

O DESAMPARO NA UTI: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA DA EXPERIÊNCIA DE PACIENTES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Helplessness in the ICU: A Psychoanalytic Analysis of the Experience of Patients at a University Hospital

El Desamparo en la UCI: Un Análisis Psicoanalítico de la Experiencia de Paciente en un Hospital Universitario

L'Impuissance chez l'Unité de Soins Intensifs (USI) : Une Analyse Psychanalytique de l'Expérience des Patients d'un Hôpital Universitaire

10.5020/23590777.rs.v21i2.e10551

Fernanda Caiado G. Emrich

Psicóloga pela Universidade Federal de Goiás, Especialista em Terapia Intensiva no Programa de Residência Multiprofissional do Hospital das Clínicas da UFG (UFG/EBSERH).

Priscilla Melo Ribeiro de Lima

Mestre e doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (PPG-PSICC-UnB). Docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Goiás (PPGP-UFG).

Resumo

O desamparo sempre foi um tema central à psicanálise, ao qual Freud se dedicou em textos como “O mal-estar na civilização” (1930/1996e) e “O futuro de uma ilusão” (1927/1996c). A partir desse conceito, realizamos uma pesquisa qualitativa com pacientes que haviam sido internados em uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário. Utilizando do método de análise de conteúdo, as categorias desamparo e enlaçamento pulsional, desamparo e religiosidade, desamparo e finitude, e desamparo e transitoriedade foram analisadas a partir do referencial teórico psicanalítico. A análise nos possibilitou pensar na internação em terapia intensiva como uma vivência de (re)atualização do desamparo inicial que demanda do sujeito-paciente e do psicólogo/psicanalista lidar com questões que remontam à castração e à finitude. Diante da ameaça à vida e das fontes de sofrimento destacadas por Freud, o sujeito internado lança mão de algumas medidas paliativas para tentar amenizar sua angústia: a religiosidade, o apego às lembranças da família, a reflexão acerca da própria vida, fantasias acerca da volta para casa.

Palavras-chave: psicanálise; UTI; desamparo; angústia, morte; psicologia hospitalar.

Abstract

Helplessness has always been a central theme to psychoanalysis, to which Freud devoted himself in texts such as “The malaise in civilization” (1930/1996e) and “The future of an illusion” (1927/1996c), so based on this concept, we carried out qualitative research with patients admitted to an Intensive Care Unit of a university hospital. The helplessness and drive entanglement, helplessness and religiosity, helplessness and finitude, and helplessness and transience categories were analyzed from the psychoanalytic theoretical framework using the content analysis method. The analysis allowed us to think of admission to intensive care as an experience of (re) updating the initial helplessness that demands from the subject-patient and the psychologist/psychoanalyst to deal with issues that go back to castration and finitude. Faced with the threat to life and the sources of suffering highlighted by Freud, the hospitalized subject makes use of some palliative measures to try to alleviate their anguish: religiosity, attachment to family memories, reflection on their own life, and fantasies about the return home.

Keywords: *psychoanalysis; ICU; helplessness; anguish; death; hospital psychology.*

Resumen

El desamparo siempre fue un tema central para el psicoanálisis, a lo cual Freud se dedicó en textos como “El Malestar en la Cultura” (1930/1996e) y “El Futuro de una Ilusión” (1927/1996c). A partir de este concepto, realizamos una investigación cualitativa con pacientes que habían sido ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario. Utilizando el método de análisis de contenido, las categorías desamparo y enlazamiento pulsional, desamparo y religiosidad, desamparo y finitud, y desamparo y transitoriedad fueron analizadas a partir del referencial teórico psicoanalítico. El análisis nos permitió pensar en el ingreso en terapia intensiva como una experiencia de (re)actualización del desamparo inicial que demanda del sujeto-paciente y del psicólogo/psicoanalista lidiar con cuestiones que remontan a la castración y a la finitud. Ante la amenaza a la vida y de las fuentes de sufrimiento enfocadas por Freud, el sujeto ingresado utiliza algunas medidas paliativas para intentar amenizar su angustia: la religiosidad, el apego a los recuerdos de familia, la reflexión sobre la propia vida, fantasías sobre el regreso a casa.

Palabras clave: *psicoanálisis; UCI; desamparo; angustia, muerte; psicología hospitalar.*

Resumé

L'impuissance a toujours été un thème central et cher à la psychanalyse, auquel Freud s'est consacré dans des textes tels que «Le malaise dans la civilisation» (1930/1996e) et «L'avenir d'une illusion” (1927/1996c). À partir de cela, nous avons mené une recherche qualitative auprès de patients qui avaient été admis dans une unité de soins intensifs d'un hôpital universitaire. En utilisant la méthode d'analyse de contenu, les catégories impuissance et enchevêtrement pulsionnel, impuissance et religiosité, impuissance et finitude, et impuissance et éphémère ont été analysées à partir du cadre théorique psychanalytique. L'analyse nous a permis de penser l'admission chez l'USI comme une expérience de (ré)actualisation de l'impuissance initiale, laquelle oblige le sujet-patient et le psychologue/psychanalyste à faire face à des problématiques qui les renvoient à la castration et à la finitude. Face à la menace à la vie et aux sources de souffrance mises en évidence par Freud, le sujet hospitalisé recourt à quelques mesures palliatives pour essayer d'apaiser son angoisse : de la religiosité, l'attachement aux souvenirs familiaux, la réflexion sur sa propre vie, des fantasies sur le retour à la maison.

Mots-clés : *psychanalyse ; USI ; impuissance ; angoisse ; mort ; psychologie hospitalière.*

A psicanálise, saber cunhado por Freud no início do século XX, quebrou o paradigma moderno da racionalidade ao postular o inconsciente. A psicanálise afirma que a via para se ter acesso ao sujeito seria por onde a razão não comparece, isto é, nos atos falhos, nos chistes, nos sonhos e no sintoma. Nesse sentido, a psicanálise quebra também o paradigma do modelo biomédico e desloca o saber do mestre (do profissional de saúde) para o paciente. Fattore (2017) e Coppus e Netto (2016) discutem os desafios de sustentar tal saber no ambiente hospitalar e, mais especificamente, em ambientes marcados pela pressa e o tempo, vivenciado quase sempre como um inimigo, como em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O ambiente de terapia intensiva possui como marcas fundamentais, esse tempo apressado e a preocupação constante na manutenção da vida e luta contra a fragilidade do corpo diante da morte iminente. Freud (1930/1996e), em “O mal-estar na civilização”, já expunha sobre como a fragilidade da vida é uma fonte de sofrimento para a humanidade, sofrimento que emerge diante da impossibilidade de domínio completo da natureza e da nossa própria finitude. Entretanto, no desejo de evitar tal sofrimento ou amenizá-lo, a humanidade vem, ao longo dos milênios de existência, construindo maneiras de contornar a finitude e a natureza também.

