

REAL, CLÍNICA PSICANALÍTICA E CIRURGIA CARDÍACA NO CONTEXTO PANDÊMICO DA COVID-19

Taiane dos Santos Ventura¹, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6567-2949>

Suely Aires², Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0802-9070>

Rosana dos Santos Silva³, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4830-6781>

RESUMO. As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morbimortalidade no mundo. A intervenção cirúrgica representa uma ameaça à vida e, quando envolve o coração, deve-se considerar a carga emocional para o sujeito em virtude da simbologia associada ao órgão. Na clínica psicanalítica é possível constatar que, após adoecer do coração, algumas ressonâncias psíquicas são expressas no corpo sob a forma de angústia e causam intenso sofrimento. No momento atual, soma-se ao sofrimento pelo adoecimento cardíaco, a incerteza quanto aos riscos de contaminação pela Covid-19. O presente artigo visa apresentar um caso clínico articulando-o à teoria psicanalítica com o objetivo de discutir o advento do Real na prática clínica com paciente de cirurgia cardíaca no contexto da pandemia de Covid-19 em um hospital. A fim de atingir o objetivo pretendido, utilizou-se o método da construção de caso clínico em psicanálise com a finalidade de transmitir a experiência singular do tratamento e produzir conhecimento sobre o processo em questão e as possibilidades de intervenção. Conclui-se que a pandemia da Covid-19 agregou sofrimento à experiência dos pacientes cardiovasculares, visto que colocou os sujeitos diante de um não saber radical, dificultando qualquer construção de sentido que pudesse aplacar a angústia vivenciada.

Palavras-chaves: Psicanálise; Covid-19; cirurgia cardíaca.

REAL, PSYCHOANALYTIC CLINIC AND CARDIAC SURGERY IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT. Cardiovascular disease is among the leading causes of morbidity and mortality worldwide. Surgical intervention poses a threat to life, and when the heart is involved, the emotional burden on the patient must be considered due to the symbolism associated with the organ. In psychoanalytic clinical practice, after experiencing heart disease, some psychological effects manifest in the body as anguish, causing intense suffering. Currently, in addition to suffering caused by heart disease, there is uncertainty regarding the risk of COVID-19 contamination. This article aimed to present a clinical case and discuss the advent of the Real in clinical practice with a cardiac surgery patient in a hospital during the COVID-19 pandemic, by articulating it with psychoanalytic theory. To achieve this objective, we used a method of constructing a clinical case in psychoanalysis to convey the unique experience of treatment and generate knowledge about the process and potential interventions. In conclusion, the pandemic added suffering to the experience of

¹ Obras Sociais Irmã Dulce, Salvador-BA, Brasil. E-mail: taianeventura@hotmail.com

² Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil. E-mail: suely.aires7@gmail.com

³ Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Salvador-BA, Brasil. E-mail: rosanassilva@hotmail.com



cardiovascular patients, as it placed them in the face of radical ignorance, which made it difficult to construct any meaning that could alleviate anguish.

Keywords: Psychoanalysis; Covid-19; cardiac surgery.

REAL, CLÍNICA PSICOANALÍTICA Y CIRUGÍA CARDÍACA EN EL CONTEXTO PANDÉMICO DE COVID-19

RESUMEN. Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. La intervención quirúrgica representa una amenaza para la vida y, cuando se trata del corazón, hay que tener en consideración la carga emocional debido a la simbología asociada al órgano. En la práctica clínica psicoanalítica se puede constatar que, tras la enfermedad cardíaca, algunas resonancias psíquicas se expresan en el cuerpo en forma de angustia y provocan intenso sufrimiento. Actualmente, la incertidumbre de los riesgos de contaminación por Covid-19 se suma al sufrimiento causado por las cardiopatías. Este artículo tiene como objetivo presentar un caso clínico articulándolo con la teoría psicoanalítica para discutir el advenimiento de lo Real en la práctica clínica con un paciente de cirugía cardíaca en el contexto de la pandemia del Covid-19 en un hospital. Para lograr el objetivo previsto, se utilizó el método de construcción de casos clínicos en psicoanálisis con el propósito de transmitir la experiencia singular del tratamiento y producir conocimiento sobre el proceso en cuestión y las posibilidades de intervención. Se concluye que la pandemia de Covid-19 añadió sufrimiento a la experiencia de los pacientes cardiovasculares, ya que los situó ante un desconocimiento radical, dificultando cualquier construcción de sentido que pudiera aplacar la angustia experimentada.

Palabras-Clave: Psicoanálisis; Covid-19; cirugía cardíaca.

Introdução

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2017). São caracterizadas como multifatoriais, incuráveis, com manifestações que provocam impactos psicossociais e grande dispêndio de recursos financeiros para o sistema de saúde pública. Diversos procedimentos médicos estão disponíveis para tratar o organismo doente, entre eles, a cirurgia, cuja indicação é feita quando há uma falência funcional do órgão que já não é capaz de responder apenas ao uso de terapêuticas medicamentosas ou a outras intervenções menos invasivas. Uma questão que surge diz respeito ao cuidado integral do sujeito adoecido.

Os estudos têm indicado que, após a notícia da necessidade de procedimento cirúrgico para tratamento do acometimento cardíaco, os pacientes apresentam diversas reações emocionais. O sentimento descrito como mais prevalente durante o período pré-operatório é o medo, que pode ser atribuído à possibilidade de morte, à anestesia, à perda de controle e à antecipação da dor. O período de pós-operatório imediato é identificado como um momento que, comumente, mobiliza sentimento de desespero, sobretudo associado ao despertar do sono anestésico causando sensação de estranhamento e acentuando a experiência de descontrole sob o próprio corpo. A ansiedade e o humor deprimido são percebidos de maneira mais ou menos variável em todo o decurso da

hospitalização (Quintana & Kalil, 2012; Wottrich et al., 2013; Borges Junior et al., 2020; Moura et al., 2020).

