protagonismo centraliza a produção de saúde efetuada pelo próprio paciente, é a convocação do sujeito em tomar responsabilidade naquilo que o afeta (DE LUCCIA et al, 2015). Nas palavras de Lacan (1966/1998, p. 873): "por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis". Da mesma forma, a singularidade se configura como elemento central na produção de saúde, é uma forma de questionar o ideal universalizante disposto pelo planejamento normativo nas instituições. Isso porque aquilo que é singular não é passível de reprodução, o que desorganiza uma instituição que tem como base as práticas padronizadas (DE LUCCIA et al, 2015).

De Luccia e outros (2015) apontam que é escutando o singular do sujeito que o psicanalista busca saber sobre o desejo do paciente. Além de conhecer o que lhe causa sofrimento, abre-se a possibilidade de compreender o sofrimento psíquico que está incorporado na queixa. Isso "significa implicar o sujeito na verdade de seu sintoma, ou seja, em sua realidade inconsciente" (DE LUCCIA et al, 2015, p. 55) para a produção de uma proposta terapêutica que incorpore a singularidade. Como aponta Moretto (2019), "quando nos dispomos a cuidar, a reconhecer e a escutar o outro em sua radical singularidade, é o modo pelo qual nos interessamos pelas pessoas que faz com que elas valorizem a própria fala" (p. 25).

2.2 Recalcamento, Subjetividade e o Lugar do Analista

Como vimos, o discurso médico é sustentado a partir da exclusão da subjetividade que engloba o paciente e o médico. Quando retorna nesse contexto, a subjetividade excluída obedece à mesma lógica do chamado *retorno do recalçado* (MORETTO; PRISZULNIK,

2014). Para compreender essa relação, cabem algumas considerações quanto à teoria do recalque, a qual Freud se refere como a "pedra angular" que estrutura a psicanálise (JORGE, 2008).

Freud, em "A Repressão" (1915a/2010), considera que, em essência, recalcar um conteúdo significa afastá-lo da consciência, tendo como condição que o desprazer seja maior que o prazer obtido pela satisfação da pulsão. Assim, podemos entender o recalque como um dos métodos de defesa empregados pelo Eu (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Nas palavras de Laplanche e Pontalis, "o recalque produz-se nos casos em que a satisfação de uma pulsão - suscetível de proporcionar prazer por si mesma - ameaçaria provocar desprazer relativamente a outras exigências" (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 430).

De acordo com Jorge (2008), o recalçamento pode ser decomposto em três fases: a fixação, o recalque e o retorno do recalcado. Em um primeiro momento, é negada a entrada de determinado representante psíquico da pulsão à consciência, estabelecendo-se uma *fixação*, ou seja, o representante permanece inalterado e sem acesso à consciência. O *recalque* propriamente dito ocorre depois, a partir da produção de elos intermediários que produzem um afastamento do representante que foi recalcado, permitindo que cheguem à consciência os substitutos do conteúdo recalcado. O *retorno do recalcado* consiste exatamente na manifestação do recalcado na superfície consciente, causando mal-estar, posto que os conteúdos inconscientes, mesmo que distorcidos, não são nunca suprimidos da estrutura psíquica (FREUD, 1915a/2010; JORGE, 2008; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Trazendo esse mecanismo como forma de compreender as relações e dinâmicas estabelecidas no contexto do hospital, podemos pensar que a subjetividade do paciente, que nunca poderá ser totalmente conhecida, escancara a impossibilidade de tudo saber, e por isso é excluída da cena médica. Quando essa subjetividade aparece, como um retorno do que foi recalcado, retorna sob a forma de sintoma, produzindo uma demanda relacionada a certo mal estar. Como método de defesa, o profissional de saúde prefere então não se haver com aquilo que falta, que é próprio do paciente, e que aponta os limites de seu saber. O encaminhamento ao analista aparece como uma conveniente estratégia de defesa que busca evitar um conteúdo que cause desprazer e o confronto com a castração (MORETTO; PRISZULNIK, 2014). Quanto a esse ponto, Alberti (2019) alerta:

É também por estar avisado do inassimilável, ou seja, de que não pode tudo curar, que o médico às vezes se defende da emergência de todo sinalizador do mal-estar, inclusive o seu próprio. [...] É preciso poder deparar-se com a

angústia provocada pelo não saber, pelo impossível de tudo saber, pelo saber não todo (p. 7).

No mesmo sentido, Moretto (2019) afirma que, nas instituições de saúde marcadas pela padronização e burocratização dos processos, a psicanálise sugere uma inversão de perspectiva ao propor que o arriscado, na verdade, é a exclusão da subjetividade. A simbolização que o sujeito faz de sua própria doença terá influência direta no tratamento, uma vez que "[...] tanto os fenômenos psíquicos como os fenômenos orgânicos interferem no processo de adoecimento, tomando o sintoma corporal como uma mensagem a ser decifrada" (SILVA, 2017, p. 175).

Para isso, faz-se pertinente considerarmos a diferença entre a história e o caso do paciente. Figueiredo (2004) explica que o relato clínico que o paciente apresenta, que é rico em detalhes, cenas e conteúdos, configura sua história. Já o caso é aquilo que se extrai de seu relato, é uma construção que toma como base os elementos que recolhemos de seu discurso, considerando ambas as dimensões da fala: o enunciado (os ditos pelo paciente), e a enunciação (a forma de dizer). Assim, a partir das produções de discurso pela via da associação livre, são colocados em jogo os significantes que determinam o sujeito, possibilitando a emergência subjetiva.

Mas se a subjetividade é recorrentemente recalcada nesse ambiente, como será possível oferecer um atendimento integral ao paciente? Além da exclusão da subjetividade em prol de uma suposta objetividade científica, cabe questionarmos outros motivos para a construção de resistência em torno dos processos subjetivos emergentes na cena hospitalar.

Gonçalves (2012) comenta que o processo de humanização dos serviços de saúde não se reduz a mudanças de atitudes, mas refere-se a um posicionamento ético que oferece ocasião para a emergência do sujeito. Para isso, a autora sugere que a assistência humanizada inclua no tratamento a história de vida daqueles envolvidos no processo: paciente, família e equipe. Entretanto, "[...] sustentar uma posição que propicie a emergência do desejo, nos faz confrontar-nos com nosso próprio desejo e nos deparar com muitas resistências, já que uma clínica dessa natureza nos remete a finitude inerente a nossa própria condição humana" (GONÇANVES, 2012, p. 139).

O psicanalista que atua no hospital encontra um *setting* quase irreconhecível quando comparado ao consultório tradicional. Machado e Chatelard (2013) assinalam que a falta de salas para atendimento, que ocorre muitas vezes nos corredores e escadarias, a ausência do divã, a temporalidade diferenciada do atendimento, tudo isso aponta para a necessidade

criativa do analista, fundamentado rigorosamente no saber psicanalítico para inventar meios para a instauração dos dispositivos psicanalíticos nesse espaço. Nesse sentido, as autoras destacam "a ideia de que o que legitima o trabalho analítico no hospital é o próprio psicanalista, que deve sustentar a existência do inconsciente a partir dos próprios dispositivos psicanalíticos" (MACHADO; CHATELARD, 2013, p. 149).

Sobre sua presença no hospital, Figueiredo (2004) aponta que pode ser vantajosa quando ele se apresenta como um aprendiz sobre o caso, sobre o sujeito, não lhe oferecendo um tratamento ou modelo pronto de reabilitação, e convocando a equipe a fazer o mesmo. Para melhor teorizarmos sobre o lugar que o psicanalista ocupa nesse espaço, optamos por dividir sua posição frente ao paciente e frente à equipe. Entretanto, lembramos que essa divisão não se sustenta na prática, visto que a atuação do analista está amparada em um posicionamento ético frente à instituição de saúde como um todo. De acordo com Moretto (2019), a transferência é o potencial transformador da atuação do analista no espaço hospitalar, e é a partir do manejo dessa transferência que o analista poderá ou não construir seu lugar diante da instituição.

2.3.1 O analista frente ao paciente

Quando falamos sobre a posição ética em psicanálise, falamos sobre a ética do desejo. A função do analista é buscar o singular, a diferença que se encontra no caso, questionando a tendência universalizante do cuidado e fazendo emergir o desejo de cada sujeito no seu processo de saúde (DE LUCCIA et al, 2015; MACHADO; CHATELARD, 2013). Por esse mesmo motivo, De Luccia e outros (2015) lembram que a escolha do profissional referente, que tomará a frente do caso, não deve ser prévia ou aleatória, mas deve ser feita *a posteriori*, a partir do estabelecimento da transferência do paciente com algum profissional da equipe.

Para Lacan (1964/1988), o estabelecimento da transferência não é função restrita do analista, mas do paciente, que constrói na figura do profissional alguém que sabe sobre ele, ao que Lacan nomeou como *sujeito suposto saber*. Diante da hegemonia do modelo biomédico, no hospital, a transferência costuma se dirigir, inicialmente, à figura do médico, mas o estabelecimento de outras relações transferenciais se firma a partir do espaço de escuta que é oferecido por todos os profissionais da equipe (DE LUCCIA et al, 2015).

Outro ponto a considerar é que, no contexto hospitalar, em que o psicanalista muitas vezes é acionado diante da dificuldade da equipe em lidar com a subjetividade, é preciso atentar para o potencial traumático das experiências vividas pelo paciente. De acordo com

Moretto (2019), a natureza do acontecimento em si não configura o trauma, mas sim a forma como essa experiência encontra (ou não) reconhecimento pelo outro. Sabendo disso, o psicanalista procura estar atento ao reconhecimento do sofrimento do paciente, buscando facilitar o processo de elaboração. Para isso, vai operar com a transferência e a interpretação, levando o sujeito a produzir, a partir de sua própria fala, um saber sobre o inconsciente (MACHADO; CHATELARD, 2013).

2.3.2 O analista frente à equipe multidisciplinar

Para pensar o trabalho em equipe nesse contexto, podemos nos apoiar na concepção de "nós" sugerida por Foucault (1984). Para ele, a formação do "nós" deve suceder a questão a ser respondida, como resultado provisório à problemática previamente formulada, e não o contrário. Seguindo a mesma linha de raciocínio, a combinação de conhecimentos e práticas a serem utilizadas em determinada situação, com determinado paciente, não devem prescindir a existência deste, mas devem ser pensadas e articuladas a partir do momento que se conhecem as demandas específicas do sujeito, buscando a formação, como aponta Palombini (2006), de uma comunidade de ação.

Moretto (2019) evidencia que entrada e inserção no ambiente hospitalar não são a mesma coisa. Estar inserido não se reduz a estar contratado, mas envolve o campo da relação transferencial estabelecida entre analista e equipe, o tipo de demanda que os profissionais o dirigem, a forma como esta é escutada e respondida pelo analista, além do interesse da equipe em acompanhar esse processo. Nas palavras de Moretto (2006), "o tipo de demanda dirigida ao analista decorre da relação que a equipe de saúde estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria" (p. 59).

Nesse sentido, cabe também diferenciarmos encaminhamento e demanda, visto que encaminhar não envolve necessariamente uma demanda de saber. A possibilidade de inserção do analista na instituição é possível caso o encaminhamento venha acompanhado do desejo de saber sobre, ou seja, quando a equipe espera um retorno do saber do analista. Pelo contrário, se o encaminhamento ao serviço de psicologia for resultante da dificuldade da equipe no manejo da subjetividade, sem uma demanda de saber, encontramos um trabalho isolado do analista, não inserido na instituição (MORETTO; PRISZULNIK, 2014). Além disso, cabe também lembrar que, mesmo que a equipe encontre dificuldade no manejo da subjetividade, não significa que se interesse em superá-la (MORETTO, 2006).