Uma dessas formas é o desenvolvimento tecnológico, que auxilia o homem no enfrentamento do desamparo inicial e da fragilidade do corpo, sendo levada a todas as esferas da vida humana, inclusive aos ambientes hospitalares. O avanço da ciência hospitalar vem permitindo um prolongamento da vida em seu sentido mais literal: um corpo cansado, ferido e imóvel que, ligado a respiradores, máquinas de diálise, monitores, tem uma possibilidade de recuperação e/ou prolongamento da vida. Paradoxalmente, o homem biônico conectado a diversos computadores, fortalecido em metal e eletricidade, escancara a fragilidade da humanidade. Freud (1930/1996e) ressalta como a ciência busca construir formas para amenizar o sofrimento decorrente dessa fragilidade. Ele afirma: “Através de cada instrumento, o homem recria seus próprios órgãos, motores ou sensoriais, ou amplia os limites de seu funcionamento” (p. 96). Essa ampliação diz respeito, atualmente, às diversas tentativas de prolongamento e manutenção da vida.

A UTI é um espaço no qual os diversos órgãos internos são, de certa forma, recriados: o coração que falha permanece batendo pela ação da noradrenalina injetada; os rins permanecem em funcionamento por meio da máquina de diálise; o pulmão respira pelo tubo orotraqueal etc. É um lugar com temperatura ambiente baixa, silencioso, onde o único barulho que se ouve é o barulho dos aparelhos e monitores. Nesse espaço, transitam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e sujeitos feridos, adoecidos, estáticos em leitos, demandando respostas curativas, rápidas e precisas. Determinados pelo imperativo de uma única velocidade de tempo, os profissionais se vêem obrigados a deixar de lado outras dimensões temporais presentes no atendimento ao sujeito doente. Para além da pressa, aparecem situações de procedimentos extremamente invasivos, aparelhos tecnológicos, cabos e fios conectados, e bipes ensurdecedores. O tempo da pressa na UTI atropela todos que atravessarem seu caminho: a prioridade é salvar o corpo doente. De acordo com Fattore (2017), no ambiente de terapia intensiva,

Há a presença real da incerteza sobre a continuidade da vida; há o contato com a possibilidade de morte. É muitas vezes ocasião de desamparo, de modo que falar a fim de elaborar e aceitar a esta condição frequentemente é insuficiente. Pode-se entrever que nem sempre a atuação em UTI ocorre na ordem de uma possível indicação terapêutica. Trata-se de pensar na intervenção como o que pode ter efeito analítico em condições não analíticas, diante da necessidade aberta pela urgência. (p. 82)

Nesse sentido, Machado (2011) considera que o desamparo é a pedra elementar da posição subjetiva em uma instituição hospitalar. É importante destacar que desamparo é aqui compreendido a partir do conceito freudiano que ressalta que, diante da vida e da morte, o ser humano está mergulhado em um “sentimento oceânico” que reflete sua fragilidade diante das fontes de sofrimento (Freud, 1930/1996e). Esse desamparo é inicialmente sentido ao nascer, quando, separado do corpo materno, o bebê precisa lidar com separação, e, no decorrer da vida, vai ser percebido de diversas formas. A doença, o risco de morte e o envelhecimento são situações em que esse desamparo é mais fortemente percebido. O processo de adoecimento desencadeia um descentramento subjetivo que admite várias roupagens, “cujo espectro vai dos modos submissos aos mais reativos, passando pela indiferença, pelo horror, pelo fascínio”, afirma Rocha (2007 citado em Machado, 2011, p. 89).

No trabalho cotidiano com pacientes internados em uma UTI de um hospital universitário, nos deparamos com esse desamparo diante da possibilidade quase concreta da morte. Esses sujeitos-pacientes padecem de dores físicas e psíquicas, e são convocados a lidar, de forma quase compulsória e violenta (Fattore, 2017), com o real da morte. Essa convocação se estende, também, aos profissionais que acompanham e escutam esse sofrimento.

Tal desamparo imperativo assume diversos contornos. Neste trabalho, pautado na noção de desamparo em Freud, discutiremos sobre essas formas de expressão do desamparo a partir da escuta de sujeitos que estiveram internados na UTI de um hospital universitário.

Desamparo e a Unidade de Terapia Intensiva

Primeiramente, é importante pensar em que contexto o desamparo aparece na psicanálise freudiana. Em “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud (1926/1996d) coloca o nascimento como primeira experiência de desamparo e castração do sujeito, porque é nela que há a separação da mãe e a conseqüente instauração da falta. Essa falta diz respeito à compreensão de que o ser humano, ao nascer e ser separado do corpo materno, perde a sensação de completude. Freud entende que a angústia (traduzida como ansiedade) da separação e a experiência da castração acompanharão o sujeito ao longo de todo o percurso de sua vida, se intensificando em momentos de castração real, tal como a proximidade da morte. Segundo o autor: “No homem, o nascimento proporciona uma experiência prototípica desse tipo, e ficamos inclinados, portanto, a considerar os estados de ansiedade como uma reprodução do trauma de nascimento” (Freud, 1926/1996d, p. 132).

Freud afirma que tal experiência de nascimento é a primeira experiência disparadora do sentimento de angústia, que pode também ser entendido como medo da castração enquanto reação à perda sentida do objeto primordial (a mãe). Entretanto ao longo do desenvolvimento psíquico do sujeito e com a dissolução do complexo de Édipo, se torna possível a despersonalização do agente parental do qual se temia a castração, de forma que o objeto de angústia se torna menos definido, podendo assumir qualquer outra roupagem, ou seja, ao longo do desenvolvimento psíquico do sujeito, o objeto de angústia de castração pode tomar qualquer forma que remeta ao objeto primordial.

É nesse sentido que se reforça a ideia de que qualquer experiência de castração é uma atualização da primeira experiência traumática humana. A proximidade da morte, paradoxalmente, nos remete à proximidade da nossa primeira experiência de vida, entendendo ambas como experiências castradoras, isto é, instauradoras da falta. Dessa forma, de acordo com Simonetti (2018), podemos compreender a experiência em UTI como uma (re)atualização do desamparo inicial, e mais: da mesma forma que o encontro com desamparo pode assumir diversas roupagens ao longo da história do sujeito, o contorno e a elaboração deste também é variável.

Ao discutir acerca do contato com experiências castradoras e que rememoram o sujeito de seu desamparo, como no texto “O estranho” (1919/1996b), Freud afirma: “Uma vez que quase todos nós ainda pensamos como selvagens acerca desse tópico, não é motivo para surpresa o fato de que o primitivo medo da morte ainda é tão intenso dentro de nós e está sempre pronto a vir à superfície por qualquer provocação” (1919/1996b, p. 259). Essa provocação pode ser aqui pensada como sendo a internação na UTI, local que escancara a fragilidade dos nossos corpos e evidencia o contato com a finitude.

Em outra obra de análise cultural, “O futuro de uma ilusão” (1927/1996c), Freud também ressalta como alguns eventos podem despertar a angústia. Entre eles, o autor dá destaque às doenças que:

só recentemente identificamos como sendo ataques oriundos de outros organismos, e, finalmente, o penoso enigma da morte, contra o qual remédio algum foi encontrado e provavelmente nunca será. É com essas forças que a natureza se ergue contra nós, majestosa, cruel e inexorável; uma vez mais nos traz à nossa mente fraqueza e desamparo, de que pensávamos ter fugido através do trabalho de civilização. (pp. 24-25)

Diante dessa ameaça que a doença e a fragilidade do corpo diante dela, podemos analisar a UTI como um lugar construído e pensado para combater ataques de outros organismos e/ou doenças em geral e, dessa forma, evitar ao máximo o penoso enigma da morte. Entretanto Freud (1927/1996c, 1930/1996e) ressalta que as fontes de sofrimento são constantes e que não há solução possível e duradoura para angústia do desamparo.