Além disso, é necessário considerar a carga emocional diferenciada para quem padece de uma doença cardíaca, pela simbologia associada ao órgão. O coração é considerado sede das emoções, adquirindo um sentido metafórico, símbolo da vida. Pulsa, bate para fazer viver o organismo, garantindo a circulação sanguínea e, na dimensão da palavra, o amor e suas ressonâncias. Desse modo, o coração desempenha papel central no imaginário social compondo as fantasias de quem dele adocece (Monteiro, 2007). O adoecimento cardíaco e a indicação de cirurgia podem ocasionar várias consequências, entre elas, a experiência de fragmentação corporal.

Na perspectiva psicanalítica lacaniana, o estatuto do corpo é amplo e implica uma construção que se dá a partir da relação com o Outro, como corpo pulsional. É constituído com base na tripartição Real-Simbólico-Imaginário: corpo articulado ao gozo, corpo marcado pelo significante e corpo imagem, respectivamente. A constatação de que o ser humano é um ser prematuro ao nascer e, portanto, depende totalmente do outro para não morrer, evidencia a importância da alteridade para a constituição da subjetividade e da corporeidade (Aires, 2017).

Moretto (2006) revela três dimensões para o constructo do corpo, a saber: corpo-carne que corresponde ao resto que resiste à incorporação do significante, corpo-organismo refere-se à anatomia (corpo biológico) e o corpo-pulsional representante da dimensão subjetiva revestido pela fantasia e por palavras. Segundo a autora, a medicina se encarrega de tratar a díade carne-organismo. O psicanalista, por sua vez, trata do corpo erógeno que é “[...] o corpo tecido pela sexualidade e pela linguagem” (Prizkulnik, 2000 apud Moretto, 2006, p. 102). A doença, na medida em que coloca em evidência a imperfeição do corpo, torna-se signo da vulnerabilidade e da temporalidade da carne. Desse modo, as manipulações no corpo reeditam experiências primárias de fragmentação e fragilizam a unidade corporal.

A revelação do diagnóstico médico e das propostas terapêuticas para tratamento não são sem efeitos para o sujeito. A percepção do paciente do seu processo de saúde-doença irá refletir diretamente na sua forma de enfrentamento. Segundo Moretto (2019), a doença é um acontecimento disruptivo que exige do paciente rearranjo para lidar com o inédito advindo do encontro com o Real. Defrontar-se com a necessidade de procedimento cirúrgico pode lançar o sujeito em um estado de desamparo, uma ruptura no ancoramento significante que lhe fornecia certa estabilidade psíquica. Instaura-se, comumente, um tempo sem palavras, mergulhado em afetações que permanecem sem ligações na cadeia significante, colocando o sujeito diante do advento do Real. Soler (2018) nomeia de advento do Real tudo que é impossível de se evitar, que emerge como inédito, seja sucessão do previsto ou surpresa. Dessa forma, podemos considerar a pandemia da Covid-19 como esse impossível de se evitar que invadiu o mundo em forma de vírus, furou o sentido da vida e intensificou a vivência de mal-estar (Birman, 2020; Izcovich, 2020).

O conceito de Real está associado a uma tríade composta por Real, Simbólico e Imaginário (RSI) como registros da realidade humana. O Real é um termo forjado por Lacan para designar o que está fora do sentido, portanto, é inapreensível pelo simbólico. O simbólico corresponde à equivocidade, pois tem a mesma estrutura da linguagem. O imaginário, por sua vez, refere-se à imagem sem a mediação da palavra, sentido unívoco. Nessa direção, podemos entender o Real como a ausência de sentido, remetendo ao impossível (Gorog & Oliveira, 2019) e ao contingente (Cruglak, 2001), fazendo apelo ao sujeito de modo distinto.

O Real 'ex-siste'⁴ ao simbólico e pode ser testemunhado na experiência corporal da angústia e no comportamento da compulsão à repetição. Para Freud (1996b), a angústia tem um caráter de sinal e desprazer, de modo que diante do acúmulo de excitação há a incapacidade do psiquismo de descarga pela via da representação. Lacan⁵, por sua vez, afirma que a angústia é o afeto que não engana, que "[...] por não se deixar apreender ou esclarecer pelo significante, [...] coloca em evidência a insuficiência da linguagem" (Aires, 2014, p. 52). Nessa perspectiva, a angústia coloca-se como sinal de invasão de gozo⁶, regido por um mais além do princípio do prazer.

Diante da irrupção de um acontecimento no corpo, o sujeito é convocado a lidar com o contingente, o que exige um esforço psíquico de reorganização na tentativa de construir significações que lhe permitam encontrar alguma resposta para esse momento. As vivências sintomáticas da doença cardíaca (dispneia, angina, edemas) apontam para o risco iminente de morte, de modo que se torna difícil reduzir a fantasia de aniquilamento. A doença torna inevitável conviver com a possibilidade da finitude. Na cultura, o significante morte está articulado a diversos significados, entretanto, diante da iminência de morte, os sentidos coletivos se esvaziam e a morte se mostra como indizível para cada sujeito. A própria morte seria, portanto, o real, o impossível de simbolizar, e o adoecimento se apresentaria como a contingência que desacomoda o sujeito, o que torna compreensível a dificuldade dos pacientes em falarem sobre esse conteúdo durante seu processo de hospitalização (Silveira, 2015).