No que diz respeito ao que é solicitado do psicanalista pela equipe, Machado e Chatelard (2013) apontam que são frequentemente usadas palavras como "eliminar", "acalmar", "convencer" com o intuito de *eliminar* determinada manifestação psíquica, *acalmar* alguma reação de angústia e sofrimento ou *convencer* o paciente a realizar um procedimento ao qual se mostre resistente. Diante desse tipo de solicitação, o analista deve sustentar seu posicionamento ético e não ceder a uma prática que vise a padronização. O desafio é, portanto, sustentar esse lugar de aprendiz com os demais campos de saber que compõem a equipe interdisciplinar, buscando juntos estratégias de cuidado que possam (re)introduzir o lugar de sujeito na produção de saúde (MORETTO, 2019).

CAPÍTULO 3 - A UTI

As UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) são os locais do hospital onde estão internados os pacientes graves, que serão submetidos a procedimentos sofisticados para tentar reverter seu estado de saúde. Atualmente, costumam ser setorizadas de acordo com a especialidade médica, podendo haver várias UTIs em um mesmo hospital. Em geral, podemos identificar algumas semelhanças na estrutura desses espaços: a presença de ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, profissionais com diferentes formações - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, entre outros - e altamente especializados.

De acordo com Oliveira (2002), alguns rituais chamam atenção no processo de admissão. A perda das roupas, que são substituídas pela vestimenta hospitalar, parece estar relacionada a outras perdas: a da saúde, da autonomia e da identidade, que revelam o estado de desamparo total que o paciente internado muitas vezes se encontra. Nesse momento, são oferecidas informações breves aos acompanhantes quanto ao funcionamento da UTI. Mesmo assim, tanto paciente quanto acompanhantes se vêem em um espaço completamente estranho, tenso, que cheira a desinfetante e onde ecoam ruídos desconhecidos vindos dos diversos aparelhos técnicos. Apesar de todas essas características em comum, cada UTI tem sua particularidade, e será compreendida pelos pacientes e familiares de acordo com suas próprias percepções singulares.

Para o analista que se propõe a adentrar o âmbito do hospital, a UTI pode ser um espaço tanto violento quanto atraente. Ali estão intensamente presentes o sofrimento, a dor, a tensão, a iminência da perda e o constante estado de atenção e vigília (SOFIO, 2014). Neste capítulo, abordaremos algumas questões pertinentes a esse contexto, verificando os processos de dessubjetivação do sujeito, a manifestação da urgência e a temporalidade específica da UTI, bem como reflexões no tocante à dimensão de vida e morte que permeiam esse espaço.

3.1 Dessubjetivação do Sujeito

Ao discorrermos sobre as tentativas de humanizar os serviços de saúde, podemos pensar ainda a partir de outra perspectiva: a da hiper-humanização, uma humanização que aniquila o homem, mesmo ele sendo o responsável por sua condição. Tentamos controlar cada vez mais o meio ambiente a partir da criação de tecnologias de ponta e máquinas

altamente qualificadas, que, na verdade, acabam por excluir o homem (SOFIO, 2014). Podemos pensar os espaços da UTI com base nessa perspectiva, onde são feitos todos os esforços para a manutenção da vida a partir de equipamentos, procedimentos e profissionais cada vez mais especializados. Mesmo sendo estas criações humanas, é possível que, no hospital, a UTI seja o espaço mais dessubjetivado, onde o paciente é reduzido a um corpo, "coisificado", trazendo uma quase completa anulação do sujeito. Secchin (2006) nos lembra que, em condição máxima de dependência e desamparo, o paciente, despido não só de suas roupas, mas de seus desejos e de sua identidade, é muitas vezes referido como um leito ou como uma doença.

Paradoxalmente, considera-se morto alguém que está vivo. Em outras palavras, é esperado que o paciente, que luta vigorosamente pela vida, permaneça em silêncio, apático, semelhante à condição de morte. Para ser bem visto e tentar atingir esse ideal de sujeito medicalizado, o paciente, vulnerável, submisso e dependente, muitas vezes se priva da palavra, como se as reclamações e os choros fossem inconvenientes, como se a subjetividade fosse, de alguma forma, inconveniente. Espera-se que não se comporte como uma pessoa que tem sua vida transformada abruptamente (OLIVEIRA, 2002; SOFIO, 2014). Nas palavras de Oliveira (2002): "a vida do paciente beira a morte e o silêncio" (p. 7).

Frequentemente, silenciam-se também as informações disponibilizadas ao enfermo quanto ao seu próprio estado clínico. Pressupõe-se que ele não deseja saber, principalmente se o prognóstico não for favorável, o que nos possibilita supor que a própria equipe resiste em aceitar o destino do tratamento. Além disso, mesmo quando são passadas as informações, muitas vezes os termos técnicos utilizados não são acessíveis aos pacientes e familiares, o que dificulta a compreensão (OLIVEIRA, 2002).

Privado da manifestação de seus sofrimentos, o paciente não encontra espaço para representar suas pulsões, não pode dizer o que quer dizer, a não ser pela via do sintoma⁸. Não é incomum, por exemplo, que a sobrecarga de tensões e incompreensões sobre o funcionamento da UTI, atrelada ao silêncio esperado do paciente, seja revertida em efeitos patológicos em seus órgãos. Por esse motivo, percebe-se que a perspectiva psicanalítica se faz essencial na busca pelos sentidos que constituem o sintoma, uma vez que a maneira como o sujeito se relaciona com seu corpo, com a vida e com seu sofrimento se fazem presentes na constituição de sua enfermidade. O sintoma não é sintoma sem o sujeito, assim como o

⁸ O que não é uma situação específica do paciente em UTI, uma vez que o sujeito comumente só consegue dizer o que quer dizer pela via do sintoma.

sujeito não o é sem o sintoma (COPPUS; NETTO, 2016; FIGUEIREDO, 2004; SOFIO, 2014).

Para melhor compreensão dessa perspectiva, Oliveira (2002) propõe uma analogia entre a UTI e o útero materno. Na UTI, assim como no útero, são controladas as condições a que o paciente é submetido, o ambiente externo provê todas as suas necessidades. Esse ambiente possibilita que se possa viver de novo, mas isso exige que a pessoa, à semelhança do bebê ao nascer, "respire por si mesma e que, nas vias do desejo, (re)viva" (OLIVEIRA, 2002, p. 9). A partir da condição de internação e das consequências da doença, o paciente em UTI se vê diante da incerteza quanto à sua vida depois da internação, se ainda terá seu emprego, se será um fardo para a família, entre outras perdas de garantias que o sustentavam no passado. A ruptura abrupta da dinâmica familiar, muitas vezes, é também fonte de angústia para a díade paciente-família, enquanto os conflitos psíquicos vão se atualizando na situação de internação. Será necessário que esse sujeito ressignifique sua vida e, de certa forma, aprenda novamente a respirar sozinho. De acordo com a autora, ambos (bebê e paciente) dependem, para que possam emergir na condição de (re)nascimento, de um ambiente que, além de satisfazer suas necessidades de alimentação, temperatura, luminosidade e suporte no momento de desamparo, responda também à demanda de amor. Podemos concluir que a demanda dirigida à equipe de saúde é mais do que uma demanda de necessidades, assim como a dimensão orgânica do corpo doente não é suficiente para direcionar um tratamento (AZEVEDO, 2018; OLIVEIRA, 2002).

Por outro lado, não faz sentido falarmos da dessubjetivação do paciente sem nos atentarmos também para a posição subjetiva da equipe de saúde no processo de adoecimento, que é chamada a calar seus sentimentos e apagar seus traços subjetivos, sustentando uma posição de saber e neutralidade. As pressões hierárquicas apontam para os dois lados de uma mesma moeda: a onipotência e a impotência que configura o saber. De um lado, o discurso médico como aquele que tudo sabe, tudo pode, tudo controla. Do outro, o encontro com a impotência diante daquilo que ameaça a vida: a morte. É construída uma relação dialética entre os sentimentos de onipotência e impotência, visto que o sujeito que se sente impotente, em algum lugar da sua fantasia, acredita que deveria ser potente. Assim, não se trata de atacar o saber médico e tentar colocá-lo em inferioridade, mas de analisar os efeitos desse discurso nas práticas de cuidado em saúde (COPPUS; NETTO, 2016; SOFIO, 2014). Sobre a morte da subjetividade, Sofio (2014) pontua: é "matada do humano no paciente e morrida no cuidador da saúde" (p. 54).

Nesse mesmo sentido, a autora fez uma análise dos procedimentos de assepsia e esterilização dos instrumentos, que não pareciam estar associados somente à higienização e impedimento de contaminações. Os jalecos, por exemplo, brancos e impecáveis, que supostamente seriam uma barreira contra bactérias e germes, são algumas vezes utilizados em outros espaços públicos, como refeitórios e ruas, e sequer aparentam lavados. Dessa forma, a assepsia médica, por vezes, parece estar mais a serviço de uma assepsia psíquica que, diante de um sofrimento tão cru e devastador, tenta afastar o pensamento e esterilizar o contato com o outro. Mas nem o jaleco, nem o inconsciente são assépticos. Sobre esse ponto, Gonçalves (2012) sinaliza que:

[...] sustentar uma posição que propicie a emergência do desejo, nos faz confrontar-nos com nosso próprio desejo e nos deparar com muitas resistências, já que uma clínica dessa natureza nos remete a finitude inerente a nossa própria condição humana (p. 139).

O reconhecimento da condição humana dos pacientes parece proporcionar ao profissional uma vivência angustiante. Isso porque constatar o estado de extrema dependência e fragilidade do outro ameaça sua própria existência, assim como entrar em contato com a experiência da morte do paciente pode fazer emergir a consciência da própria morte. Estabelece-se, então, uma tentativa de fugir do confronto com a morte, deixando o paciente de lado e lidando de forma abstrata apenas com a doença de um determinado leito (DECAT DE MOURA, 1996; OLIVEIRA, 2002).

Nessa perspectiva, o sentido da atuação do analista envolve abrir espaço para a fala do sujeito e rearranjar os significantes do seu discurso que dão base para ressignificar o processo de adoecimento. Buscar entender o lugar que os elementos presentes nessa vivência - os medicamentos, a doença, seu corpo, o médico - ocupam, contribui para compreender a posição subjetiva do paciente e torna possível auxiliá-lo a lidar com as perdas e com o sofrimento emergente. Junto à equipe, nesse contexto em que a morte, representante da castração, está tão incorporada no dia a dia, o analista se esforça para facilitar a emersão do que foi barrado do sujeito, como efeito da castração simbólica. O analista deve escutar, e, a partir disso, possibilitar que os próprios profissionais escutem o que está velado em suas falas e práticas (COPPUS; NETTO, 2016; FIGUEIREDO, 2004). O desafio que ainda se apresenta é que o analista sustente essa posição mesmo diante da temporalidade específica e urgente da UTI.

3.2 A Urgência na UTI

Para tratarmos da urgência que marca o cotidiano da UTI, podemos dar um passo para trás e definir, primeiramente, o que é urgência. De acordo com Calazans e Bastos (2008), quando caracterizamos algo como urgente significa dizer que não pode ser adiado, deve ser atendido o quanto antes. Se buscamos compreendê-la a partir de conceitos psicanalíticos, podemos associar a urgência à angústia, que, definida por Lacan (1962-1963/2005) como a irrupção do real no simbólico, reivindica uma resposta rápida a esse encontro possivelmente traumático.

No hospital, a urgência da equipe de saúde tem a ver com a pressa em tratar o mal-estar do paciente o mais rápido possível. A UTI, em especial, é a última instância que pode restabelecer o estado de saúde do paciente, não há outro lugar a que ele possa ser encaminhado. É possível, então, compreender a exigência de perfeição a qual a equipe médica é submetida, e o ideal de assepsia psíquica no qual se estabelece o encontro com o outro. No entanto, o sujeito que procura o atendimento, além de buscar também uma solução rápida para sua enfermidade, está a serviço de uma temporalidade diferente e introduz uma outra urgência: a subjetiva (AZEVEDO, 2018; SOFIO, 2014).