Entendemos a experiência na UTI como uma experiência que, ao lidar com o risco de morte, promove uma atualização do desamparo, cuja experiência pode gerar as mais diferentes formas de elaboração: “Passando pela indiferença, pelo horror, pelo fascínio” (Rocha, 2007 citado em Machado, 2011, p. 89). Tendo em vista as (re)atualizações da angústia do desamparo que a UTI propicia, realizamos uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória com o objetivo de investigar como o desamparo é vivenciado por pacientes que passaram pela experiência de UTI. Além disso, também objetivamos refletir acerca da importância de que um espaço de escuta seja ofertado aos pacientes em situações de enfrentamento da terminalidade da vida. Nosso objeto de investigação é, portanto, o desamparo vivenciado por pacientes na UTI.

Percurso Metodológico

Esta pesquisa de cunho qualitativo foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil. Foi realizada com cinco participantes internados em um hospital universitário e que vivenciaram um período de internação na Unidade de Terapia Intensiva. Os participantes tiveram pelo menos três contatos prévios com a pesquisadora antes da geração de dados. Esses contatos se deram através da prática cotidiana da pesquisadora, que realizava sua residência multiprofissional durante a pesquisa. Os participantes foram convidados pela pesquisadora a participarem da pesquisa e todos os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse momento foi frisado o caráter de sigilo dos relatos e de anonimato das informações dos participantes, seguindo todos os preceitos éticos. Os critérios de inclusão e exclusão para composição da nossa amostra foram: (1) internação em alguma enfermaria do hospital no pós-alta da UTI; (2) ausência de alterações do nível de consciência e de orientação alopsíquica; (3) disponibilidade em falar acerca sua experiência; (4) possuir um vínculo prévio com a pesquisadora durante período de internação na UTI, com no mínimo três atendimentos durante esse período.

Foram selecionados cinco participantes que se encaixavam nos critérios descritos, e as entrevistas foram realizadas ao longo dos meses de abril a agosto de 2019. Dos cinco participantes, três são do sexo feminino e dois do sexo masculino, com uma média de idade de 59 anos. É importante ressaltar a dificuldade de se encontrar pacientes que se encaixassem em tais critérios, principalmente pela grande ocorrência de episódios de confusão mental em pacientes durante e após internações em UTIs.

O método utilizado para a geração dos dados foi a entrevista episódica conforme descrita por Flick (2002). A pesquisadora compareceu às clínicas nas quais os pacientes se encontravam internados, estabeleceu um *rapport* inicial, avaliou o estado psicológico geral no qual o possível participante se encontrava, explicou acerca a pesquisa e seus objetivos. Caso o paciente concordasse em participar da pesquisa, a pesquisadora procedia à leitura do TCLE em conjunto com o paciente. A entrevista episódica é um tipo de entrevista aberta e com uma única pergunta norteadora: “Conte-me sobre sua experiência na UTI”.

Realizamos uma única entrevista com cada participante. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e, posteriormente, transcritas para a realização da análise. A atuação com os pacientes internados teve sempre como princípio ético de atuação o respeito e a escuta atenta diante das fragilidades que essa condição impõe. É importante ressaltar a condição de fragilidade psíquica e física dos pacientes em situação de pós-alta de UTI, de forma que, durante a entrevista, a pesquisadora teve o cuidado de avaliar possíveis reações desencadeadas pela rememoração da experiência. Caso ocorresse alguma desestabilização afetiva, a entrevista seria interrompida imediatamente e o paciente seria acolhido.

Para análise de dados, utilizamos a análise de conteúdo, desenvolvida por Bardin (1977/2016), com interpretação à luz da teoria psicanalítica. A análise de conteúdo, de acordo com Campos (2004), é um conjunto de técnicas de análise de produções semânticas, a partir das quais o pesquisador analisa o material em questão. O pesquisador busca compreender o sentido construído pelo próprio participante, assim, as categorias de análise são levantadas após a entrevista e leitura da transcrição. Bardin (1977/2016) estabelece as seguintes fases para a organização e análise dos dados: (1) exploração do material (pré-análise, exploração e tratamento dos resultados) (2) seleção das unidades de análise; e (3) categorização e subcategorização.

Após a gravação e transcrição das entrevistas realizadas, fizemos leituras do material gerado. As leituras nos proporcionaram identificar e selecionar as unidades de análise de acordo com o tema da pesquisa. Em seguida, essas unidades de análise foram categorizadas. Primeiramente, a partir das unidades trazidas pelos participantes; posteriormente, em categorias a partir do nosso referencial teórico. Dessa forma, a psicanálise nos forneceu o corpo teórico que norteou a análise semântica dos conteúdos observados nas entrevistas. Como o número de participantes foi reduzido, não procedemos à análise quantitativa, conforme orientado por Bardin (1977/2016). Partimos diretamente para a análise qualitativa das categorias.

Resultados e Discussão

A partir da leitura e organização dos dados gerados a partir das entrevistas, pudemos identificar as seguintes unidades de análise temáticas, observadas nas falas dos participantes: família, morte, religião/Deus, tempo e resignificação de experiências. Essas unidades foram organizadas em quatro categorias de análise à luz da teoria psicanalítica: (a) desamparo e enlaçamento pulsional; (b) desamparo e religiosidade; (c) desamparo e finitude; e (d) desamparo e transitoriedade. A fim de preservar o anonimato dos participantes, lhes foram dados nomes fictícios: Sr.^a Sinamor, Sr.^a Bomtempo, Sr.^a Aparecida, Sr. Álvares e Sr. Gentil.

A Sr.^a Sinamor, 53 anos, permaneceu internada por quatro dias na UTI e, ao todo, no hospital, por sete. É solteira, católica e foi acompanhada pela filha única. Possui doença renal crônica e internou na UTI para observação após retirada das glândulas paratireóides. A Sr.^a Bomtempo, 59 anos, permaneceu por cinco dias na UTI devido a complicações de um câncer – adenocarcinoma de cólon com metástase de reto. Era evangélica, possuía dois filhos, foi acompanhada pelo marido e permaneceu por 14 dias internada no hospital, até a data de seu óbito. Ela faleceu 11 dias após a entrevista. A Sr.^a Aparecida, 63 anos, permaneceu na UTI por cinco dias após operação de revisão de colostomia. Ela já estava utilizando a colostomia havia um ano devido a um adenocarcinoma de cólon tratado. Ela é solteira, e afirmou acreditar em Deus sem uma religião específica. Durante a internação no hospital, estava acompanhada por sua filha.