Atualmente, a vivência subjetiva de iminência de morte é duplamente presentificada na hospitalização, pois, aos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico se somam os riscos de contaminação pelo vírus SARS-Cov-2, causador da Covid-19⁷. Estudos revelam o impacto clínico dos fatores de risco cardiovascular e a prevalência de doenças cardíacas prévias no curso do adoecimento provocado pelo SARS-Cov-2, indicando que a doença cardíaca agrava o processo clínico e piora o prognóstico vital (Nascimento et al., 2020). Os cardiopatas portadores de Covid-19 apresentam um curso clínico mais entorpecido, pois apresentam maior frequência de insuficiência respiratória e maior mortalidade, o que pode intensificar a angústia de morte desses sujeitos durante a internação.

O novo cenário impõe recomendações sanitárias de isolamento físico e no hospital se evidencia um ambiente ainda mais hostil e impessoal. Desalojados da condição de sujeitos e sem a presença da rede socioafetiva no acompanhamento do processo de internação, os pacientes têm vivenciado um estado de tensão permanente, intensificando o sofrimento e a experiência de perda.

A escassez de estudos que façam uma articulação entre pandemia e adoecimento cardíaco traz como desafio a necessidade de aprimorar o conhecimento sobre as possibilidades de intervenção da clínica psicanalítica no contexto de emergência sanitária. Nessa direção, o presente artigo visa apresentar um caso clínico articulando-o à teoria

⁴ No seminário de 1974-1975, intitulado *RSI*, Lacan faz uso do termo ex-sistência para referir-se ao que faz furo em cada um dos registros na apresentação do nó borromeu. Em seguida, situa a ex-sistência em sua relação com real, como o que resta fora da apreensão simbólica, resto não simbolizável.

⁵ Lacan (2005) formaliza o conceito de angústia em um seminário dedicado ao tema no ano de 1962-1963, quando o apresenta como afeto central da experiência analítica em sua relação com o desejo, o Outro e a falta.

⁶ Conforme Braunstein (2007), o termo gozo deve ser entendido como 'a satisfação de uma pulsão', mas não de toda e qualquer pulsão, e sim "[...] de uma pulsão muito específica, a pulsão de morte" (p. 60).

⁷ Identificado em Wuhan, província de Hubei na China, no início de dezembro de 2019, o SARS-Cov-2 é um vírus com alto potencial de transmissibilidade e que apresenta espectro clínico variado, ocasionando desde infecção assintomática a síndrome respiratória aguda grave. Os principais sintomas físicos descritos são febre, tosse, dispneia, anosmia e ageusia (OMS, 2020).

psicanalítica com o objetivo de discutir o advento do Real na prática clínica com paciente de cirurgia cardíaca no contexto da pandemia de Covid-19 em um hospital.

Percurso metodológico

Delineamento da pesquisa

A presente investigação inicia-se a partir da experiência no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital universitário. É uma pesquisa clínica qualitativa e retrospectiva, baseada em dados secundários obtidos a partir da revisão de prontuário de um paciente internado na enfermaria de cardiologia, no primeiro trimestre da pandemia de Covid-19, do referido hospital e da análise dos registros documentais produzidos pela residente durante o acompanhamento psicológico. Os registros documentais são informações decorrentes da prestação de serviço psicológico que, em função do caráter sigiloso, não podem ser compartilhados com a equipe multiprofissional em prontuário eletrônico, conforme orientação disposta na Resolução nº 001 do Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2009).

A construção de caso clínico foi a metodologia utilizada a fim de discutir estratégias do manejo psicológico com um paciente que apresentou intenso sofrimento psíquico associado à necessidade de intervenção cardíaca cirúrgica. Esse método é utilizado para transmitir um saber singular sobre o sujeito em questão. Trata-se de um rearranjo das narrativas do paciente com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o funcionamento psíquico, colocando em evidência a particularidade do sofrimento humano, suas formas de subjetivação, suas estratégias de enfrentamento e as intervenções do psicólogo na condução do tratamento (Dias & Moretto, 2017; Figueiredo, 2004). Caracteriza-se por ser um “[...] meio de investigação, de intervenção, de produção de saber e de transmissão” (Moretto, 2019, p. 130), sendo privilegiadas as produções subjetivas do paciente e as intervenções do profissional, de modo a possibilitar a passagem da história para o caso clínico (Figueiredo, 2004).

Para Dunker & Ravello (2017), a construção do caso é um potente instrumento de transmissão do discurso psicanalítico, pois possibilita sustentar a especificidade do singular que há no sofrimento, em detrimento da tendência generalista que estimula o discurso da reprodutibilidade nas instituições de saúde. O que se transmite é a experiência clínica do tratamento, permitindo a travessia do caráter privado para o testemunho público da psicanálise.

Local de estudo

A pesquisa ocorreu em uma enfermaria de cardiologia de um hospital de alta complexidade da Rede de Atenção do Sistema Único de Saúde, na Bahia. Os pacientes internados nesta enfermaria são referenciados a partir do sistema de regulação do estado ou encaminhados do ambulatório do hospital. Atualmente, a unidade possui 19 leitos ativos para admissão de pacientes clínicos e/ou cirúrgicos, cujo cuidado é compartilhado por uma equipe multiprofissional. Os pacientes clínicos são usuários acometidos por doenças cardiovasculares agudizadas que estão internados para compensação clínica. Os pacientes cirúrgicos são hospitalizados para realizar procedimentos de revascularização do miocárdio, troca valvar, implante de marca-passo, entre outros.

Participante

A partir da triagem no setor de cardiologia do hospital, foram identificados pacientes que necessitaram de acompanhamento psicológico durante seu período de hospitalização.