A urgência subjetiva é a demanda do sujeito que, em crise, se vê diante de uma ruptura temporal e do potencial surgimento de algo da ordem do traumático. Em um espaço que impera a massificação dos corpos, a dimensão singular necessária para fazer emergir o sujeito é deixada de lado, o que se torna um obstáculo na elaboração da nova realidade em que o paciente se encontra (CALAZANS; BASTOS, 2008).

Em *O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada*, Lacan (1966/1998) nomeia três tempos: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir. Na urgência, há um colapso entre o instante de ver e o tempo de compreender. O não-tempo na UTI, muitas vezes, não permite que o paciente possa considerar o que está acontecendo (AZEVEDO, 2018; CALAZANS; BASTOS, 2008, SOFIO, 2014). Azevedo (2018) explica que "[...] diante do encontro desvelado com o real do corpo, sem as amarrações simbólicas e imaginárias, passamos da urgência de um corpo adoecido por sua ferida para uma urgência subjetiva, um sujeito adoecido em sua palavra" (p. 209). Em outras palavras, os pacientes, tomados pela urgência e extrema angústia, demonstram uma obstrução da cadeia significante. A fala é obstaculizada e o vazio é instaurado de forma a cristalizar o paciente, muitas vezes, impossibilitando uma saída para o sujeito (AZEVEDO, 2018).

Introduzir outro tempo na pressa característica da UTI é essencial para que o sujeito possa dar início à compreensão sobre o seu sofrimento. O papel do psicanalista na urgência subjetiva é encontrar momentos na rotina da UTI em que se possa dar uma pausa na pressa e oferecer ocasião para que o sujeito fale sobre seu mal-estar. O objetivo é que ele comece a delinear uma saída perante o encontro com o real assustador e que possa dar um contorno ao que se apresenta, através do acolhimento e escuta diferenciada que busca extrair o que foi esmagado do sujeito na subtração da palavra. Para isso, devemos estar atentos para a escuta dos significantes eleitos pelo sujeito. O paciente será convidado, sem garantias, a inventar uma forma de se haver com o insuportável, e o psicanalista, nessa posição, funcionará como um destinatário da palavra, que abre ao sujeito um espaço de criação da possibilidade da representação de si (AZEVEDO, 2018; CALAZANS; BASTOS, 2008).

A intervenção médica é urgente no sentido da pressa, marcada pelo tempo cronológico. A intervenção da psicanálise é também urgente e imediata, mas organizada a partir da pausa, para que o sujeito possa emergir por intermédio da palavra. Sem a pausa, o paciente não tem tempo para se apropriar da dor que é sua, não consegue considerá-la. Não se trata de esgotar as possibilidades de elaboração ali, na UTI, onde o tempo de contato com o paciente é imprevisível, mas de começar um trabalho de (res)significação para que o traumático não se torne um destino para o sujeito. O trauma em UTI está relacionado à proximidade com a morte, essa que é irrepresentável. As pausas e intervalos são necessários para que o sujeito não perca a possibilidade de autorrepresentação (AZEVEDO, 2018, SOFIO, 2014).

Ainda quanto à questão do trauma, lembramos que Moretto (2019) aborda a dimensão da invisibilidade do sujeito no campo da alteridade como potencial constituinte de uma experiência enquanto traumática. Nesse mesmo sentido, Sofio (2014), ao relatar sua experiência como psicóloga em UTI, comenta que a simples percepção da angústia de um paciente por parte do analista, constatada por ele na relação transferencial, pode ser suficiente para propiciar uma sensação de alívio. De acordo com a autora, a função terapêutica se ampara, entre outras atribuições e na medida do possível, na tentativa de emprestar-se ao outro, para que sejam refletidos os sentimentos e dinâmicas psíquicas do paciente a partir do campo transferencial.

3.3 Vida e Morte

Oliveira (2002) aponta que as discussões que vêm sendo construídas acerca da morte têm enfatizado a dimensão do tabu, a medicalização da morte, a dignidade envolvendo o fim da vida, entre outros aspectos. Mas um tema em comum parece se destacar: o silêncio que circunda o morrer. Atualmente, a sociedade tende a expulsar a morte do cotidiano. Não se anuncia mais o falecimento na cidade, a não ser de pessoas famosas ou de algum caso que chame atenção pelo caráter horrendo do ocorrido. Para a notificação geral do óbito, é reservado apenas um pequeno espaço nos jornais, que poucas pessoas leem. O hospital se torna o local ideal para morrer solitária e silenciosamente.

Com esse silenciamento coletivo, obstrui-se o contato e o reconhecimento da limitação da vida enquanto parte constituinte da existência humana. Até onde sabemos, a nossa espécie é a única que tem consciência de sua finitude, mas dizer que a morte é consciente não quer dizer que é compreendida. É empreendido um esforço imaginário para dar conta do irrepresentável que circunda a morte e do desconhecimento do além, o que impulsiona a busca por continuidades pós-vida. Na tentativa de lidar com o mal-estar angustiante que faz parte dessa crise, são realizados ritos que oferecem algum tipo de consolo e esperança (OLIVEIRA, 2002).

A partir do silêncio estabelecido acerca da morte, a vida ganha maior valor e passa a ser defendida a todo custo. Nos hospitais, e principalmente nas UTIs, é travado um verdadeiro cabo de guerra com a morte. Para combater a doença, concebida como inimiga, uma equipe é formada, munida de armas que envolvem os procedimentos especializados e a tecnologia de ponta, e utilizando-se de expressões que até remetem aos espaços de batalha, como "infiltração", "bactérias/vírus invasores" e "jogar a toalha". Toda a equipe é unificada buscando o mesmo objetivo: salvar vidas. Mas nesse combate, os indivíduos muitas vezes se esquecem - ou tentam se esquecer - de si mesmos, e, conseqüentemente, da sua própria condição de finitude. Para isso, distanciam-se da condição humana do paciente, porque entrar em contato com a morte do outro anuncia a sua própria (OLIVEIRA, 2002; SOFIO, 2014).

Paradoxalmente, todo o preparo e saber que a equipe médica constrói deixa-a, muitas vezes, desamparada. A UTI se torna um espaço ambíguo regido pela busca de controle, através dos avanços médicos-científicos, que apontam exatamente para a falta de garantias e para o imprevisível que impossibilita o domínio sobre tudo. O profissional dedica-se incessantemente à busca de conhecimento e ocupa o lugar de poder reverter o destino do

paciente, ao mesmo tempo que se depara com os limites de sua atuação. Nem sempre consegue diagnosticar, nem sempre consegue salvar. Nesse espaço, vida e morte pulsam em conjunto: ao mesmo tempo que os esforços da equipe apontam na direção da luta pela vida, a constante ameaça de morte evidencia a castração e traz à cena a fragilidade e limitação da existência humana (COPPUS; NETTO, 2016; OLIVEIRA, 2002).

Mathelin (1999) discorre sobre a pulsão de morte e o desejo de vida na UTI. Aqui se coloca um desafio para os profissionais de saúde que, muitas vezes, centralizam o foco do trabalho no corpo do paciente: entender que existe uma parte do sujeito que pode não desejar a vida. Para além de aparelhos e tecnologias, a dimensão do desejo que opera nos pacientes internados produz efeitos nos resultados do tratamento. Aqueles que sobrevivem, muitas vezes o fazem exatamente pelo desejo de viver, mas não podemos deixar de considerar o sujeito que escolhe, mesmo que pelas vias do inconsciente, pelo fim da vida. Perante o cenário de valorização suprema da vida, não parece concebível aos profissionais de saúde que alguém desejaria morrer, dados todos os seus esforços para restabelecer a saúde orgânica. Supõe-se que todos os pacientes desejam viver, um engano de base que impulsiona o estabelecimento de mais um embate. O corpo deve ser reanimado, mas isso não basta muitas vezes. É necessário atentar também ao sujeito enquanto ser desejante e permitir que sublima suas pulsões de morte. E assim podemos traçar uma grande diferença da atuação do médico em comparação à atuação do psicanalista, este para quem não interessa necessariamente o real do corpo, mas como o paciente subjetiva esse real. O analista deverá oferecer ocasião para que o paciente possa dar sentido à experiência de dor e sofrimento trazida pela doença (OLIVEIRA, 2002; SILVA, 2017; SILVA; ROCHA, 2008).

Atuar nos espaços da UTI é, segundo Coppus e Netto (2016), estar constantemente diante do que é pavoroso, onde se torna clara a ociosa relação entre vida e morte, assim como no aparelho psíquico, no qual, de acordo com Freud (1920/1996), as pulsões de vida e de morte se entrelaçam. Em *Os Instintos e suas Vicissitudes* (1915b/2010), Freud descreve a pulsão como "o representante psíquico dos estímulos que se originam de dentro do organismo e alcançam a mente" (pág. 127), que buscam a satisfação a partir da redução máxima de quantidade de estímulos no aparelho psíquico, mantendo a excitação estável ou constante. O dualismo pulsional de vida e morte é inaugurado em *Além do Princípio do Prazer* (1920/1996), no qual Freud comenta a existência de duas forças pulsionais conectadas e contrapostas. De maneira geral, a pulsão de vida (Eros) está relacionada à conservação e prolongamento vital, enquanto a pulsão de morte manifesta-se a partir da agressividade e

destrutividade, movimentando-se em direção a um estado inorgânico. Apesar de opostas, é a fusão entre ambas as pulsões que possibilita a dinâmica psíquica (COPPUS; NETTO, 2016; SECCHIN, 2006).

Nas palavras de Secchin (2006), "da oposição e dualidade entre pulsão de vida e pulsão de morte, nasce a dinâmica responsável pela vida do sujeito, que constitui o ponto primordial das vias do seu desejo, e dos desejos de vida e de morte" (p. 229). Em interação, a vida continua pulsando de acordo com a condição subjetiva do paciente. Ao tentar resgatar a condição de sujeito desejante, torna-se possível que o paciente se implique no seu processo de adoecimento, no tratamento e na vida. A psicanálise atua nesse contexto no sentido de possibilitar uma direção para que o paciente, "diante da emergência do trágico, do acidente, do vazio, possa fazer borda pela via da urgência do desejo" (SECCHIN, 2006, p. 228).

Diante dessa discussão, percebemos que não se trata de privilegiar a condição subjetiva de um ou de outro ator que compõe a cena da UTI, mas de buscar formas para lidar e conciliar todos os sentimentos que ali surgem: o desamparo do paciente, a incerteza dos familiares, a negação da equipe de saúde, entre tantos outros. Todas essas produções têm lugar no campo subjetivo que constitui a UTI e deverão ser consideradas na busca por práticas de saúde atentas à condição de sujeito de todas as partes ali presentes.

CAPÍTULO 4 - MÉTODO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos como estratégia metodológica os princípios da Análise de Discurso, em articulação com os aportes teórico-metodológicos da psicanálise. Para melhor compreensão sobre a construção e análise do material, cabe delimitarmos alguns pressupostos teóricos referentes à pesquisa psicanalítica e à Análise de Discurso enquanto escolha metodológica.

Como vimos, a psicanálise fora do consultório não consiste meramente na aplicação da teoria clínica psicanalítica em outros espaços, mas é também parte constituinte do saber psicanalítico (ROSA; DOMINGUES, 2010). Mesmo assim, é pertinente enfatizar que toda pesquisa psicanalítica se constitui como pesquisa clínica, não pelo espaço em que transcorre, mas porque o acesso ao sujeito do inconsciente se dá exatamente a partir da prática clínica por meio da linguagem. Nessa prática, ambos, pesquisador e objeto, envolvidos em uma relação dialética, se transformam a partir do processo de pesquisa. O objeto é compreendido e desconstruído pelo olhar psicanalítico do pesquisador a partir da busca por sentidos e significados velados nas práticas e dinâmicas relacionais de rotina. O pesquisador, por sua vez, é afetado e modificado na medida em que encontra novas formas de olhar, amplia sua compreensão e passa a ser capaz de ver o que antes não via (FIGUEIREDO; MINERBO, 2006).