O Sr. Álvares, 63 anos, é casado, tem dois filhos e afirmou ser evangélico. Possui lúpus eritomatroso sistêmico, e permaneceu internado na UTI por oito dias por nefrite lúpica e insuficiência renal aguda dialítica. Ele permaneceu no hospital por 60 dias após alta da UTI. O Sr. Gentil, 67 anos, é casado e tem 3 filhas. Estava acompanhado pela esposa durante sua estadia no hospital. Permaneceu internado por 20 dias, sendo nove dias na UTI. Ele possui miocardiopatia e sua internação na UTI foi feita após quadro de insuficiência renal e também respiratória aguda, devido à baixa adesão ao tratamento, com a prescrição de hemodiálise.

Desamparo e Enlaçamento Pulsional

Nas discussões freudianas acerca do desamparo, é sempre presente a importância da pulsão e seu enlaçamento objetal. Inicialmente, Freud categoriza as forças pulsionais como ‘libido’, posteriormente nomeadas de ‘pulsão de vida’. Freud afirma que seria essa força a que contrapõe o imperativo da morte. Amor, Eros, pulsão de vida ou libido: é a força que nos permite o investimento em outros objetos, e, assim, prolongarmos a vida. A responsabilidade da pulsão de vida é sempre fazer novas ligações e manter o sujeito no circuito da vida.

Em um de seus últimos textos, intitulado “Esboço de psicanálise” (1940/1996h), Freud apresenta a relação entre libido e pulsão de morte, colocando a energia pulsional libidinal como a pulsão que preserva a vida, que unifica, que agrega, que investe novos objetos. Em se tratando de pacientes em UTI, refletir sobre a pulsão de vida é de fundamental importância. Além de estarem lutando pela vida biológica, é notável observar a forma como os pacientes internados, por vezes, fortalecem seus laços com entes queridos e se apegam a eles a ponto de a separação durante o período de internação ser percebida como insuportável.

A Sr.^a Sinamor afirmou que a entrada na UTI lhe trouxe um abalo psíquico, mas que se sentiu muito amada pelas pessoas de sua família. Ela conta:

Num sei quantas mensagens de tanto apoio que recebi. Minha irmã veio lá do Tocantins, mais minha mãe, só pra cirurgia. Então, dá esse reforço pra gente. Eu nem celular eu num tenho. Mas eu recebo pelo do meu esposo, das minhas meninas...

então me sinto muito amada. E isso ajuda muito. (...) Amor é coisa muito séria. Profunda. E é o que me ajuda, realmente, superar cada dia... Eu também tenho uns netinhos, eles que me dão força. É muito bom viver, né?!

A Sr.^a Aparecida relatou o alívio que sentiu quando a equipe médica lhe noticiou que ela tinha recebido alta da UTI e seria encaminhada para o quarto: *“Ai... foi um alívio. Foi um alívio tão grande! Falei: ‘nossa, agora vou pro meu quarto. Sei que não vou embora pra casa agora, mas eu tô num lugarzinho onde tô vendo minha filha, tô vendo as pessoas perto’”*.

É possível destacar nessas e em outras falas certos “pontos de ancoragem”, aos quais Freud se refere como pulsão de vida. Todos os pacientes entrevistados trouxeram em suas falas referências ao que chamamos de pulsão de vida e de enlaçamento libidinal. Observamos isto tanto no que diz respeito aos entes queridos quanto à própria ideia de cura. Diante da situação de desamparo que a internação na UTI desperta, a noção de amor da família parece apontar como uma forma de minimizar o desamparo.

É interessante observar que, apesar de Freud destacar em “O mal-estar na civilização” (1930/1996e) as relações humanas como uma das principais fontes de sofrimento, ele também as coloca como fonte de prazer. Citando o poeta e filósofo Schiller, Freud afirma que são “a fome e o amor que movem o mundo” (p.121). O Sr. Gentil ressalta como seu amor por sua família o ajudou a lutar contra a vontade de desistir da vida: *“Eu gosto demais da minha família... (pausa pra choro) Minha família, pra mim, é um amor... Pensava neles sempre que pensava em desistir, aí a vontade de voltar pra casa, de ficar bom logo aparecia de novo”*. Notamos aqui como os objetos libidinais funcionaram para que Sr. Gentil suportasse dar continuidade à sua experiência de internação na UTI e visse sentido em sair dela.

Em uma passagem interessante de “O estranho” (1919/1996b), Freud destaca que “o amor é a saudade de casa” (p. 262). Nesse sentido, podemos pensar na noção de amor, libido, como um retorno: ele só existe porque o sujeito foi convocado a tentar sair de seu desamparo e realizar o movimento de se lembrar da casa, ou seja, retomar a busca pela completude e pela familiaridade. Como Sr. Gentil disse: *“Eu só pensava em ir de alta... em ir pra casa pra ficar com minha família...”*.

Nesse sentido do amor como saudade de casa, também fica evidenciado a relação anteriormente discutida acerca da ambivalência entre vida e morte: o retorno à completude, à vida intrauterina, antes da instauração da falta, é também uma busca de retorno ao inanimado, o inorgânico. O enlaçamento pulsional, o desejo de vida, existe porque a castração é inscrita a partir do momento que nascemos. A experiência na unidade de terapia intensiva é o escancaramento da castração, no qual há a perda de autonomia do sujeito, a privação de contato com a família e a perda de um estágio de saúde anterior. A saída da UTI e o retorno ao convívio com os familiares, mesmo que em um quarto de hospital, pode ser pensada como uma volta à vida e ao que é familiar. Esse retorno, floreado pelas vias do amor, fortalece o sujeito egoicamente.

Desamparo e Religiosidade

Outra roupagem do desamparo a ser considerada neste trabalho é a da religiosidade. Em “O futuro de uma ilusão” (1927/1996c), Freud afirma que a humanidade desenvolveu a ideia de que “a própria morte não é uma extinção, não constitui um retorno ao inanimado inorgânico, mas o começo de um novo tipo de existência que se acha no caminho da evolução para algo mais elevado” (p. 28), a fim de tornar a ideia de finitude mais suportável psiquicamente. Dessa forma, se torna possível compreender que a religiosidade, para a psicanálise, é uma forma de defesa contra o desamparo inicial vivido durante a infância. Freud ressalta a necessidade do homem de construir ideias e sistemas de pensamento que o ajudem a se proteger contra os destinos da natureza e da vida. A religiosidade teria, portanto, essa função. Simonetti (2018), ao discutir acerca do paciente religioso, afirma que a religiosidade ajuda as pessoas a atravessarem os momentos em que são confrontadas com a castração. Nesse sentido, a morte e a doença podem ser pensadas como as experiências mais evidentes desse reencontro com a castração. Simonetti ressalta que tal contato se escancara no hospital, trazendo a fé como uma possibilidade de enfrentamento a ser encorajada pelo psicólogo/psicanalista no hospital.

Em uma passagem interessante da narrativa da Sr.^a Bomtempo, que possui uma doença que a coloca em condição de terminalidade, pudemos observar a construção de sentido naquilo que não tem sentido – terminalidade e morte – que a religiosidade é capaz de fornecer ao sujeito. É possível observar como suas ideias e compreensões do transcendente lhe possibilitam uma perspectiva de fantasia do futuro:

A vida... Deus prepara... eu acho assim também, quando você tem uma recuperação igual eu tô tendo, é porque Deus tem algum propósito na vida da gente, entendeu? [...] É que Deus ainda tem muita coisa pra você... muita coisa boa pra você, sabe? Porque a gente não tá aqui à toa, né?! A gente tem alguma coisa boa pra frente, eu tenho certeza... Algum propósito bom... Deus tá preparando pra mim, né, porque tem muita caminhada ainda pela frente... né?! E eu vou ter com muita fé em Deus...