Dos casos acompanhados, foi escolhido um paciente conforme os seguintes critérios: ter uma doença cardiovascular e estar elegível para realizar procedimento cirúrgico; ter sido atendido pela psicóloga residente na unidade; ter vivenciado adoecimento em virtude da contaminação pelo vírus Sars-Cov-2 e apresentar relato de sofrimento psíquico relacionado ao processo de adoecimento/hospitalização.

Aspectos éticos

O estudo atende às diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulariza a pesquisa envolvendo seres humanos e foi submetido ao Sistema de Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital em questão, sendo aprovado conforme parecer consubstanciado nº 4.392.432. Os registros documentais decorrentes de prestação de serviços psicológicos respeitaram as observâncias da resolução do Conselho Federal de Psicologia, nº 001/2009. Também foram seguidas as normativas indicadas no artigo 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo em relação às pesquisas e atividades voltadas para a produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologias e a orientação ética da psicanálise no que tange à necessidade de encerramento do tratamento para início da construção do caso.

Por se tratar de pesquisa retrospectiva a partir de dados secundários e revisão de prontuários, os riscos são considerados baixos, não ocasionando dano ao participante. Os riscos hipotéticos são a quebra do sigilo e confidencialidade. Nesse caso os pesquisadores comprometeram-se em garantir a guarda do material sob acesso restrito e a preservação da identidade através de alterações de dados que pudessem prejudicar o anonimato do partícipe.

Resultados e discussões

Gabriel (nome fictício) é um paciente que chega para sua 15ª internação. Dessa vez, os principais sintomas que o levaram a procurar ajuda especializada foram dor precordial, tosse e dispneia. Foi regulado para o hospital dessa pesquisa para uma investigação diagnóstica de infarto agudo do miocárdio (IAM) após a internação anterior em uma unidade hospitalar que não dispunha de uma equipe de cardiologia. Depois de sua admissão, realizou-se um cateterismo cardíaco que evidenciou uma doença arterial coronariana (DAC) com indicação de revascularização miocárdica.

Após alguns dias de internação, Gabriel apresenta o sintoma de anosmia (perda do olfato), o que leva a equipe de saúde a suspeitar da possibilidade de contaminação pelo vírus Sars-Cov-2, sendo então iniciado o protocolo da Covid-19. Nesse hospital, que no contexto da pandemia funciona como uma unidade de retaguarda e não como um serviço de referência para os casos de Covid-19, o fluxo para pacientes suspeitos consiste em solicitar coleta de swab (PCR) e raio X de tórax, transferência imediata para enfermaria de cuidados para suspeitos e, quando confirmado o diagnóstico, regulação para hospital de referência, o que aconteceu com Gabriel quando seu exame confirmou a suspeita de Covid-19.

Trinta dias depois, Gabriel retorna ao hospital e se interna na enfermaria de cardiologia para realizar o procedimento de revascularização. O encontro com a psicóloga se dá a partir da triagem realizada nesta enfermaria. Nesse dia, o paciente relatou suas repetidas internações para cirurgias e recordou o período de internação no hospital de referência para Covid-19. Narra a experiência como horrível, associando ao isolamento extremo e ao medo da morte. Suspeita que se contaminou no primeiro hospital e, de forma chistosa, enuncia ter contaminado umas 40 pessoas nesse lugar. Também aborda a crença

de ter contaminado cinco pessoas da primeira vez que esteve no hospital de especialidade. Apesar de reconhecer a sua fantasia de contaminação, apenas relancei seu discurso, em tom de pergunta, para facilitar a continuação da fala.

Gabriel marca uma diferença entre as internações anteriores e a atual. Conta-me que nunca esteve tão angustiado e, por mais que queira muito, não consegue parar de sentir angústia. A angústia se situa no corpo, associando-se ao comportamento de Gabriel de segurar a região torácica: “[...] é uma coisa aqui [...]”, demonstrando a impossibilidade de nomear a vivência corporal. Quando questiono qual é a diferença entre as internações, ele me diz não estar seguro. Pontua que o hospital quase o matou “[...] porque me internei com um problema e conquistei outro”. De que conquista Gabriel estava falando? Ele se apressa em dizer-me que o hospital era um lugar onde os doentes se sentiam seguros, pois estavam ali para se curar. Mas a pandemia tornou o hospital um lugar perigoso, onde as pessoas entravam com uma doença e morriam com outra.

Gabriel vivenciava um desamparo radical de um apelo sem resposta do Outro diante do risco de morte. Como nos adverte Soler (2018), a morte é um dos nomes para o Real. O ineditismo do vírus, que apontou para os limites do saber científico, atualiza essa experiência de desamparo, já que diante da dor e do sofrimento, o sujeito não encontra resposta em nenhuma instância alteritária como forma de proteção contra o risco de morte. São as produções sintomáticas e subjetivas que ganham relevância na luta do sujeito contra o inimigo invisível (Birman, 2020).

Gabriel me conta novamente sobre as cirurgias pregressas em uma tentativa de conferir algum sentido à sua experiência atual. Em um dos seus relatos nomeia-se como um ‘quase médico’ e expõe que ainda jovem iniciou seu curso de medicina, o qual amava, porém, em função da situação financeira difícil, logo encontrou empecilho para a continuidade. Precisava trabalhar para se sustentar, de modo que não conseguiu dar seguimento ao curso que requer dedicação exclusiva. Coursou o primeiro ano e resolveu trancar para trabalhar. Manteve amizade com seus colegas de turma que atualmente são ‘grandes doutores’ em diversas especialidades. “Eu tive um aprendizado muito grande nas minhas internações, isso me ajudou muito [...]” e conclui: “[...] tenho conhecimento de causa”. A impotência do desejo só podia se manifestar nas construções simbólicas-imaginárias que alimentam a sua fantasia. Vivía alterando os esquemas terapêuticos dos medicamentos justificando que tinha estudado medicina. Por esse motivo, também acreditava que podia prescrever medicações para conhecidos no seu ambiente social.