Figueiredo e Minerbo (2006) lembram que a psicanálise é, ao mesmo tempo, a investigação de processos mentais inconscientes, um processo terapêutico e uma gama de conhecimentos nunca prontos, mas em constante expansão e reformulação. A pesquisa em psicanálise busca contribuir, portanto, para a construção desse conhecimento, a partir da utilização de alguns conceitos psicanalíticos para constituir um saber acerca de fenômenos sociais e subjetivos. Nas palavras de Rosa (2004), "o método psicanalítico vai do fenômeno ao conceito, e constrói uma metapsicologia não isolada, mas fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa" (p. 341). Por esse motivo, a escuta psicanalítica se faz possível em dinâmicas outras que não o tratamento, como entrevistas, depoimentos e diálogos, se forem mantidos os fundamentos base da psicanálise (ROSA; DOMINGUES, 2010).

Nessa perspectiva, faz sentido ressaltarmos que o autor não é neutro nesse processo. Isso porque o desejo do pesquisador não é excluído, mas tomado como parte constituinte dos "dados", que são construídos a partir da relação transferencial estabelecida entre o

pesquisador e o participante. Dessa forma, não se trata de corroborar com a proposta positivista de buscar por um dado a ser observado e revelado, mas de construir as informações a partir da relação transferencial que supõe a escuta mútua entre pelo menos dois inconscientes (ROSA; DOMINGUES, 2010). Por esse motivo, Iribarry (2003) sugere que nunca poderia existir uma sistematização generalizada e única de investigação, uma vez que, assim como na prática analítica, o pesquisador constrói seu estilo próprio, filiado à vertente do método freudiano. Contudo, o manejo transferencial em uma situação de pesquisa se diferencia do contexto de tratamento. O pesquisador psicanalítico fará uso da transferência instrumentalizada, que é definida por Iribarry (2003) como:

[...] o processo por meio do qual o pesquisador se dirige ao dado de pesquisa situado pelo texto dos colaboradores e relaciona seus achados com a literatura trabalhada e procura, além disso, elaborar impressões que reúnem as suas expectativas diante do problema de pesquisa e as impressões dos participantes que forneceram suas contribuições na forma de dados coletados (p. 129).

A experiência de construção de dados é então convertida em texto, que vai além da transcrição circunstancial, mas se preocupa em identificar marcas no discurso, significantes e efeitos de sentido (ROSA; DOMINGUES, 2010). Para essa etapa de análise dos dados, elegemos a Análise de Discurso como estratégia metodológica, em articulação com a teoria psicanalítica.

A Análise de Discurso, que toma como referência os trabalhos de Michael Pechêux, objetiva compreender a construção de sentido de um enunciado a partir tanto de uma análise interna, que diz respeito ao que e como se enuncia, quanto de uma análise externa, ou seja, como esse enunciado se articula com o momento histórico e com a sociedade que o construiu (GREGOLIN, 1995). O discurso, nessa acepção, diz respeito ao "lugar onde se manifesta o sujeito da enunciação e onde se pode recuperar as relações entre o texto e o contexto histórico que o produziu" (GREGOLIN, 1995, p. 17). Em outras palavras, a narrativa adquire um caráter de discurso quando é assumida pelo sujeito que enuncia.

Esse sujeito existe em sociedade, que é marcada pelo momento histórico e ideológico de sua existência. De acordo com Gregolin (1995), a ideologia se refere à visão de mundo dominante de uma determinada classe social e, em vista da variedade de classes que constituem uma sociedade, diversas ideologias coexistem em confronto. A linguagem é, portanto, perpassada pela ideologia - as formações ideológicas são traduzidas no discurso

pelas formações discursivas, ou seja, "o que se pode e se deve dizer em determinada época, em determinada sociedade" (GREGOLIN, 1995, p.17).

Dessa forma, desconstrói-se a ideia da palavra ligada somente à literalidade linguística, excluída de historicidade, dando lugar à concepção da linguagem como materializada na ideologia, ao mesmo tempo que a ideologia se manifesta na linguagem (ORLANDI, 2005). O sentido, para Pêcheux, é organizado na sua exterioridade - pelo tempo e espaço em que se constrói, pelo interdiscurso - o "já-dito que torna possível todo o dizer" (ORLANDI, 2005, p. 11). Diante disso, a Análise de Discurso se ocupa em interpretar "o que o sujeito diz em relação a outros dizeres, ao que ele não diz" (ORLANDI, 2005, p. 11).

4.1 Participantes

Participaram desta pesquisa três profissionais de psicologia que atuam na UTI de hospitais do Distrito Federal.

4.2 Materiais e instrumentos

Para realização desta pesquisa, foram utilizados os seguintes materiais: três arquivos digitais do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enviados para as participantes; um roteiro de entrevista (anexo I), utilizado como guia na condução das entrevistas; um computador, que viabilizou a modalidade à distância das entrevistas; e um celular na função de gravador de voz.

4.3 Procedimentos de construção do material

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética do UniCeub para avaliação. Após aprovação, foi realizado o contato com as participantes, selecionadas mediante indicações de outros profissionais da área. Nesse primeiro contato, foi realizado o convite para participação e combinado o dia e horário em que seriam realizadas as entrevistas à distância, via Google Meet, modalidade justificada pelo atual contexto pandêmico. Foram marcadas duas entrevistas por participante, que duraram por volta de uma hora cada.

No primeiro momento das entrevistas, foi apresentado o TCLE e feitos os esclarecimentos referentes ao sigilo, liberdade em desistir da participação a qualquer momento, a autorização da gravação de áudio e eventuais dúvidas referentes ao processo. A pesquisadora dispôs de flexibilidade total em relação à eventual remarcação dos horários dos encontros virtuais, em vista do momento estressor e da atuação profissional de característica imprevisível das participantes. As entrevistas seguiram caráter semiestruturado e foram transcritas na íntegra, com a preocupação de identificar marcas no discurso, significantes e efeitos de sentido. Feito isso, pudemos seguir efetivamente para o último momento da pesquisa: a análise do material.

4.4 Procedimentos de análise do material

Para a análise das entrevistas, adotamos, como já foi colocado, o método de Análise de Discurso. Após a transcrição integral das entrevistas, foi realizada a setorização das temáticas levantadas pelas participantes em articulação às questões propostas pela pesquisadora e, a partir disso, fizemos um novo levantamento bibliográfico. Em seguida, elaboramos três eixos temáticos que nortearam a análise: (i) Psicanálise, dinâmicas de poder e a equipe; (ii) Trauma: uma perspectiva em UTI; e (iii) Processos subjetivos emergentes.

Para o desenvolvimento da Análise de Discurso, em articulação com os aportes teórico-metodológicos da psicanálise, foram adotados os seguintes procedimentos: (i) identificar as posições subjetivas dos participantes no discurso; (ii) localizar os pontos de interrupção da fala, os esquecimentos, as repetições, as paráfrases, metáforas e metonímias; (iii) evidenciar os mecanismos ideológicos, culturais e elementos institucionais presentes nos discursos; (iv) levantar hipóteses sobre os não-ditos presentes nas falas dos entrevistados; (v) analisar as cadeias associativas em torno das quais se estruturam as falas dos participantes.

CAPÍTULO 5 - ANÁLISE DOS DISCURSOS

A discussão a seguir foi elaborada a partir dos relatos discursivos das três participantes de pesquisa, que foram analisados mediante interlocução com a temática deste trabalho. A partir de suas falas, foi possível elaborar eixos que nortearam a análise, sendo eles: (i) Psicanálise, dinâmicas de poder e a equipe; (ii) Trauma: uma perspectiva em UTI; e (iii) Processos subjetivos emergentes. Por coincidência, as três psicólogas que participaram desta pesquisa apresentaram algumas características em comum: são mulheres, psicanalistas e trabalham atualmente em UTIs Pediátricas e/ou Neonatais. Concederemos a seguir uma breve apresentação das participantes, lembrando que, em respeito ao sigilo, os nomes aqui apresentados são fictícios, assim como foram ocultadas quaisquer informações que pudessem vir a identificá-las.

Rebeca deu início à sua atuação profissional na área da assistência social, onde auxiliava pessoas em situação de vulnerabilidade. Foi nesse cenário que conheceu o trabalho em rede, e se deparou com a importância da atuação em equipe multidisciplinar, o que direcionou sua conduta mesmo quando optou por se dedicar à área da saúde. Depois de se especializar e trabalhar em diversos lugares, ocupando-se da área de transplantes, neuropsicologia e, posteriormente, gestão hospitalar, atua hoje como psicóloga nas UTIs Pediátricas de um hospital público em Brasília.

Alice se dedicou à área da pesquisa após a graduação, concluiu o programa de mestrado e a formação em psicanálise e atuou em consultório por alguns anos. Depois de ter sua primeira filha, Alice se preocupou em encontrar uma área de atuação que a possibilitasse algumas seguranças e garantias que ela não percebia no trabalho em consultório. Foi quando começou a participar de seleções para concursos públicos e passou a trabalhar em um hospital público de Brasília, mesmo nunca tendo atuado na área da saúde antes. Começou desenvolvendo algumas pesquisas nesse contexto, contribuindo para o conhecimento científico na área da psicologia da saúde. Depois de alguns anos, foi transferida para a ala da UTI Pediátrica, onde atua desde então, há 15 anos.

Talita conta que, desde a sua graduação, sempre se interessou pela área hospitalar, e trilhou todo o curso voltado para esse lado. Escolheu matérias voltadas para a psicologia da saúde, conseguiu estágios e programas de extensão nesse campo e dedicou sua monografia ao contexto de UTI Neonatal. Depois da graduação, buscou se especializar e aprofundar seus conhecimentos e atuou como psicóloga hospitalar em diversos hospitais públicos e clínicas de

Brasília. Hoje, Talita trabalha na UTI Neonatal e Pediátrica de um hospital da rede privada, o que nos possibilitou realizar contrapontos entre a atuação em espaços públicos e privados de atenção à saúde⁹.

Antes de prosseguir, um ponto necessário a sinalizar é que, em virtude da pandemia, muitas regras de funcionamento das UTIs foram modificadas para atender às necessidades específicas desse momento. O acesso pelos próprios profissionais foi limitado, bem como os horários de visita e algumas possibilidades de atuação. Buscamos, então, resgatar como era o funcionamento regular das UTIs antes do contexto pandêmico, foco deste trabalho, sem perder de vista os impactos que essa nova realidade apresenta nas práticas e nas dinâmicas relacionais que constituem os espaços da UTI.

5.1 Psicanálise, dinâmicas de poder e a equipe

Em geral, a rotina descrita pelas participantes é parecida: chegando ao hospital, pegam os prontuários, conversam com a equipe e avaliam o que há de novo em relação ao dia anterior. A partir disso, planejam o atendimento com os pacientes novos e o retorno com aqueles que já acompanham. Alice procura realizar os atendimentos depois que as outras especialidades já fizeram os exames e procedimentos planejados, para tentar minimizar a possibilidade de interrupções. Ao abordar o paciente e a família, as psicólogas se apresentam e fazem o acolhimento inicial, permitindo um desabafo das questões envolvidas no processo de adoecimento até o agravamento. Nesse primeiro contato, já é possível avaliar a compreensão do paciente/acompanhantes sobre a doença e o tratamento, entender algumas das dificuldades pelas quais estão passando e que tipo de estratégias de enfrentamento eles empreendem, sempre avaliando o risco psicológico. Também é possível iniciar algumas intervenções, dependendo da demanda apresentada, explicando o que é a UTI e os aparelhos, o que cada profissional realiza e a importância do autocuidado. Sobre esse ponto, Rebeca comenta também a necessidade da psicoeducação, ou seja, explicar o que são sentimentos e a importância de falar e elaborar o que está sendo vivido naquele momento.