Em “O futuro de uma ilusão” (1927/1996c), Freud aponta para a construção da ideia de que todos os eventos do mundo constituem uma expressão de uma força superior direcionada a nós, de forma que ordena a vida. Nesse sentido, é a religiosidade que permite à Senhora Bomtempo, mesmo em sua condição clínica, acreditar que há uma força que ordena o presente, projeta o futuro e a faz suportar seu adoecimento. Essa ideia nos parece muito próxima e compatível com a ideia de pulsão de vida, cuja função é justamente ser organizadora.

A narrativa de outra participante, a Sr.^a Aparecida, também nos permite visualizar a forma como a religiosidade a auxiliou a contornar o desamparo de se estar em uma UTI. Ela nos relatou:

Eu tenho buscado em Deus essa ajuda, graças a Deus, viu? Eu me superei... Aquele dia, orei muito, orei muito... a noite toda. Eu orei, pedi a Deus pra me tirar dali se fosse a hora, que Ele fizesse o melhor. (...). Eu tô preparando pra agir, porque eu tô orando e deixando na mão de Deus. Deus é que vai abrir as portas pra que eu possa fazer... (...).

O dia ao qual a Senhora Aparecida faz referência foi durante sua internação na UTI. Nesse dia, ela experimentou uma crise de pânico, nomeada dessa forma por ela mesma. No momento da crise, a única coisa que a acalentou foi um endereçamento de oração em conjunto com a psicóloga pesquisadora. A busca por consolo e força no pedido a um ser supremo – Deus, na experiência de Aparecida – reforça a ideia de como o desamparo desencadeia uma série de defesas que funcionam como uma espécie de ancoragem ante a ameaça de aniquilação experimentada pela angústia. Essas defesas vão desde o endereçamento de uma oração até o apego a crenças e objetos que trazem algum tipo de conforto e significação de segurança e amparo.

Freud (1927/1996c) elabora a ideia da importância do homem personificar seu medo e sua angústia em objetos ou entes espirituais em uma tentativa de compreensão e de controle. Diante do desamparo reativado pela internação na Unidade de Terapia Intensiva, a Sr.^a Aparecida, em determinado momento de sua narrativa, nos falou da sensação de perda de controle na UTI como causa de sua “crise de pânico”. Ela ressaltou como a oração foi um recurso para conseguir enfrentar a perda de controle: “Ah, o pânico. *Aí, veio aquele pânico, como duas vezes, né? *Aí, eu... entro em desespero, e eu fico desesperada, choro... Acho que esse pânico vem muito de eu perder as rédeas da situação, né? Mas aí... eu oro*”.*

Percebemos aqui uma aproximação com a fala da Sr.^a Bomtempo de que “*a vida, Deus prepara*”, com esse movimento de entrega do seu destino incerto nas mãos do Deus no qual acredita. Na narrativa da Senhora Aparecida, essa construção aparece diante da perda de controle. Em ambas as falas, percebemos que, apesar da destituição da autonomia do destino de suas vidas, é um Deus que as ama e as protege quem controla esse destino. A busca por um pai cuidador e protetor, que está sempre presente e onisciente, é uma forma de amenizar o desamparo, ressaltam Freud (1927/1996c) e Pinto (2005).

Sr.^a Sinamor trouxe também em suas falas algo parecido com o que foi apresentado pela senhoras Bomtempo e Aparecida, no sentido da religiosidade manifestada através da confiança de que Deus vai cuidar de sua vida no momento em que se encontra ameaçada. Ela afirmou: “*Eu te falei que tenho muita fé em Deus... Deus é tão poderoso que, no momento que tive que fazer a cirurgia, já falei pra ele ‘Deus, tá nas mãos do senhor...’ e as dores desapareceram nessa hora e a cirurgia foi um sucesso (...), e eu vou levando aí, né, até quando Deus quiser*.”

Pinto (2005) discorre acerca desse retorno ao divino, religioso, sagrado que o sujeito apresenta nos momentos de internação em instituições hospitalares. A UTI (e outras novas formas de terapêuticas e intervenções médicas) são interpretadas por Pinto como uma “nova versão do pai” em seu aspecto de proteger e evitar o encontro do sujeito com a castração, isto é, a morte. Diante desse encontro com a proteção paterna em uma situação de risco de morte, o sujeito fica suscetível a fazer um movimento de retorno ou busca por uma religiosidade e um pai protetor e onipotente.

Nas narrativas de nossos participantes foi possível perceber esse movimento de busca por proteção e segurança quando se encontraram fragilizados, psiquicamente e fisiologicamente. Todos os sujeitos entrevistados trouxeram questões relacionadas com a religiosidade como fator protetivo frente ao desamparo.

Desamparo e Finitude

Nesta categoria, refletiremos sobre a relação do desamparo e a finitude, ou seja, a possibilidade concreta da morte. Diante da morte, as tentativas de contorno do desamparo se dão de maneiras psiquicamente menos elaboradas. Na situação de internação na UTI, observamos a quase inviabilidade de processos sublimatórios ou produções psíquicas que o auxiliassem nesse processo de encarar a própria finitude.

É em “Além do princípio do prazer” que Freud (1920/1996a) introduz o conceito de pulsão de morte. Esse conceito foi desenvolvido a partir da observação clínica da compulsão à repetição. Diante disso, Freud elabora a ideia de que existe uma força que empuxa o sujeito para trás, com uma forte tendência ao desligamento libidinal e um retorno ao inorgânico. Tal retorno, como exposto anteriormente, visa o (re)contato com uma forma de vida na qual não havia a instauração da falta, isto

é, um momento prévio ao nascimento. Para Freud, tal pulsão, diferentemente da noção de enlaçamento da pulsão de vida, seria uma força desagregadora, inexorável, que não permite elaborações ou sublimação, pois remonta à cessação da vida – a morte.

A Sr.^a Sinamor, enquanto nos contava acerca de sua experiência na UTI, relatou que tinha medo da equipe se esquecer dela e passar da hora de seus medicamentos e cuidados. Ao ser perguntada sobre o que significava esse esquecimento, ela nos respondeu: “*Ah, morrer...pra mim, é morrer, né?!.*”. Apesar da aparente desconexão com a pergunta feita, sua resposta nos remete à impossibilidade de elaboração frente à ameaça concreta da morte: ela precisava da medicação para garantir sua luta pela sobrevivência e o esquecimento da equipe implicaria na sua possível morte. Em seguida a essa resposta, ela disse: “*O tratamento é intensivo... Qualquer falha é fatal.*”. Sua fala parece evidenciar uma dificuldade em falar diretamente sobre seu medo da morte, a qual ela parece apenas tatear e tentar contornar. É mais suportável dizer que seu medo era de a equipe esquecer de seus cuidados do que falar acerca de seu medo de morrer. Tal fala evidencia a dificuldade de se lidar com a morte e a terminalidade.