Um episódio fez furo em seu saber cristalizado. Diz que é usuário de medicação para HAS (hipertensão arterial) e seu médico havia prescrito enalapril de uso contínuo. Certo dia acordou sintomático e aferiu a pressão que continuava alta. Decidiu, por conta própria, modificar o remédio para losartana e percebeu remissão dos sintomas. Contudo, após alguns dias de uso, começou a sangrar pelo nariz e boca e resolveu procurar uma amiga médica. Na consulta, descobriu que ‘foi o remédio da pressão’. Depois de ouvir da médica que não era para ter trocado, ela ainda lhe disse que “[...] seu organismo não está aguentando mais”. Após esse incidente, tomou ‘nojo de losartana’ e resolveu seguir as orientações. No entanto, prossegue seu discurso dizendo: “[...] muitas coisas eu faço, não dependo de médico não”. Essa expressão mostra a ambivalência vivenciada pelo paciente diante do saber médico.

O saber que o discurso da medicina engendra era seu objeto de desejo, mas não suportava que estivesse encarnado na figura do Outro. À vista disso, recusava a posição de objeto imposta pelo discurso médico. Ao trocar seu esquema medicamentoso ou indicar remédios para conhecidos, Gabriel gozava do lugar de autoridade que outrora fora

renunciado ao tornar seu desejo de cursar medicina impossível. Durante o período de hospitalização sua ambivalência se tornou excessiva. Ocupava uma posição de hostilidade com a equipe de enfermagem e mantinha uma relação de complacência com os médicos de referência. Para justificar sua atitude, expressa que nesse hospital se interna muita gente ‘analfabeta’ e que os profissionais acreditam que todos são desinformados, mas que com ele ‘quebram a cara’ porque o ‘diploma deles não significa nada’ para ele. Reivindica ocupar outro lugar naquele tratamento porque ele não é ‘leigo’.

Ao longo de muito tempo questionou a rotina do hospital. Falava sobre o aprazamento das medicações, a limpeza, a condição dos armários etc. Sobre os medicamentos, abordava crenças associadas ao uso. Acreditava que deveria tomar os remédios de acordo com os horários já estabelecidos antes da internação. A equipe de enfermagem, por sua vez, dizia que o paciente não estava em casa e tinha que ‘seguir’ os horários determinados por eles. Como alerta Silveira (2015, p. 39), “[...] os profissionais de saúde se afinam ora com o discurso do mestre, ora com o da universidade [...]”, o que dificulta o manejo singularizado. O discurso do mestre aponta para o controle e obediência dos sujeitos, investido de “[...] um poder, quase religioso, que ele deve afirmar” (p. 40). No discurso universitário, o poder também é produto, todavia tem como base um saber científico. Essa operação subtrai o sujeito da cena excluindo o saber próprio de quem adoece.

Gabriel recusava veementemente o lugar de objetificação posto pela instituição. Percebi que era necessário incluir os questionamentos do sujeito sobre seu tratamento e, apesar de entender que havia um intervalo de tempo que precisava ser seguido de acordo com o planejamento, interoguei junto à equipe se não poderia haver uma mudança, sem causar danos ao paciente. Tornar a certeza uma questão promoveu uma ruptura com o saber e poder absolutos postos em cena por meio da protocolização da prática. Essa intervenção teve como resultado uma retificação no processo de trabalho, onde o efeito foi de incluir o sujeito ali onde o discurso do mestre o foraclui. O aprazamento das medicações pôde ser revisto e rearranjos foram propostos ‘com’ o paciente, e não ‘para’ o paciente. Ser escutado também causou mudanças na relação do paciente com algumas figuras da equipe de enfermagem, apontando para uma suposição de saber na nova relação.

Em certo momento da supervisão clínica fui advertida da atualização dessa posição do paciente na relação transferencial comigo. Gabriel começou a questionar o motivo de eu não ter ido atendê-lo e/ou o período dos atendimentos. Sua reivindicação não se mostrava como um endereçamento para mim, mas como um protesto de que fosse atendê-lo e os conteúdos manifestos tinham tonalidade de queixa. Segundo Miller (n.d.), o analista é colocado no lugar de “Outro da demanda [...]” (p. 7) e deve suportar “[...] todas as figuras históricas do Outro da demanda para o sujeito” (p. 7) até que seja possível uma torção que proporcione a instauração simbólica da transferência. A princípio, respondia os pedidos de atendimento colocando-me à disposição para escutá-lo. Entretanto, sua posição reivindicatória imputava ao outro uma exigência de responder suas demandas, e não uma divisão subjetiva que questionasse sua participação naquele sofrimento. Era preciso furar o discurso vazio e reivindicatório. Para tanto, a praticante procurou operar a partir da escansão das sessões no ponto em que sua fala apontava para uma racionalização desimplicada que impedia a associação livre e, conseqüentemente, as produções inconscientes.

Com os médicos, Gabriel gozava do lugar de ser diferente porque tinha sido ‘recomendado’ por um amigo neurocirurgião. Segundo ele, os próprios médicos haviam informado a ele sobre tal recomendação e por isso ele acreditava que teria um atendimento

privilegiado. Às vezes, questionava o motivo do cirurgião ainda não ter ido conversar com ele. Afirmava que a ‘presença dá muita segurança’. Dizia fazer orações para pedir a ‘Deus’ que dê ‘força’ ao seu médico para que possa dar tudo certo. É importante ressaltar que, especificamente com o cirurgião, Gabriel se permitia estar no lugar de objeto, atribuindo a importância e o saber para a figura do médico. Não é por acaso que a força que ele pede a Deus é para seu médico, aquele que poderá, na sua fantasia, lhe garantir a continuidade da vida.