No que diz respeito às demandas mais comuns para a psicologia nesse ambiente, Rebeca ressalta as dificuldades na comunicação, principalmente na díade equipe-família em relação a informações sobre a doença e o tratamento e a comunicação de más notícias,

⁹ Ressaltamos que, no campo pesquisado, não há uma divergência tão delimitada entre a contratação de psicólogos ou psicanalistas no hospital. Por esse motivo, e tendo em vista que todas as participantes são psicanalistas, utilizaremos ambos os termos "psicóloga" e "psicanalista" para referenciá-las.

momentos nos quais o psicólogo é chamado a intervir e mediar essa interação para melhor compreensão das partes. Além disso, são frequentes as dificuldades na adesão aos cuidados em saúde, o desarranjo emocional e a preparação e atendimento de óbito.

Rebeca explica que o *setting* na UTI é diferenciado, é estabelecido no local em que surge a demanda, comumente à beira leito, a menos que haja alguma questão específica do acompanhante que necessite ser atendida longe do paciente. Nesse caso, as psicólogas buscam um local para isso, normalmente nos corredores, espaços de refeições ou, quando possível, em uma sala de atendimento. Para a participante, a escuta clínica vai depender mais da técnica e do conhecimento do profissional de psicologia do que, de fato, do lugar em que ele se encontra. É o que Rosa (2004) sugere ao constatar que o analista deve reconstruir o objeto de análise, sempre firmado no solo da teoria psicanalítica. Na UTI, nem sempre é possível trabalhar com as condições 'ideais', as interferências são recorrentes e a imprevisibilidade dos acontecimentos influencia nos atendimentos. Cabe ao analista elaborar estratégias que possibilitem a escuta clínica a partir da interação com a teoria (ROSA, 2004).

Alice sinaliza que essa escuta deve estar atenta para a separação entre o que Lacan chama de fala vazia e fala plena, assim como ocorre na situação de análise tradicional no consultório. Para Lacan (1953-1954/1986), a fala plena possibilita a transmissão do desejo, permitindo a compreensão autêntica do sujeito no contexto transferencial, enquanto a fala vazia é aquela que redundava em um falatório, a serviço do cotidiano, sem originalidade. Meyer (2009) explica que a palavra vazia pode ser considerada uma forma de aconchego pelo sujeito, já que impossibilita a revelação de seu desejo inconsciente. Por isso, Alice busca meios de transformar a fala vazia em algo que faça sentido, que venha da ordem do sofrimento concreto, para que o sujeito possa formular algum tipo de questão sobre o sintoma e, conseqüentemente, implicar-se no sofrimento.

Para Rebeca, a psicanálise aparece na UTI como norteadora da conduta profissional, ancorando as práticas a partir dos pressupostos psicanalíticos. A participante explica:

Por mais que eu esteja observando questões estruturais, de saúde, eu me ancoro em técnicas, no método da psicanálise, então a escuta ativa, a livre demanda do paciente e do familiar, as associações livres, as intervenções pontuais de forma associativa que a gente realiza... Isso tudo é pensar na psicanálise, compreender os mecanismos de defesa e de enfrentamento daquele paciente, a relação. A psicanálise vai regendo de várias formas a conduta e como estar no hospital (REBECA).

A partir do "método interpretativo", Rebeca busca entender as relações estabelecidas na UTI. Para ela, a entrevista inicial é um momento em que se pretende investigar como o

sujeito percebe a internação e seu processo de adoecimento, estimulando a associação livre e buscando relacionar com os recursos psíquicos. É interessante notar que, ao se referir às possibilidades da psicanálise na UTI, a participante parece um pouco menos objetiva em comparação às respostas anteriores, o que dá a entender que o pensamento está se construindo na medida em que ela fala. Supõe-se que a psicanálise em sua atuação se estabelece no dia a dia, de modo orgânico, e ao ser solicitada a elaborar sobre a relação teórica com a prática, a participante o faz no aqui e agora, construindo o pensamento enquanto o enuncia.

Outro ponto em comum relatado pelas participantes é a visita multiprofissional. Os profissionais de diferentes áreas que compõem a equipe¹⁰ se reúnem para realizar a visita aos leitos, cada um fazendo suas observações quanto ao caso. Em outro momento, é realizada a reunião multiprofissional, em que a equipe se reúne para discutir em conjunto as diretrizes do tratamento. A relação com a equipe foi descrita, em sua maioria, como favorável e positiva. Nessa direção, foi percebido outro ponto de convergência no relato das participantes: a visível mudança em relação ao modelo tradicional biomédico de atuação em saúde, dando espaço a uma maior valorização de práticas humanizadas de cuidado, à importância da interdisciplinaridade e o reconhecimento da psicologia como essencial no ambiente hospitalar.

O objetivo é estabelecer o que Lacan chama de *transferência de trabalho*¹¹, descrita por Figueiredo (2005) como a formação de um laço produtivo entre diferentes profissões, que visa objetivos comuns: o fazer clínico pautado no sujeito e a produção de conhecimento consequente dessa prática. Para isso, resgata-se a dimensão de suposto saber existente na transferência enquanto condição para a situação analítica. Nesse caso, passa a ser condição para o trabalho em equipe, entre pares que demandam o saber uns dos outros.

Entretanto, Alice ainda percebe o que ela chama de " vaidade " entre os campos do saber, como uma sutil disputa no sentido de quem sabe mais. Podemos pensar que esse tipo de competição é, na verdade, uma disputa pelo poder. Enquanto o saber médico se organiza como um discurso do mestre, marcado pelo domínio e autoridade que legitima o sintoma a partir do diagnóstico, essa postura se torna um padrão a ser seguido pelos demais profissionais de saúde (FOSSI; GUARESCHI, 2004; SILVA, 2017).

¹⁰ As especialidades vão depender das especificidades do caso, mas em geral podem estar presentes a medicina, enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, serviço social e nutrição.

¹¹ Termo cunhado por Lacan (1964) em *Ato de fundação* para a formação do cartel, estrutura desejável para o estudo e formação em psicanálise.

Sobre esse aspecto, Talita conta que sua equipe inaugurou o trabalho de psicologia no hospital em que atua. No início, havia grande resistência por parte de alguns profissionais, principalmente os médicos e as enfermeiras, justamente por não entenderem o papel da psicologia naquele contexto. Foi necessário conquistar espaço, pouco a pouco, explicando exatamente qual a função e a importância do psicólogo nesse contexto. Hoje, Talita percebe um verdadeiro respeito por parte da equipe e o estabelecimento de uma relação de troca de saberes satisfatória. Eles mesmos já solicitam a presença da psicologia em situações como o preparo para óbito e a comunicação de más notícias, percebendo-a como essencial para traçar planos terapêuticos bem fundamentados. Alice conta que é cada vez mais solicitada à psicologia o que eles chamam de "presença horizontal", ou seja, que o mesmo profissional esteja na UTI de forma constante, o que ela entende como uma valorização, porque se entende que o serviço não deve ser pontual, mas contínuo. Mesmo assim, Talita ainda encontra resistência por parte de alguns profissionais que seguem uma linha mais tradicional de atuação, e, algumas vezes, sente a necessidade de convencê-los da importância do seu trabalho para que possam atuar em conjunto.

Um aspecto importante destacado por Rebeca é a preocupação por parte da equipe de psicologia com o exercício da interdisciplinaridade, ocupando-se em aprender sobre as outras áreas de conhecimento. Estudam-se as doenças, medicações, os impactos do diagnóstico no desenvolvimento do paciente, porque não é possível isolar os aspectos emocionais do sujeito, é preciso compreendê-lo em sua complexidade. Em contrapartida, Talita e Alice concordam ao constatar que, quando existe uma demanda para a psicologia, os outros profissionais mostram interesse em saber sobre, mas essa curiosidade parece estar mais voltada para a "fofoca" do que para compor o plano de tratamento do paciente.

Retomando as reflexões de Moretto (2019), a possibilidade de inserção do analista na equipe poderia ser pensada a partir da manifestação de um desejo da equipe de saber sobre sua atuação. Mas a demanda de saber descrita pelas participantes não parece ser a mesma à qual a autora se refere, e nem estar a serviço da construção de um conhecimento que componha o caso clínico. Assim, fica clara a necessidade de o psicólogo se atentar para a postura ética, compartilhando com a equipe apenas o que é relevante para a construção do caso. Tudo isso mostra que, apesar de já ter trilhado um longo percurso na conquista da valorização, a psicologia ainda carece de reconhecimento e maior compreensão por parte da equipe quanto às suas atribuições.

Apesar de tudo isso, Rebeca reconhece que os profissionais em geral têm buscado cada vez mais se apropriar de práticas humanizadas, buscando qualificação em áreas como a comunicação não-violenta e os cuidados paliativos. Essa conquista mostra a preocupação prevista pela PNH (Política Nacional de Humanização)¹² em promover um cuidado sensível às necessidades do paciente. Alice acredita que essa dedicação por parte da equipe foi impulsionada pela percepção dos resultados dos treinamentos e da implementação de práticas humanizadas. Os pacientes foram expressando cada vez mais gratidão, e voltando ao hospital para agradecer aos profissionais. A psicóloga conta o caso de um médico, colega de equipe, que foi reconhecido e abordado no cinema por uma mãe que perdeu o filho anos antes. O médico era responsável pelo tratamento da criança, e, apesar de esperar uma reação negativa da mãe, ela o parou apenas para agradecer pela forma como recebeu a notícia e como o tratamento foi conduzido. A partir de gestos como este, a equipe passou a notar os impactos do tratamento humanizado.

Durante este momento do relato, Alice faz algumas pausas enfáticas, principalmente quando comenta os efeitos desse tipo de cuidado no sofrimento posterior à internação, o que pode nos indicar que está aqui o ponto de ênfase: o objetivo não é eliminar o sofrimento, mas possibilitar que ele seja vivido sem a paralisação do sujeito. A morte muitas vezes é inevitável, mas o luto pode ou não ser patológico. A forma como os familiares vivenciam esse momento na UTI pode ser um fator de proteção, desde que sejam reconhecidos em sua condição singular e tratados com dignidade e respeito, como foi o caso da mãe que abordou o médico.

De forma geral, esse é o cotidiano das psicólogas que atuam em UTI. Talita brinca que, na verdade, não há rotina, porque, apesar de planejar e buscar seguir determinado protocolo, nunca se sabe como será o plantão, que tipo de questões ou intercorrências poderão surgir. Sofio (2014) expressa uma ideia semelhante ao pontuar que, apesar de chamados "atendimentos de rotina", de rotineiros nada têm. O cotidiano tende a opacar questões que podem causar algum tipo de sofrimento na equipe, mas dada a realidade intensa e "absurda" da UTI, muitas vezes se faz necessária a adoção de outras estratégias que busquem diminuir o potencial traumático das experiências vividas. A autora levanta a hipótese de que a obsessividade médica, ou seja, a exigência à perfeição, e a artificialização da assepsia, que se torna psíquica na medida em que busca afastar o pensamento e esterilizar

¹² Política que perpassa transversalmente o SUS, que assegura serviços de qualidade que promovem a saúde integral (ver Introdução).

o contato com o outro, funcionam como mecanismos de defesa adotados pela equipe para minimizar a dimensão traumática vivenciada na UTI.

5.2 Trauma: uma perspectiva em UTI

No que diz respeito às características específicas da atuação em UTI, Rebeca ressalta que, para esse tipo de trabalho, o profissional deve se dedicar intensamente e estar sempre atualizando seus conhecimentos e novas possibilidades de conduta. Além disso, deve estar disponível para a grande demanda de horários, por vezes, maior que o previsto em seu contrato. Em concordância, Talita comenta sobre situações em que ela termina o expediente sabendo que um paciente com o qual estabeleceu vínculo está em estado de risco. Nesses casos, a participante fica em alerta para a necessidade de retornar ao hospital, para que o paciente ou a família não precisem ser atendidos por um psicólogo desconhecido no caso de uma emergência, mesmo que não esteja em horário de plantão.