Para além da dificuldade de elaboração acerca da terminalidade, outro aspecto relevante é apontado por Freud em “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1915/1996f): “No fundo ninguém crê em sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade” (p.163). Apesar da impossibilidade, apontada por Freud, de crença na própria morte – no sentido de elaboração da finitude –, diversas situações evocam no sujeito a angústia e a busca por dar contorno à constatação do real da morte. Há de se esperar uma exacerbação dessa dificuldade dos sujeitos que se veem compulsoriamente obrigados a lidar com a possibilidade da morte, como é o caso dos sujeitos internados em uma UTI. Durante as entrevistas, percebemos que, em diversos momentos, os participantes trouxeram em suas narrativas afirmações acerca do não-sentido e das bordas do que não se permite ser simbolizado. A Senhora Aparecida se questionou:

E se eu não existir mais, quem vai ficar no meu lugar? Quero que outro vem e esteja preparado pra fazer, seguir... sabia? Mas é... A gente passa coisa pela cabeça que não é brincadeira não, viu? Tipo... tudo. A gente começa a pensar no dia que nasce até o dia que morre... E o dia que morre não tem depois, eu acho, né?! Mistério.

Nessa fala, percebemos uma tentativa de elaboração através da construção de uma fantasia de quem dará continuidade às suas tarefas e atribuições, já que a ideia de fim completo lhe parece insuportável. Também é possível retomar a ideia, anteriormente discutida, da experiência de reatualização do desamparo que aparece na fala de Sr.^a Aparecida ao refletir sobre a dicotomia da vida e da morte: “*A gente volta... uma retrospectiva, né?! Fazendo uma reviravolta na vida da gente.*”. É como se ela enlaçasse a vida e a morte, ao mesmo tempo em que as coloca como antagônicas.

O Sr. Álvares, que diversas vezes teve sua alta adiada da UTI por descompensamentos causados pelo seu nível de angústia psíquica, fez um relato que reflete essa impossibilidade de elaboração simbólica daquilo que vivenciou – a quase-morte. Durante os dias que permaneceu internado na UTI, ele relata que tinha diversos pesadelos todas as noites. Os episódios nos fazem retomar as ideias elaboradas por Freud em “Além do princípio do prazer” acerca dos sonhos repetitivos relatados pelos soldados advindos da guerra. O Sr. Álvares relembra:

Tinha hora que parece que a terra desmanchava, virava tudo assim, coisa esquisita. Assim, parece que, de repente, tudo revirava, revirava tudo, sabe. E aquilo, às vezes, me assustava, me assustava muito, (...) porque, assim, você começa a dormir, aí você tem aquele... tem vezes de eu ter aquele, que você tava caindo, de repente parecia que eu tava caindo do alto, né?! Tipo, se tivesse caindo do alto, pra morte, vamos dizer assim. É... como nunca tinha tido... foi assim, uma experienciazinha não muito agradável, não. (...) É isso aí... Pra mim, a UTI foi uma experiência meio traumática... Não vou dizer que foi tranquila, não, porque nunca tinha passado por isso, não (...) Torcer pra que [eu] não volte [para a UTI] mais.

Diante da lembrança do horror e da angústia causados pelos sonhos catastróficos, metaforicamente pensados como o ato de morrer, o Sr. Álvares nomeou essa vivência de “*experienciazinha*”. O uso do diminutivo parece-nos ser um recurso de tornar sua experienciazinha menor do que realmente havia sido em relação ao sofrimento psíquico. Sua fala final de “*torcer para que não volte mais*” parece incongruente com todo o quadro vivenciado por ele na UTI: a cada vez que se aproximava da alta, seu nível de sofrimento desencadeava taquicardia e dispnéia, o que adiava sua alta. Essa situação nos remonta à discussão acerca da compulsão à repetição na medida que o Sr. Álvares repetidamente se descompensava, o que o fazia permanecer no local que ele mesmo associava com sua própria finitude e como fonte de sua angústia.

Outro elemento interessante e que vai ao encontro da ideia defendida em “Além do princípio do prazer” é que o Sr. Álvares seguiu sonhando com a experiência na UTI mesmo após a alta para a enfermaria. Esse fato, observado pela psicóloga pesquisadora durante acompanhamento após a saída da UTI, parece reforçar a ideia do “*torcer para que não volte mais*” se constituiu como uma defesa ante algo que seguia insistindo constantemente em retornar: a atualização de seu desamparo.

Percebemos que a experiência na Unidade de Terapia Intensiva convoca o sujeito a encarar a terminalidade com a própria dureza que esse conceito carrega. Entendemos que, apesar das demais categorias analisadas levantarem questões acerca de possíveis elaborações frente ao desamparo, existe um limite em todas elas. Considerando a morte como um fato desconhecido para os vivos, ela permanece como um fato, ou seja, uma certeza. É interessante pensar que a utilização da palavra na elaboração da morte, apesar de não se fazer suficiente para contornar toda a experiência, se faz extremamente necessária como tentativa de elaboração da ansiedade de castração do sujeito.

Desamparo e Transitoriedade

Sobre o tempo na UTI, Fattore (2017) ressalta como ela é um local marcado pela pressa: há a urgência de se salvar uma vida que se encontra ameaçada e tal urgência atropela qualquer outro tipo de traço do sujeito que ali se encontra. Dessa forma, nesse movimento, necessário em ambientes como a UTI, onde há a proteção máxima à vida, há um risco mortal: da história do sujeito doente se confundir com a história da doença e ter sua subjetividade, ainda que momentaneamente, anulada. Dessa forma, cabe ao psicólogo/psicanalista possibilitar o resgate da articulação sujeito – sofrimento (seja origem orgânica e/ou psíquica) e possibilitar a articulação desse paciente com sua própria história de vida.

Tal resgate só se torna possível quando o sujeito se vê implicado em sua própria história e se reconhece na passagem de tempo. Kehl (2010), ao pensar na relação da história de cada sujeito e a passagem do tempo, postula que: “Se você não é no tempo, você não é. (p. 114)”, colocando a importância de resgate da história idiossincrática de cada um para que nos reconheçamos enquanto sujeitos.

Ainda sobre a relação do psiquismo com o tempo, Freud (1915/1996i), em “O inconsciente”, afirma que o inconsciente é atemporal. Nele não cabe a passagem de tempo da forma como nos é lógica, ou seja, quantificada, medida e contada. No inconsciente, há o registro da quantidade de energia psíquica investida em cada experiência e em cada percurso, vivida de forma idiossincrática para cada sujeito. Nessa categoria, analisaremos os relatos dos participantes que trouxeram reflexões acerca da passagem do tempo e de que forma tal processo repercutiu na internação em UTI de cada sujeito entrevistado.