Nesse momento, diante do Real, tentava tamponar a angústia com garantias, mesmo que ilusórias. O seu amigo neurocirurgião já tinha assegurado a ele que os médicos que trabalham neste hospital eram bons profissionais, mas ele aguardava ‘ansioso’ a visita do cirurgião cardíaco para lhe dar ‘ancoragem’ e ‘vontade’ de ir logo para a mesa de cirurgia. Soler (2018, p. 45) refere “[...] que o perigo vital, o risco de vida, longe de amedrontar, fascina, suscita uma estranha atração, como se houvesse um gosto pelo perigo vital”. As experiências de adoecimento do paciente apontam para um empuxo à morte. Freud (1996a) caracteriza esse fenômeno como manifestação da pulsão de morte e destaca que o objeto da pulsão pode ser qualquer um que a faça alcançar sua meta. Esse objeto não é necessariamente estranho ao sujeito, podendo ser até mesmo uma parte do corpo.

A pulsão de morte (Freud, 1996a), ou seja, o que está para além do princípio do prazer, pode ser entendida como uma tendência de retorno do ser a um estado inorgânico. Essa propensão coloca o sujeito diante da repetição compulsiva que suscita no psiquismo uma sensação desprazerosa, causando sofrimento. Braunstein (2007) sublinha que o conceito de pulsão de morte transcende o nível energético de tendência biologicista do retorno ao inanimado. Para o autor, a pulsão de morte é, antes de mais nada, “[...] algo que se aproxima de uma vontade de destruição” (p. 62). E é nesse nível que ele vai afirmar que o gozo é uma tentativa de satisfação da pulsão, na medida que “[...] a pulsão deixa um saldo de insatisfação que estimula a repetição” (p. 63). Nesse caso, o corpo tornou-se campo para esse gozo que está fora do sentido, um corpo a serviço da pulsão de morte. Poder falar sobre essa experiência de satisfação e dor eleva o gozo a outro estatuto, dado que “[...] a palavra tira o gozo do corpo e se encarrega de dar corpo ao gozo, outro corpo, um corpo de discurso” (p. 74).

Os atendimentos seguintes foram marcados pelo discurso em torno do risco de morte. Ao falar da cirurgia, os significantes mais repetidos eram: ‘ameaçado’, ‘decretado’, demonstrando a dimensão da falta de controle experienciada por ele. Falou sobre os ‘vultos’ que lhe ‘perseguem’, sobretudo quando estava sozinho. Nunca tinha visto nada parecido, eles tinham formas de sombra. Essas visões começaram quando a cirurgia foi ‘decretada’ e tinham o objetivo de ‘confundir’ a sua cabeça, fazê-lo tomar a ‘decisão errada’. Era possível supor que sua percepção ilusória emergia na tentativa de fazer borda ao advento do Real. Porque, apesar das visões acentuarem sua experiência de angústia, era só ‘fechar os olhos e chamar o nome de Deus’ que as visões desapareciam. Fazer desaparecer a visão era fazer desaparecer a possibilidade da morte. Nesse contexto, faço ressoar o significante ‘decisão errada’, pois é com essa fala que Gabriel desliza do lugar de objeto para o de autor. Podemos dizer que, inicialmente, Gabriel mantinha um discurso queixoso com relação aos seus adoecimentos orgânicos, posicionando-se no lugar da vítima, nada lhe cabia quando o assunto eram as suas doenças. Em contrapartida, na relação com o outro, sustentava uma posição arrogante como forma de se defender da fragilidade vivenciada frente à impossibilidade de se ancorar na familiar posição de saber.

Ao se questionar – “Por que sinto tanto medo agora?” – foi possível observar um deslocamento da posição subjetiva do paciente. Ao dirigir essa questão para a praticante

de psicanálise se inaugura o tempo da transferência de saber, onde o sujeito supõe que o Outro terá a resposta para seu sofrimento. Wachsberger (1994) afirma que o discurso analítico opera a partir do manejo da transferência e o praticante da psicanálise deverá propiciar que essa “[...] brecha no Outro” (p. 30) siga aberta causando o desejo de saber do analisante. Essa falta de sentido permitiu a entrada no processo analítico. Poder-se-ia supor que a doença da Covid-19 colocou o sujeito ainda mais radicalmente diante da contingência, fazendo-o destacar uma diferença importante nessa hospitalização. Adoecer lhe era demasiadamente familiar, mas a pandemia trouxe estranheza em virtude do Real posto em cena. Em decorrência, emergiu o sentimento de medo que, quando se tornou enigmático, despertou o seu desejo de saber, fazendo-o se questionar sobre sua responsabilidade naquele sofrimento. Sua relação com a comida lhe traz indícios da sua participação naquele adoecimento.

A questão da alimentação tornou-se centro dos conteúdos manifestos. Enuncia que o filho trabalhava com alimentos saudáveis, mas que ele era um ‘velho teimoso’. Desde a morte da sua esposa, havia assumido as tarefas da casa. Seu apartamento era extremamente limpo, parecia ‘apartamento de mulher’, porque ele era ‘rigoroso’. Só ‘pecava’ na comida, posto que gostava de ‘comida boa’ com bastante tempero e sal. Sua predileção envolvia carnes gordas e por isso acreditava ter descuidado da saúde. Sabia que na ‘nova fase’ precisava ‘apertar a boca’ devido às recomendações dietéticas. Construiu uma demanda de saber. Queria aprender sobre os modos de preparo de uma alimentação saudável e para isso contaria com o auxílio do filho. Em associação livre se surpreende ao constatar que precisa falar com a nutricionista para lhe perguntar como ficará sua dieta no pós-alta. Assim, Gabriel começou a se corresponsabilizar pelo seu processo de autocuidado. Seu querer saber aponta para uma retificação subjetiva, na medida em que promoveu mudança na sua forma de gozar na condição de doente. Anteriormente, ao narrativizar sua história de vida, era a repetição compulsiva das doenças, sempre com tratamentos cirúrgicos, que ganhavam relevância. A posteriori, foi-lhe possível desalojar o gozo da carne, tendo em vista que a escuta analítica permite “[...] tratar o gozo, deslocá-lo e colocá-lo em palavras” (Braunstein, 2007, p. 40).