Zaslavsky e Santos (2005) comentam que a psicanálise contemporânea considera o encontro analítico enquanto relação que produz impacto emocional mútuo. Nesse mesmo sentido, Rebeca atenta que, além de dispor de uma agenda de horários, o profissional deve demonstrar também uma disponibilidade emocional para atuar nesse ambiente de grande demanda e constante pressão, onde nunca há tempo suficiente para responder a todas as solicitações.

Observamos, por exemplo, que Alice estava visivelmente abalada durante a segunda entrevista. Ela apresentava uma postura mais cansada, o ritmo da fala mais lento e menos ativo em comparação ao primeiro encontro. No decorrer da conversa, a participante comenta que um paciente querido pela equipe veio à óbito no dia anterior. Ao que parece, a participante estava afetada depois de perder um paciente querido e lidar com as reações emocionais da família e da equipe, além das suas próprias. Esse tipo de resposta à demanda emocional também é percebido na fala de Talita:

Muitas vezes, assim, eu saía depois de um plantão difícil, com a cabeça, eu chegava em casa e ficava ouvindo barulho do monitor no meu ouvido (TALITA).

A posição de abstinência sustentada pelo analista não quer dizer que as experiências vividas não possam eventualmente mobilizar suas questões pessoais, de forma a produzir efeitos emocionais. Nesses casos, esse material deverá ser levado para sua própria análise

pessoal. Isso porque, para Freud (1910/1996), o analista só poderá avançar de acordo com suas próprias resistências, o que indica a necessidade da análise pessoal contínua e supervisão.

A temporalidade aparece também como uma questão fundamental no relato das participantes, tendo em vista a imprevisibilidade característica desse contexto. Sobre esse ponto, Talita explica:

É como eu digo, assim, é como se a gente tivesse sempre com um olho na missa e outro no padre, assim. Eu tô atendendo aqui, mas eu tô de olho naquele paciente ali, naquela família ali, entendeu? (TALITA).

Moretto (2002) esclarece que, apesar de uma análise demandar tempo, isso não quer dizer que não possa ser iniciada no ambiente hospitalar. De acordo com a autora, ao utilizarmos a divisão lacaniana dos três tempos do Édipo para tentar decompor a situação analítica, encontramos as entrevistas iniciais como o primeiro tempo, a análise propriamente dita no segundo, e, por fim, o final da análise como o terceiro. Na UTI, usualmente limita-se ao primeiro tempo, um trabalho breve com objetivo de realocar o paciente da posição de objeto para a de sujeito, que passa a formular questões sobre seu próprio adoecimento, em um movimento de entrada em análise.

Além disso, Rebeca ressalta o nível de gravidade dos pacientes, o risco de morte iminente e o luto antecipado como características específicas da UTI. O espaço físico da UTI, os barulhos desconhecidos dos aparelhos e a conduta acelerada dos profissionais acabam se tornando aflitivos. Todas as participantes concordam que a falta de ambiência, ou seja, a familiarização com o ambiente, a rotina, a função dos aparelhos e de cada profissional, é um dos aspectos mais ansiogênicos para os pacientes e familiares. Para minimizar o potencial traumático da situação de internação, uma das estratégias adotadas pelas psicólogas é explicar brevemente o funcionamento da UTI durante o acolhimento inicial, os motivos que levaram o paciente até ali, o que é permitido ou não, entre outras dúvidas, para viabilizar uma maior sensação de segurança. Além disso, é feito um acompanhamento diário para buscar identificar os recursos de enfrentamento que estão emergindo.

Outra estratégia comentada por Alice é a explicação da fisiologia para o paciente. A psicóloga acredita que os profissionais, por estarem tão acostumados com a lógica de funcionamento do corpo, algumas vezes esquecem que os pacientes não possuem recursos técnicos e conhecimentos para entender o que se passa no nível do funcionamento corporal. Foi o caso de uma criança de 9 anos com Síndrome de Moebius. Basicamente, a criança não

exibia expressão facial por causa de uma má formação que envolve o sistema nervoso e a resposta muscular. A mãe nunca havia conversado sobre o diagnóstico com a filha, e a psicóloga propôs que fosse construído um material para explicar para a criança a sua condição, ao que a médica respondeu que seria muito difícil que ela entendesse. Alice precisou então explicar que o material deveria ser construído considerando uma linguagem e didática acessível à criança, e que ela teria toda a capacidade para compreender.

Uma terceira estratégia adotada por Alice é o respeito ao tempo de elaboração. Ela sugere à equipe que, no caso de alguma dificuldade do paciente ou da família em aceitar a realização de determinado procedimento, por exemplo, que seja adiado até que se tenha tempo para assimilação, sempre cuidando para que não haja prejuízos no tratamento.

Todas essas intervenções estão voltadas para a tentativa de reduzir o potencial traumático das experiências vividas. Em Freud (1920/1996), o trauma pode ser interpretado como um excesso pulsional não simbolizado, que assume valor na realidade psíquica em que é constituído. Na UTI, o trauma está geralmente associado à iminência da morte e à condição de desamparo, constituindo um real impossível, que escapa à representação. As estratégias adotadas pelas analistas parecem tentar oferecer ao paciente a possibilidade de bordejar esse vazio inominável, a partir da explicação da lógica da UTI, do funcionamento do corpo e oferecendo tempo para que o sujeito possa emergir, por intermédio da palavra, apropriando-se e simbolizando o seu sofrimento. Além disso, o analista ocupa também o papel de legitimador do paciente, que encontra na relação transferencial a possibilidade de expressar seu sofrimento e ser reconhecido pelo outro, produzindo um sujeito aberto ao campo da alteridade (MORETTO, 2019).

5.3 Processos subjetivos emergentes

A demanda dentro do hospital é uma demanda infinita. Enquanto você tá lá e a equipe tá vendo que tem um psicólogo ali, eles te solicitam o tempo inteiro (TALITA).

A solicitação constante do suporte da psicologia pode indicar certa dificuldade por parte da equipe em lidar com as questões subjetivas dos pacientes. Talita comenta que manifestações emocionais esperadas em uma situação de sofrimento, como o choro e a tristeza, já são motivos para que se pense necessário acionar o psicólogo. Assim, busca-se estabelecer critérios claros para os casos em que a psicologia deve ser acionada, já que, caso contrário, a participante acredita que o trabalho de psicologia vai se reduzindo a um "apaga

incêndio". Para exemplificar, ela lembra uma situação em que foi chamada ao hospital no turno de plantão porque um paciente supostamente estaria deprimido, recusando-se a comer. Ao conversar com o paciente, descobre que ele apenas não queria comer mingau, que estava sendo servido há três dias. Esse tipo de situação poderia ser resolvida sem a necessidade da intervenção da psicologia, caso as enfermeiras conversassem com o paciente para entender sua demanda, ou acionassem a equipe de nutrição, por exemplo, para explorar a possibilidade de servir outro tipo de comida.

Podemos questionar o que estaria por trás dessa "demanda infinita", como descrita pela participante. Retomando as ideias de Moretto (2006), percebemos que a dificuldade da equipe em manejar as questões subjetivas do paciente pode estar relacionada à relutância em lidar com as suas próprias angústias. Nesse sentido, Moretto (2002) revela uma confusão comum da equipe em relação à função do analista como alguém que estaria ali para livrá-los de seu próprio mal-estar, ao acalmar um paciente angustiado. Dessa forma, o analista seria compreendido como um ajudante, ou, nas palavras de Talita, "apaga incêndio", cujo papel seria eliminar o que há de estranho à equipe, aquilo que incomoda e atrapalha a execução de suas atividades. Fica evidente a necessidade de estabelecer critérios em que o serviço de psicologia deve ser acionado, e convidar os demais profissionais a reconhecer a condição subjetiva do paciente.

Para Alice, parece que o médico esquece que o paciente não é um corpo em que a doença se instala, ele é um sujeito doente, que tem vontades e desejos. Assim como aponta Safatle (2015), esquece-se que a doença é uma experiência vivida, reconhecida pela consciência. Não é possível, por exemplo, retirar a enfermidade como uma máscara e encontrar, debaixo dela, o sujeito, uma vez que a doença é por ele constituída, assim como o constitui (CLAVREUL, 1983). Alice observa, por exemplo, que a equipe tem dificuldade em lidar com uma criança que se mostra isolada, quieta e desolada. Em casos como esse, costuma-se solicitar atendimento psiquiátrico, ao que a psicóloga comenta, em tom irônico:

[...] ela não receita cocaína. Porque a única medicação que vai botar essa criança feliz em menos de 24h é cocaína (ALICE).

Em outras palavras, Alice está dizendo que não há medicação que vá mudar o estado de sofrimento de uma criança que foi retirada de suas atividades cotidianas e está agora em uma realidade de UTI. Por outro lado, a participante comenta posteriormente que a equipe espera uma criança apática, porque lugar de criança feliz não é na UTI, a não ser que dependa

de alguma tecnologia. Parece que não há espaço para nenhuma conduta emocional da criança: se está feliz e ativa, ela não deveria estar na UTI, e se está demonstrando sinais de sofrimento, deve ser medicada. É o que Oliveira (2002) comenta sobre o paradoxo em esperar que alguém que luta pela vida permaneça em silêncio, apático, como morto. O perigo é que o paciente, tentando atingir o ideal de sujeito medicalizado, se prive de suas manifestações emocionais e não encontre espaço para representar suas pulsões.

Outro aspecto explorado por Alice é o reconhecimento da condição de sujeito tanto dos bebês, quanto de pacientes em coma, apesar de não responderem verbalmente. Ela ressalta que esses pacientes devem ser introduzidos nas conversas e explicações, e até brinca que, às vezes, enquanto conversa com um bebê, chega a desabafar algo de suas angústias. Sobre esse ponto, Gonçalves (2012) considera que, quando um profissional conversa com um paciente em coma, isso pode ter efeito de diminuição da angústia em ambos. Vorcaro (2010) aponta também que expor o neonato à fala não objetiva introduzi-lo na linguagem, na qual ele já está inserido, mas possibilitar-lhe os efeitos do endereçamento da fala como engajadora de um ser de desejo.

Assim, aos acompanhantes de pacientes em coma, Alice orienta que conversem, expliquem o que está acontecendo, avisem ao sair de perto e ao retornar. Isso porque, de acordo com a participante, mesmo sedado, o paciente está em ritmo de sono vigília. Alice lembra o caso de uma criança com Síndrome de Dandy-Walker já em estado grave:

Um dia ela tava, o coração dela tava parando e a equipe, a gente entrou, eu e a minha chefe, a gente entrou juntas na hora, e a equipe, o médico tava só com as mãozinhas assim, já tava tudo higienizado, esperando ele parar, pra declarar o óbito. Nesse momento, a mãe chega [...] vê aquela cena, que ela já é antiga, mãe de UTI antiga, vai no ouvido dele e fala, o nome dele era Davi, ela fala: Davi, mamãe não está preparada pra você ir embora, espera um pouco, volta. Tum tum tum, o coração dele voltou. Eu lembro que eu olhei pra minha chefe assustada, o olho dela tava cheio de água. Ela saiu pra chorar. [...] Passou uns 6 meses, ele veio a óbito. Mas aí ela foi trabalhando na cabeça dela a aceitação da morte do filho (ALICE).

Ficamos as duas em silêncio por alguns segundos. Parecia estar claro, a partir desse relato, os efeitos de uma relação que supõe o sujeito em sua condição de enfermidade, mesmo que não esteja consciente. Além disso, foi possível perceber como uma experiência como essa pode impactar a equipe, que, como lembra Talita, é formada por pessoas, com suas fragilidades e questões específicas.