A internação do Sr. Gentil na UTI durou 9 dias, os quais, em suas próprias palavras, “pareceram anos”, período em que passou a maior parte do tempo chorando, causando muito desconforto na equipe. Observou-se que a internação na UTI foi disparadora de certa “labilidade emocional”, em que conteúdos outrora recalçados, retornaram, acarretando uma desorganização psíquica ao longo da entrevista. Em uma fala, Sr. Gentil afirmou: “Não, eu sempre sou assim mesmo, emotivo. Não é tanto, não, mas esses dias internado desabou mais”. Em outro momento, ele relatou:

“Não, hoje me sinto assim... diferente... principalmente ela, eu já dou mais valor a ela [à vida]. Achava que assim, ela era incapaz pra muitas coisas, hoje já vejo que num é... (...) Até comigo mesmo... É, que eu sei lá, parece que eu... achei jeito de ser uma pessoa diferente, uma pessoa melhor... uma pessoa mais compreensiva das coisas... (...). Já fiz cada coisa que, se fosse hoje, eu num teria coragem de fazer... Agi no psicológico da minha esposa, né? Esses trem apareciam pra mim lá [na UTI]... [choro] Culpa, muita culpa.”

As falas do Sr. Gentil carregam uma ambiguidade acerca da passagem do tempo: ao mesmo tempo que a internação na UTI foi importante para valorizar mais sua vida, ela foi um gatilho de retorno de conteúdos que lhe trouxeram um sentimento de culpa, dizendo também desse retorno desorganizador e quase insuportável. Tal fala nos remonta a um texto de Freud de 1916, intitulado “Sobre a transitoriedade” (1916/1996g). Nele, Freud reflete acerca da efemeridade do tempo vivido. Ele ressalta uma questão central – pensar sobre a efemeridade das coisas, das estações, da vida em si, poderia ser tanto fonte de sofrimento como de admiração. Em diversos momentos, tanto na entrevista do Sr. Gentil como nas demais, a constatação da passagem de tempo é percebida tanto como fonte de sofrimento quanto como fonte de valorização deste, a partir do que se percebe que a entrevista serviu também como um momento para que o sujeito tivesse realmente a oportunidade de colocar em palavras a experiência, não só da internação da UTI, mas do processo de adoecimento como um todo.

A Sr.^a Bomtempo, durante toda a entrevista, também trouxe passagens que nos remetem para esse momento de ressignificação acerca de sua vida, que parece reafirmar a análise de Freud de que: “A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição” (1916/1996g, p. 184). A Sr.^a Bomtempo ressaltou que aprendeu a dar mais valor a coisas imateriais quando recebeu o diagnóstico de sua doença e tomou conhecimento das limitações que seu adoecimento acarretou. Ela relatou:

“O que de bom achei em tudo isso aí é que antes eu era muito apegada em coisas materiais, fazia, às vezes, causo com umas coisinha boba, e hoje eu já não importo mais. Parece que eu já não ligo mais pra isso. (...). Então, às vezes, as coisas acontecem pra mostrar a gente e ensinar outras pessoas também, né, que a vida não é só correria, não é só preocupação, vestir bem, passear... A vida não é só isso.”

A primeira coisa que Sr.^a Bomtempo disse quando iniciamos a entrevista foi: “*Que bom que vou ter esse tempo pra falar*”, e é interessante pensar na relação de suas falas com o percurso que ela construiu acerca de seu adoecimento. Aqui o conceito de “ganho secundário” (Simonetti, 2018), tão discutido nos manuais de psicologia hospitalar, pode ser pensado no sentido das construções psíquicas advindas de uma vivência de sofrimento. Toda a entrevista dela possui esse cunho de ressignificação. De todas as entrevistas realizadas, essa foi a de maior duração e carregou a sensação de que realmente havia muito a ser dito, porque muito havia sido pensado e refletido pela participante.

A Sr.^a Aparecida ressaltou como o período de internação na UTI a fez refletir sobre a posição de passividade que ocupava em sua própria vida: “*Nesses dias lá [na UTI] pensei muito que eu tenho que agir. O pouquinho de vida que eu tenho, eu quero dedicar, eu quero agir. Causa... acho que eu já joguei muita oportunidade fora. (...) Aqui a hora que eu me recuperar, Deus vai me mostrar uma porta*”. Em um processo parecido de ressignificação, Sr. Álvares afirmou: “*Mas, assim, a gente entende que tudo é uma questão de tempo, né?! Questão pra melhora, pra cura, né?! (...) A gente entende também que tem que agir pra ficar bom. (...) É... resistir, né?! Resistir aos dias mal pra poder vencer*”.

Fattore (2017) analisa que o tempo da urgência da UTI pressiona o sujeito a agir diante da necessidade de lidar com possíveis rupturas. É esse tempo da urgência que possibilita ao sujeito vivenciar também mudanças em sua forma de se perceber frente ao adoecimento e à vida, como a passagem de uma posição passiva para ativa, como nas entrevistas exemplificadas.

Outro aspecto a ser considerado e que traz essa potência de ressignificação do tempo vivenciado na UTI é o que o Sr. Gentil chamou de “*tédio durante o dia*”. Grande parte dos pacientes conscientes muitas vezes se queixam do grande tempo livre e completamente ocioso que possuem, e durante o qual não podem utilizar dispositivos eletrônicos, livros ou qualquer outra forma de entretenimento, a não ser a televisão compartilhada, “*sempre no mesmo canal*”. O Sr. Gentil, entretanto, ressaltou que o “tédio” foi fundamental no seu processo de ressignificação: “*Por exemplo, fiquei uns dois meses vindo fazer radioterapia no [outra instituição localizada na mesma cidade]. E uns três dias na UTI de lá... era uma merda. A única coisa que tinha pra fazer era pensar. (...) E a mesma coisa dessa vez: pensar, pensar...*”.

Simonetti (2018) afirma que o desafio do paciente consciente em um ambiente de UTI perpassa justamente a questão da noção temporal que, por vezes, pode até ficar distorcida, causando episódios conhecidos como *delirium*. Esses episódios são caracterizados como alterações autopsíquicas e alopsíquicas passageiras advindas da internação em terapias intensivas. Entretanto o autor reafirma a importância de se escutar o que esses pacientes têm a dizer sobre essa vivência também como medida protetiva contra rupturas e quadros de desorientação psíquica.

Dessa forma, destacamos a importância de se construir espaços de escuta para que os pacientes possam falar acerca de suas experiências na UTI e de suas possíveis ressignificações após a internação na UTI. Nessa categoria, sob a perspectiva da nossa temática, notamos que a transitoriedade dessa internação, a transitoriedade do adoecimento e a transitoriedade da vida são sentidas de forma ambivalente e simultânea. Há uma espécie de convergência entre as percepções da internação, do adoecimento e da vida. Despertam nem só admiração, nem só sofrimento: são ambas experiências ao mesmo tempo. A ambivalência entre a vida e a morte se escancara nessa categoria, trazendo a perspectiva do tempo como inexorável, restando ao sujeito apenas escolher, ainda que a nível inconsciente, o contorno de seu tempo.

Considerações Finais

A ideia freudiana das três fontes de sofrimento (Freud, 1930/1996e): o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade, nos faz refletir acerca das construções de sentido que o sujeito faz. Freud afirma que tais pontos são fonte de sofrimento porque nunca dominaremos completamente a natureza, o que conseqüentemente faz dos nossos corpos uma estrutura passageira, limitada em sua capacidade de adaptação, considerando a nossa finitude. Na escuta dos cinco sujeitos-pacientes que passaram a Unidade de Terapia Intensiva é possível observar o atravessamento de tais questões, que estão ligadas ao desamparo inerente à condição humana.