No pós-operatório imediato se mostra assustado com os batimentos cardíacos e a pressão arterial. Olhava insistentemente para os aparelhos de monitoramento e para mim sem dizer uma palavra. Durante o tempo que permaneço ao lado do leito só o sinal sonoro do aparelho rompe o silêncio. Assustado me diz: “[...] tá vendo aí?”. Respondo que não vejo nada e peço que ele me conte o que vê. Tentava reconhecer o que era seu, fazendo dos aparelhos uma extensão do seu próprio corpo. Seu batimento cardíaco podia ser percebido a olho nu, contudo é apontando para o aparelho que ele sinaliza essa alteração: “Olha aí, meu coração acelerado desde ontem e a pressão altíssima”. Questiona se é normal esse tipo de reação e conclui que é o “[...] coração novo se adaptando; quando troca uma coisa velha por uma coisa nova sempre tem diferença”. Sua imagem fragmentada era percebida através de sensações erógenas suscitadas pela invasão dos drenos. Falava de pedaços do seu corpo sempre atrelado ao significante ‘agoniado’. Achava-se ‘agoniado’ porque não retiraram a sonda vesical, porque os medicamentos não estavam ‘controlando’ os batimentos e pressão arterial, porque não podia ir ao banheiro e tomar seu próprio banho. Os sintomas eram insuportáveis porque remetiam à questão da morte e da impotência, sendo impossível de simbolizar.

Para Silveira (2015), é o impossível de elaborar sobre uma experiência sentida como invasão que revela seu caráter traumático. Para a autora, o Real não pode ser elaborado, contudo o sujeito pode “[...] introduzir significantes no Real da experiência” (p. 36). Essa

operação possibilita “[...] amarrar o que não é elaborável no núcleo do inconsciente” (p. 38), de modo que o Real pare de invadir a realidade psíquica. Portanto, precisei, a priori, sustentar o silêncio diante do encontro com o Real mobilizado pelas sensações percebidas pelo paciente que lhe mostravam a fragilidade do corpo. O espaço de escuta, sustentado pela presença, fez surgir significantes que viabilizaram alguma elaboração diante do sofrimento.

O retorno para a enfermaria foi marcado pelo discurso esperançoso em relação ao tratamento. O controle dos sintomas suscitou um sentimento de vitória. Ao discursar sobre a cirurgia expressa: “[...] mais uma tarefa cumprida na vida”. Ao discorrer sobre seus planos futuros, manifesta desejos associados ao reinvestimento nos laços sociais; traçar novos caminhos, invenções em torno de seu processo de saúde-doença que inclui ‘algumas alterações’ na rotina diária. Essas alterações apontavam para uma mudança na posição subjetiva do sujeito, visto que desejava ‘sair dessa velha vibe de doença e tal’ para entrar em uma ‘nova fase’. Seu discurso indicava um deslocamento na sua forma de satisfação, onde era possível para ele responder de um lugar menos mortificante. Nesse sentido, o tratamento reverberou em soluções criativas a partir da redistribuição dos modos de gozo do sujeito permitindo um investimento maior em estratégias vivificantes.

Considerações finais

A presente pesquisa é resultado de inquietações que emergiram a partir da escuta clínica, de orientação psicanalítica, das narrativas dos pacientes com doença cardiovascular em um hospital universitário durante o primeiro trimestre da pandemia da Covid-19. Após as recomendações sanitárias de isolamento e distanciamento social como únicas formas de proteção contra a possibilidade de contaminação pelo vírus Sars-Cov-2, uma repetição discursiva era escutada nos atendimentos e apontava para a impossibilidade de encontrar palavras que aplacassem a angústia vivenciada. O sofrimento, sempre vivido no hospital, se apresentava como o insuportável disso que não consegue se dizer de uma experiência.

O adoecimento cardiovascular e a necessidade de intervenção cirúrgica colocam os pacientes diante do não saber tornando a travessia do tratamento uma experiência de dor e sofrimento. Todavia, é notório que a possibilidade de se contaminar no ambiente de tratamento produz efeitos na forma de representar o período de internação ampliando a vivência afetiva de desamparo. O hospital, antes coberto pelo símbolo da cura, tornou-se um lugar perigoso para onde se vai morrer. Diante disso, propomos-nos a refletir sobre o advento do Real na clínica psicanalítica com paciente de cirurgia cardíaca em contexto pandêmico da Covid-19. A partir da inserção da praticante de psicanálise na unidade de cardiologia, foi possível escutar as narrativas sobre adoecer do coração associado à possibilidade de contaminação pela Covid-19, confirmando a hipótese dos trabalhos sobre o tema que tratam da sobrecarga psíquica do paciente cardíaco devido à simbologia do órgão, agora acrescidas do medo de contágio.