A participante conta que é recorrente, em atendimentos psicológicos pós-óbito, que ela olhe para trás e não encontre ninguém de sua equipe, apesar de estarem ali quando o atendimento foi iniciado. Quando isso acontece, Talita busca oferecer suporte e viabilizar a elaboração do sofrimento advindo daquela vivência. Chamou atenção que Talita tenha, por três vezes, se equivocado ao pronunciar o significante "equipe" trocando-o por "família", e retificando-se em seguida. Quanto a essa troca, foram levantadas duas hipóteses: Talita considera, de alguma forma, sua equipe enquanto família, pela alta carga horária e a intensidade das experiências que vivenciam juntos. A segunda hipótese, e talvez a mais plausível, é que, apesar de seu trabalho estar mais relacionado ao cuidado dos pacientes, ela também se sente no papel de atender a equipe quando necessário. Essa é uma realidade específica do hospital particular, que dispõe do serviço de psicologia pelo RH, teoricamente responsável pelo atendimento dos profissionais. Mas, de acordo com a participante, a equipe, muitas vezes, não se sente confortável em demonstrar suas fragilidades e angústias perante a empresa e sofrer algum tipo de retaliação por isso. Assim, Talita se preocupa em estar atenta e conhecer cada profissional, se atentando para as questões que poderão ser mais difíceis para cada um.

Sofio (2014) aponta que os mecanismos de defesa adotados pelos profissionais de UTI, que estão sempre mergulhados em um campo de intenso sofrimento, são necessários para a manutenção do bem-estar. Nessa lógica, Alice percebe que uma estratégia adotada pela equipe é a tentativa de racionalização de determinadas experiências. Ela conta o caso de uma criança que estava em estado grave e já não havia nada que pudesse ser feito. O médico, emocionado, pede licença para checar os resultados dos exames e os residentes o aguardam, olhando para a criança já desacordada. Começaram então, um de cada lado do leito, a discutir teorias, pensando o que poderia ter sido feito diferente. Ao se depararem com uma criança em processo ativo de morte à sua frente, os residentes encontraram o recurso da racionalização para enfrentar a angústia inerente à situação vivenciada. Em contrapartida, a equipe de fisioterapia, conversando posteriormente sobre o caso, culpabilizaram, de certa forma, a mãe pelo estado da criança, o que mostra o contraponto entre a racionalização e o julgamento. A racionalização, de acordo com a participante, estaria relacionada à utilização de recursos para suportar o sofrimento, enquanto o julgamento estaria mais voltado para a projeção dessas angústias em um culpado.

Em ambos os casos, parecem emergir mecanismos de defesa constituídos pelo sujeito, que, em contato com a experiência da morte, protege-se da consciência de sua própria

finitude. Os profissionais, chamados a calar seus sentimentos, buscam outras formas de significar o que se apresenta ali, à sua frente (COPPUS; NETTO, 2016; DECAT DE MOURA, 1996). Lembramos aqui que a rotina da equipe foi descrita por todas as participantes como exaustiva do ponto de vista físico e emocional. Não se trata de criticar que os profissionais encontrem formas de se defender do sofrimento, mas de buscar pontos de encontro entre as condições subjetivas de todos os atores que compõem a cena da UTI.

Segundo Talita, a situação de pandemia escancarou ainda mais o nível de exaustão de todos os profissionais de saúde. Muitos precisaram ser afastados por questões psíquicas e esgotamento extremo, o que parece ter aberto espaço para maior reconhecimento da psicologia, que foi mais solicitada pela equipe como um todo. Os psicólogos se ocuparam em criar estratégias que possibilitassem a comunicação com a família na situação de isolamento, buscando realizar o acolhimento possível nesse contexto e incentivando os demais profissionais a fazerem o mesmo. Para a participante, é gratificante perceber a valorização da psicologia hospitalar e da saúde, não só por parte da equipe, mas os pacientes e as famílias também mostram um olhar diferenciado e muitas vezes até solicitam esse tipo de assistência. A realidade pandêmica abriu as portas para o reconhecimento profissional da psicologia da saúde, havendo um longo caminho, todavia, a ser percorrido. As três participantes descrevem a carga horária e demanda de trabalho como desproporcional ao retorno financeiro e profissional, por vezes, ainda precisando convencer alguns colegas sobre a importância dessa atuação.

Quanto ao quadro geral de saúde pública no Brasil, a opinião das participantes referente ao SUS é positiva, apesar de necessários investimentos práticos para alcançar a qualidade teórica do sistema. Rebeca aponta que é indispensável investir na prevenção e promoção de saúde, com objetivo de diminuir os altos gastos no setor terciário. Para isso, é preciso uma mudança cultural nos hábitos da população brasileira, que tende a praticar a automedicação, e buscar auxílio de saúde apenas quando o estado já é grave. Por outro lado, essa realidade só é possível se o Estado disponibilizar serviços de saúde acessíveis aos usuários. Para Alice, a população em geral está acostumada a um tratamento não humanizado e não tem consciência completa de seus direitos. Encerramos nossa análise com a seguinte colocação da participante:

[...] Quando a gente trata as pessoas com dignidade, elas ficam eternamente gratas porque eu tô sendo cidadã com elas. Tô simplesmente tratando elas como um ser humano. Com respeito, com dignidade que ela merece. Mas parece que o povo nunca foi tratado assim, e quando ele é, se assusta (ALICE).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer desta pesquisa, foram levantadas discussões pertinentes às possibilidades do fazer psicanalítico no ambiente hospitalar, a dinâmica institucional e relações de poder que constituem os espaços de saúde, e a lógica de funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva a partir do olhar psicanalítico. Para a construção desse debate, os relatos oferecidos pelas participantes foram de extrema relevância, trazendo para a discussão uma percepção atualizada das práticas que permeiam o cuidado em saúde.

Percebemos que, em concordância com Moretto (2019), a UTI se mostra como um espaço de possibilidade para o desenvolvimento da teoria psicanalítica. O analista, diante de uma realidade em que o *setting* tradicional é quase irreconhecível, deve desenvolver, de forma criativa e vigorosamente fundamentada, uma prática clínica que respeite os dispositivos psicanalíticos. A Psicanálise, assim como o sujeito, existem exatamente pela sua possibilidade de se reinventar (SOFIO, 2014).

Retomando as condições mínimas propostas por Figueiredo (1997) para que se reconheça a psicanálise, pudemos identificar na UTI uma atuação que considera a realidade psíquica do sujeito, buscando viabilizar a fala a partir de uma relação transferencial que supõe o saber do analista mediante o sofrimento. Além disso, considera-se a ideia de posterioridade, principalmente diante da dimensão traumática, buscando minimizar o potencial efeito das experiências vividas naquele espaço, levando em consideração a temporalidade específica do sujeito. Por fim, o desejo do analista também está presente nessa relação, que tem impacto em todos os atores que dela participam (MACHADO; CHATELARD, 2013).

A UTI, comumente conhecida como um espaço assustador e doloroso, é também um ambiente em que se abre a possibilidade para emergir o sujeito, ou, como aponta Sofio (2014), “reanimar” o paciente a partir da ação da conversa, escuta e acolhimento. O objetivo é subjetivar esse espaço, dessubjetivado pelo modelo biomédico. A equipe, ao testemunhar uma atuação que supõe o sujeito e respeita sua singularidade enquanto tal, sente os efeitos dessa prática, o que abre portas para redirecionar a lógica de funcionamento do cuidado em saúde.

Ao psicanalista, cabe sustentar sua posição ética perante a instituição, buscando favorecer uma atuação que rompa com o ideal de padronização e normatização de corpos, fazendo surgir o que há de singular em cada caso. Freud (1912a/1996) comenta que os

fenômenos de transferência também se manifestam nas instituições, ou seja, o estabelecimento de relações transferenciais não acontece apenas com a pessoa do analista, médico ou qualquer outro profissional, mas é intermediada pela dinâmica institucional, que busca manter o paciente afastado de suas questões cotidianas e subjetivas, constituindo um obstáculo para o fazer psicanalítico. Assim, a manifestação da transferência negativa aparece no sujeito a partir de sentimentos negativos relacionados à instituição, que o levam, por exemplo, a não aderir ao tratamento ou não apresentar quadros de melhora.

A inserção do psicanalista em uma instituição envolve tensões exatamente porque o discurso psicanalítico não coaduna com o discurso institucional. A psicanálise espera que o sujeito fale por si, enquanto a instituição busca falar no lugar do sujeito, porque considerar o desejo do paciente significa colocar em questão as configurações institucionais de saber e poder que perpassam o discurso médico. Ao analista, cabe convidar a equipe a conceber o paciente enquanto ser desejante, histórico, que constitui sua enfermidade da mesma forma que por ela é constituído. Para isso, deve-se abrir espaço para a elaboração a partir da simbolização dos traumas e conflitos do sujeito, investigando os sentidos que constituem o sintoma e viabilizando que o sujeito formule questões e implique-se no seu processo de adoecimento.

Foi proposto, a partir desta pesquisa, estabelecer possíveis diálogos entre a psicanálise e os espaços de UTI, o que se mostrou extremamente fértil e abriu portas para inúmeras possibilidades de desdobramento do tema. Julgamos de imensa importância a continuidade dos estudos que se referem às questões levantadas, considerando a inserção relativamente recente do psicólogo nesse contexto, as contribuições para a constituição conceitual do campo psicanalítico e para a elaboração e discussão de políticas públicas de saúde, levantando a importância do SUS e a defesa desse sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, Sonia. Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. **Revista da SBPH**, v. 22, n. spe, p. 6-18, 2019
- AZEVEDO, Elaine. Da pressa à urgência do sujeito - Psicanálise e urgência subjetiva. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 7, n. 12, p. 208-217, jul/dez 2018
- BARATTO, Geselda. Descobrimo o encobrimento da descoberta freudiana: a psicanálise e a "ego psychology". **Estilos da Clínica**, v. VII, n. 12, p. 156-177, 2002.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.
- BRASIL. Portaria Nº 1071, de 04 de julho de 2005. Ministério da Saúde, 2005. Retirado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html
- BRASIL. Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Nº 7 de 24 de fevereiro de 2010.
- CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez 2008.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária: 2009.
- CHECCHIA, Marcelo Amorim. A clínica psicanalítica é um dispositivo? **A peste**, v. 2, n. 1, p. 89-100, jan/jun 2010.
- CLAVREUL, Jean. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos serviços hospitalares do SUS** / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2019.
- COPPUS, Alinne Nogueira Silva; NETTO, Marcus Vinícius Rezende Fagundes. A Inserção do Psicanalista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 88-100, jan/mar 2016.
- DE LUCCIA, Danna et al. O protagonismo no projeto terapêutico singular: singularidade e implicação do sujeito no nível terciário em saúde. **A peste**, v. 7, n. 1, p. 46-64, jan/jun 2015.