É importante ressaltar que a divisão temática a partir de quatro eixos surgiu como uma possibilidade de análise, seguindo preceitos de Laurence Bardin (1977/2016) da análise de conteúdo. Ao pensarmos psicanaliticamente na divisão temática proposta, notamos que todas são contornos de uma mesma experiência, pois não é possível separar a morte do amor, do tempo ou da transcendência, já que estão entrelaçadas pelo desamparo.

Apesar de ter sido possível destacar quatro eixos temáticos, cada sujeito, a partir de seu percurso, a partir de seu processo de adoecimento e da sua experiência na terapia intensiva, simbolizou à sua maneira a (re)atualização do desamparo durante a vivência da internação. Alguns com mais recursos simbólicos, com mais palavras e enlaçamentos, e outros a partir do corpo, dos desarranjos físicos e dos sonhos.

Freud, ainda em “O mal-estar na civilização”, afirma que: “A vida, tal como a encontramos é árdua demais para nós; proporciona-nos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas

paliativas” (1930/1996e, p. 83). A experiência de internação em uma UTI e o confronto com nossa própria terminalidade (ou o que se suporta pensar sobre ela), convoca o sujeito a construir possíveis sentidos daquilo que não há sentido, que existe apenas em ato. Essas construções poderiam ser pensadas como “medidas paliativas” diante da inevitabilidade da morte. Destacamos aqui uma das falas da Sr.^a Bomtempo: “(...) *de agora pra frente, né, é seguir o caminho, né?! Continuar, né?!*”. Apesar da impossibilidade de controle e de conhecimento prévio do destino, e da fragilidade de nossos corpos, seguimos adiante, ainda que não saibamos muito bem para onde. Seguimos amando, resignificando, orando e sofrendo também.

O objetivo deste trabalho perpassou pelo destaque da importância do trabalho do psicólogo e/ou psicanalista em uma Unidade de Terapia Intensiva. Compreendemos que, diante desse desamparo vivenciado de forma tão intensa, como nas palavras de Simonetti (2018), a UTI é um lugar de intensidades, onde psicólogo tem a função de oferecer um espaço de escuta para quem passa por essa experiência. Apesar da psicologia hospitalar destacar a importância dessa escuta, esse trabalho ainda está em construção. Dentro desse espaço de atuação cuja rotina de cuidado é bastante específica e um tanto rigorosa, é necessário um rearranjo da atuação da psicologia de forma a encontrar um entremeio para que cada sujeito internado seja escutado em sua própria dinâmica e demandas.

Nesse sentido, em cada nova admissão, em cada novo acolhimento, temos uma (re)atualização da experiência de se estar inserido na UTI, onde cada dia é um novo dia de aprendizados e desafios, o que acaba por nos colocar também em situação de desamparo. Lidar com as situações de vida e morte, com os relatos e intercorrências dos pacientes, também provocam o psicólogo a entrar em contato com o próprio desamparo.

Nossa pesquisa partiu tanto do desamparo próprio de quem escutou e escreveu quanto de quem aceitou participar enquanto sujeito-paciente. A psicanálise nos dá o desafio e o privilégio da não neutralidade, pois escrever sobre o outro é também escrever sobre nós mesmos. Talvez este seja um dos maiores desafios de sustentá-la dentro de um ambiente fundamentalmente cartesiano como é o hospital. Moretto (2019), acerca do encontro possível entre psicanálise e medicina, ressalta que ele se dá no impossível: é onde o protocolo não encaixa, onde o corpo não responde, onde o tratamento não funciona que o psicanalista é convocado a escutar. Nesse sentido, o psicólogo intensivista/psicanalista ocupa um lugar de tensão. E é na escuta dessa tensão que se permite ao sujeito se implicar como dono de sua própria história, a fim de possibilitá-lo costurá-la com o momento vivido, que, por alguma razão orgânica, implicou em internação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

A aposta que a psicanálise faz é que tal possibilidade de escuta auxilia o sujeitopaciente a caminhar em direção à vida, ainda que vida possa significar alguns dias, semanas ou meses. Nesse sentido, a fala da Sr.^a Bomtempo, “*de agora pra frente, né, é seguir o caminho, né?! Continuar, né?!*”, nos ensina que existe possibilidade de vida, apesar de tudo o mais. E é essa aposta que, talvez, nos dê energia para seguir contornando nosso desamparo.

Referências

- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. (Obra original publicada em 1977)
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57, 611-614.
- Coppus, A. N. S., & Netto, M. V. R. S. (2016). A inserção do psicanalista em uma unidade de tratamento intensivo. *Psicologia: ciência e profissão*, 36(1), 88-100.
- Fattore, A. F. P. (2017). O analista na UTI: Angústia e o ato analítico. In M. R. Faria (Org.), *O psicanalista na instituição, na clínica, no laço social, na arte* (pp. 81-88). São Paulo: TORO Editora.
- Flick, U. (2002). Entrevista episódica. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (pp. 114-126). Rio de Janeiro: Vozes.
- Freud, S. (1996a). Além do princípio do prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 18, pp. 135-167). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1920)
- Freud, S. (1996b). O estranho. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 17, pp. 237-272). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1919)
- Freud, S. (1996c). O futuro de uma ilusão. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 15-63) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1927)

- Freud, S. (1996d). Inibições, sintomas e ansiedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 82-167). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1926)
- Freud, S. (1996e). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, pp. 67-148). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1930)
- Freud, S. (1996f). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 13, pp. 162-182). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1915)
- Freud, S. (1996g). Sobre a transitoriedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 14, pp. 313-319). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1916)
- Freud, S. (1996h). Esboço de psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 23, pp. 89-134). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1940)
- Freud, S. (1996i). O inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 13, pp. 95-128). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicada em 1915)
- Kehl, M. R. (2010). *O tempo e o cão*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Machado, M. V. (2011). *O lugar do psicanalista nos hospitais gerais: Entre os dispositivos clínicos e os dispositivos institucionais*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Moretto, M. L. T. (2019). *O que pode um analista no hospital?* Belo Horizonte: Artesã.
- Pinto, J. M. (2005). Prefácio. In M. D. Moura (Org.), *Psicanálise e hospital - novas versões do pai: Reprodução assistida e UTI* (pp. 9-14). Belo Horizonte: Autêntica.
- Simonetti, A. (2018). *Manual de Psicologia hospitalar: O mapa da doença*. Belo Horizonte: Artesã.

Como citar:

Emrich, F. C. G., & Lima, P. M. R. (2021). O Desamparo na UTI: Uma Análise Psicanalítica da Experiência de Pacientes em um Hospital Universitário. *Revista Subjetividades*, 21(2), e10551. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i2.e10551>

Endereço para correspondência

Fernanda Caiado G. Emrich
E-mail: fernanda.emrich@gmail.com

Priscilla Melo Ribeiro de Lima
E-mail: primlima@ufg.br

Recebido em: 17/02/2020

Revisado em: 12/03/2021

Aceito em: 12/03/2021

Publicado online: 15/09/2021