- DECAT DE MOURA, Marisa. **Psicanálise e hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- ELIA, Luciano. Psicanálise: clínica e pesquisa. In: ALBERTI, Sonia; ELIA, Luciano. **Clínica e pesquisa em psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental**, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, n. 5, p. 44-55, nov. 2005.
- _____. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio. Pensar, escutar e ver na clínica psicanalítica: uma releitura de "Construções em análise". **Percorso**, v. 16, n. 1, p. 81-89, 1996.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio; MINERBO, Marion. Pesquisa em psicanálise: algumas ideias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 257-278, jun 2006.
- _____. A clínica psicanalítica e seus vértices: continência, confronto, ausência. **Reverie: Revista de Psicanálise**, v. 5, n. 1, p. 33-51, 2012.
- FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista da SBPH**, v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004.
- FOUCAULT, Michel. (1969). **A arqueologia do saber**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- _____. (1979). **Microfísica do poder**. 8ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.
- _____. (1984). Polêmica, política e problematizações. In: _____. **Ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FREUD, Sigmund. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In: _____. **Obras Completas**. v. VI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1910). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In: _____. **Obras completas**. v. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1911). O manejo da interpretação de sonhos na psicanálise. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1912a). A dinâmica da transferência. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

- _____. (1913). Sobre o início do tratamento. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1915 [1914]). Observações sobre o amor transferencial. In: _____. **Obras completas**. v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1915a). A Repressão. In: _____. **Obras Completas**. v. 12. São Paulo, Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1915b). Os Instintos e suas Vicissitudes. In: _____. **Obras Completas**. v. 12. São Paulo, Companhia das Letras, 2010.
- _____. (1919). Linhas de progresso na terapia psicanalítica. In: _____. **Obras completas**. v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1920). Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras Completas**. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- _____. (1921). Psicologia das massas e análise do Eu. In: _____. **Obras Completas**. v. 15. São Paulo, Companhia das Letras, 2011.
- _____. (1937a). Análise terminável e interminável. In: _____. **Obras Completas**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- _____. (1937b). Construções em análise. In: _____. **Obras Completas**. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 24.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.
- GAY, Peter. Um manual para técnicos. In: _____. **Freud - Uma vida para o nosso tempo**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, p. 274-285.
- GONÇALVES, Andréa Diniz. De UTI a UCI: relato de uma experiência com a psicanálise. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 129-139, dez 2012.
- GREGOLIN, Maria do Rosário Valencise. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **ALFA: Revista de Linguística**, n. 39, p. 13-21, 1995.
- HAN, Byung-Chul. **O que é o poder?** Petrópolis, RJ: Vozes, 2019.
- IRIBARRY, Isac Nikos. O que é pesquisa psicanalítica? **Agora: Estudos em teoria psicanalítica**, v. 6, n. 1, p. 115-138, jan/jun 2003.
- JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: as bases conceituais**. 5.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

- LACAN, Jacques. (1953-1954). **O Seminário, livro 1:** os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.
- _____. (1962-1963). **O Seminário, livro 10:** a angústia. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- _____. (1964). **O Seminário, livro 11:** os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- _____. (1966). **Escritos.** Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- _____. (1969). **O Seminário, livro 17:** O Averso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise.** 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- LITTIKE, Denilda; SODRÉ, Francis. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.
- MACHADO, Maíla Do Val; CHATELARD, Daniela Sheinkman. A psicanálise no hospital: dos impasses às condições de possibilidades. **Ágora**, v. XVI, n. 1, p. 135-150, jan/jun 2013.
- MANNONI, Octave. O que é associar livremente? In: _____. **Um espanto tão intenso.** Rio de Janeiro: Campus, 1992, p. 75-79.
- MEZAN, Renato. Uma primeira sessão na poltrona. In: _____. **A vingança da esfinge:** ensaios de psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 121-128.
- MATHELIN, Catherine. Da pulsão de morte ao desejo de vida, ou as vicissitudes de uma terapia intensiva. In: WANDERLEY, Daniele de Brito. **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade.** Salvador: Ágalma, 1999, p. 61-79.
- MEYER, Alan Victor. O Discurso de Roma: ponto de inflexão da psicanálise. **Ide**, v. 32, n. 49, p. 170-176, dez 2009.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- _____. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si".** 2006. 251f. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- _____, Maria Livia Tourinho. Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. **Revista da SBPH**, v. 22, n. spe, p. 19-27, jun 2019.

- MORETTO, Maria Livia Tourinho; PRISZULNIK, Léia. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo psicanalítico**, v. 46 n. 2, p. 287-298, 2014.
- MOREIRA, Mariana Calessio; SCHNEIDER, Amanda Mom. Psicólogo intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. **Trends in Psychology**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 1225-1239, set 2017.
- OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 22, n. 2, p.30-41, jun 2002.
- ORLANDI, Eni Puccinelli. Michel Pêcheux e a análise de discurso. **Estudos da Língua(gem)**, n. 1, p. 9-13, jun 2005.
- PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psychê**, v. 10, n. 18, p. 115-127, set 2006.
- ROSA, Miriam Debieux. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Subjetividades**, v. 4, n. 2, p. 329-348, set 2004.
- ROSA, Miriam Debieux; DOMINGUES, Eliane. O método na pesquisa psicanalítica de fenômenos sociais e políticos: a utilização da entrevista e da observação. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 180-188, 2010.
- SAFATLE, Vladimir. Uma certa latitude: Georges Canguilhem, biopolítica e vida como errância. **Scientiae Studia**, v. 13, n. 2, p. 335-367, 2015.
- SANTOS, Sidney José dos; ALMEIDA, Sônia Aparecida de; ROCHA JÚNIOR, José Rodrigues. A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fics**, v. 1, n. 1, p. 11-16, nov 2012.
- SECCHIN, Laura de Souza Bechara. UTI: onde a vida pulsa. **Epistemo-somática**, v. 3, n. 2, p. 223-230, set/dez 2006.
- SILVA, Alice Borges Humildes Cruz da. O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 2, p. 166-187, jul/dez 2017.
- SILVA, Paulo Roberto Mattos da; ROCHA, Maria Silveira da. O ato médico e a subjetividade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 1, p. 69-81, mar 2008
- SOFIO, Fernanda. **Psicanálise na UTI: Morte, vida e possíveis da interpretação**. São Paulo: Escuta/Fapesp.

VORCARO, Angela. Urgência subjetiva do neonato em UTI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 617-634, dez 2010.

ZASLAVSKY, Jacó; SANTOS, Manuel. Contratransferência em psicoterapia e psiquiatria hoje. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 27, n. 3, p. 293-301, nov 2005.

ZIMERMAN, David Epelbaum. **Fundamentos Psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica - uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

_____. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANEXOS

ANEXO I - Perguntas para nortear a entrevista

1. Gostaria que me contasse um pouco sobre sua formação acadêmica e trajetória profissional.
2. Como é sua rotina de trabalho?
3. Quais são as demandas mais comuns?
4. Como é a relação com a equipe de trabalho?
5. Quais são as principais dificuldades enfrentadas no trabalho em equipe?
6. Quais especificidades a atuação na UTI traz?
7. Como ocorre a escuta clínica no seu contexto de atuação?
8. Quais são as principais dificuldades encontradas no seu contexto de atuação?
9. Como você percebe a atuação dos outros profissionais em relação às questões emocionais dos pacientes?
10. Como você percebe a rede de serviços de saúde pública no Brasil?
11. Quais são suas expectativas em relação ao futuro (profissionais/pessoais)?

ANEXO II - Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Psicanálise e UTI: possíveis diálogos

Pesquisador: JULIANO MOREIRA LAGOAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45327921.3.0000.0023

Instituição Proponente: Centro Universitário de Brasília - UNICEUB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.696.808

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa cujo escopo consiste em a investigar as possibilidades de interlocução entre a teoria e a prática psicanalíticas e o espaço hospitalar, mais especificamente as Unidades de Tratamento Intensivo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada em entrevistas semiestruturadas, cujo roteiro foi elaborado a partir de questões levantadas durante a revisão bibliográfica, bem como durante as orientações. Os participantes serão psicólogos e outros profissionais que atuem em UTI, selecionados a partir de indicações de professores da área.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário consiste em Investigar as possibilidades de interlocução entre a teoria e a prática psicanalíticas e o espaço hospitalar, mais especificamente as Unidades de Tratamento Intensivo. Os objetivos secundário são os seguintes: (i) analisar as possibilidades de atuação do psicanalista na UTI; (ii) compreender os fenômenos emergentes nesse espaço a partir do olhar psicanalítico; (iii) examinar o impacto das dinâmicas institucionais na atuação do psicanalista e (iv) verificar a possibilidades de uma psicanálise extramuros para além do dispositivo da escuta clínica individual.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No que tange aos riscos, o pesquisador apenas enuncia que "A presente pesquisa envolve riscos

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 4.696.808

mínimos."

Registra-se que, de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, risco consiste na "possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente". Ainda, conforme o item III.1 da Resolução citada, na avaliação ética dos riscos deve haver a ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos. Na presente pesquisa, verifica-se que não há a probabilidade de que a pesquisa ocasione aos participantes danos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Com efeito, trata-se de uma pesquisa com risco mínimo na medida em que implica tão somente a aplicação de testes psicológicos a participantes que, conforme os dados do protocolo, não apresentam uma condição específica de vulnerabilidade. Sendo assim, a pesquisa não acarreta para o participante risco maior que os encontráveis na prática dos atos ordinários da vida cotidiana.

Em relação aos benefícios, o pesquisador enuncia que "Visa contribuir com a produção de material científico relacionado à psicanálise em extensão e as práticas psicológicas no contexto de UTI."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta apresenta relevância social e acadêmica.

A pesquisa apresenta orçamento adequado do ponto de vista ético.

Com relação ao cronograma, parte-se do entendimento de que o pesquisador cometeu erro material ao preenchê-lo e que a pesquisa envolvendo seres humanos não foi realizada sem a aprovação deste Comitê. O currículo do pesquisador responsável está em consonância com a pesquisa a ser executada.

Com efeito, a presente pesquisa aplica procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, dessa forma, em relação à análise ética desses procedimentos metodológicos essa implica tão somente a verificação dos riscos que ocasionam para o participante e o seu impacto sobre os direitos dos participantes. Ademais, sublinha-se que não cabe ao Sistema CEP/CONEP a análise do desenho metodológico.

O instrumento que será aplicado aos participantes revela-se adequado, trata-se de entrevistas sobre aspectos pessoais concernentes à atuação profissional do participante, mas que se revelam razoáveis do ponto de vista da penetração da esfera de privacidade dos indivíduos em face da

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 4.696.808

busca pela produção de conhecimento científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto não se encontra preenchida, contudo, houve a apresentação de mensagem eletrônica da qual consta a autorização para a realização da presente pesquisa.

A Resolução nº CNS 466/12, especificamente com seu IV.3, estabelece o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Consoante tal dispositivo, o Termo ora apresenta se encontra adequado.

Recomendações:

Registra-se que compete ao pesquisador responsável, conforme a Resolução nº 466/12:

- a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;
- b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- c) desenvolver o projeto conforme delineado;
- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Observação: Ao final da pesquisa enviar Relatório de Finalização da Pesquisa ao CEP. O envio de relatórios deverá ocorrer pela Plataforma Brasil, por meio de notificação de evento. O modelo do relatório encontra-se disponível na página do UniCEUB.

http://www.uniceub.br/instituicao/pesquisa/ins030_pesquisacomitebio.aspx, em Relatório de Finalização e Acompanhamento de Pesquisa.

Recomenda-se que o pesquisador siga os ditames constantes da Resolução nº 510, de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB**



Continuação do Parecer: 4.696.808

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa se encontra apta a ser iniciada. No entanto, registra-se que a pesquisa não apresenta orçamento adequado do ponto de vista ético, embora seja identificado o financiamento próprio. Com relação ao cronograma, parte-se do entendimento de que o pesquisador cometeu erro material ao preenchê-lo e que a pesquisa envolvendo seres humanos não foi realizada sem a aprovação deste Comitê.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo previamente avaliado, com parecer n. 4.696.733/21, tendo sido homologado na 6ª Reunião Ordinária do CEP-UnICEUB do ano, em 23 de abril de 2021.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1711180.pdf	30/03/2021 11:23:45		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	AnuenciaSubmissaoPesquisa.pdf	30/03/2021 11:23:01	Yasmim Varella Barca Araujo	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	30/03/2021 11:22:00	Yasmim Varella Barca Araujo	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	15/03/2021 19:18:00	Yasmim Varella Barca Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	15/03/2021 19:17:29	Yasmim Varella Barca Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/03/2021 19:16:45	Yasmim Varella Barca Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA - UNICEUB



Continuação do Parecer: 4.696.808

BRASILIA, 06 de Maio de 2021

Assinado por:
Marilia de Queiroz Dias Jacome
(Coordenador(a))

Endereço: SEPN 707/907 - Bloco 6, sala 6.205, 2º andar

Bairro: Setor Universitário

CEP: 70.790-075

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3966-1511

E-mail: cep.uniceub@uniceub.br