A psicanálise, alicerçada na noção de inconsciente, parte do pressuposto de que não se pode saber tudo. É esse ponto de não saber que representa a fonte da interminável possibilidade de mudança para o sujeito. No entanto, esse ponto de não saber também é fonte de angústia, criando temor e incertezas. Adoecer em um momento em que se reconhecem os limites e desafios do saber científico frente ao inédito da pandemia e tampouco se pode recorrer ao amparo de figuras significativas na vida do sujeito em função do isolamento social, produz efeitos devastadores. As narrativas apontam para o pior,

desvanecendo a esperança no tratamento e recuperação. Acorrentados à certeza da morte, a angústia tomou diversas formas, por vezes, tornando-se insuportável. No entanto, soluções criativas podem surgir.

A escolha pela construção de caso clínico foi a estratégia utilizada para demonstrar a complexidade dos aspectos subjetivos associados ao adoecimento orgânico. Sustenta-se que mesmo diante de uma angústia coletiva, suscitada pelo inefável da pandemia, as saídas encontradas pelo sujeito são sempre singulares, tal como demonstra o caso apresentado. O sofrimento, diante do Real, desvela não apenas dor, mas também formas de satisfação da qual o sujeito nada quer saber.

Conclui-se que a pandemia da Covid-19 instaurou um tempo sem palavras demonstrando os limites dos recursos simbólicos para responder ao advento do Real. Esse tempo subjetivo, que não se pode representar ou contabilizar, evidenciou a fragilidade e o sofrimento humano. Dessa forma, os sujeitos passaram a lidar com uma experiência atemporal onde se tornou impossível sustentar a fantasia de imortalidade e a ilusão de controle sobre a vida. Sendo assim, recuar não se fez opção para a prática da psicanálise na atenção terciária. Ao invés disso, foi possível assegurar um espaço de escuta para os pacientes a fim de permitir um tempo para elaboração diante do sofrimento inevitável mobilizado pelo encontro com o Real.

Referências

- Aires, S. (2014). Corpo e afeto: considerações lacanianas. *Revista Diálogos Possíveis*, 13(02), 43-55. https://www.academia.edu/25854540/CORPO_E_AFETO_CONSIDERA%C3%87%C3%95ES_LACANIANAS
- Aires, S. (2017). A doidignidade das palavras: Lacan e a clínica das psicoses. In C. G. Burgarelli. *Padecer do significante: a questão do sujeito* (cap. 7, pp. 95-114). Mercado das Letras.
- Birman, J. (2020). *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas* (1a ed.). Afiliada.
- Borges Junior, D. P., Oliveira, G. K. C., & Vasconcelos, A. C. P. (2020). Contribuições da psicanálise à atuação na clínica cardiológica. *Mudanças*, 28(2), 27-31. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692020000200004&lng=pt&tlng=pt
- Braunstein, N. (2007). Os gozos distintos. In N. Braunstein. *Gozo* (1a ed., cap. 02, pp. 55-109). Escuta.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Resolução nº 010/2005. Código de ética profissional do psicólogo, XIII Plenário*. <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2009). *Resolução nº 001/2009*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf
- Cruglak, C. (2001). *Clínica da identificação*. Companhia de Freud.
- Dias, E. C., & Moretto, M. L. T. (2017). *A construção do caso clínico como via de transmissão da psicanálise nas instituições de saúde*. Blucher.

- Dunker, C. I. L., & Ravanello, T. (2017). Gênero e forma literária: considerações sobre a estrutura ficcional dos casos clínicos em psicanálise. *Cadernos de Psicanálise*, 39(36), 87-102. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952017000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 7(1), 75-86. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142004001006>
- Freud, S. (1996a). Além do princípio do prazer. In S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (2a ed., Vol. XVII). Imago. Trabalho original publicado em 1920.
- Freud, S. (1996b). Inibição, sintoma e angústia. In S. Freud. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira* (2a ed., Vol. XVII). Imago. Trabalho original publicado em 1926.
- Gorog, J.-J., & Oliveira, C. (2019). O que é o Real para Lacan? *Stylus*, (38), 23-33. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2019000100002&lng=pt&tlng=pt
- Izovich, L. (2020). O corpo na psicanálise. In *Psicanálise e pandemia. Fórum do Campo Lacaniano – MS* (pp. 49-79). Aller.
- Lacan, J. (1974-1975). *O seminário, livro 22: Real, simbólico, imaginário*. Inédito.
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia (1962-1963)*. Zahar.
- Miller, J-A. (n.d.). *Como iniciamos a análise. Campo Freudiano*. Mimeo.
- Monteiro, M. P. (2007). Psicanálise e cardiologia: um (en)contro impossível ou um (en)canto possível?. *Cógito*, 8, 9-13. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792007000100002&lng=pt&tlng=pt
- Moretto, M. L. T. (2006). *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do outro em si* [Tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2018.tde-06122018-144620>
- Moretto, M. L. T. (2019). Na vertente clínica: a abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde. In *A abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde* (1a ed., cap. 4, pp. 57-73). Zagodoni.
- Moura, F. F., Zimmer, M., Tavares, M. G., Almeida, G. B., & Santos, D. B. (2020). Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil. *Revista da SBPH*, 23(2), 139-148. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200013&lng=pt&tlng=pt
- Nascimento, P., Cardoso, M., & Neves, A. (2020). Principais desfechos fatais em indivíduos cardiopatas acometidos por COVID-19. *Enfermagem em Foco*, 11(2. esp). doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3676>

- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2017). *Doenças cardiovasculares*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2020). *Coronavírus*. <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus/coronavirus>
- Quintana, J. F., & Kalil, R. A. K. (2012). Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. *Psicologia Hospitalar*, 10(2), 17-32. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092012000200003&lng=pt&tlng=pt
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2013, 13 de junho). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. <http://bit.ly/1mTMIS3>
- Silveira, D. B. (2015). *Incidências do Real em um hospital de cardiologia: apontamentos a partir de uma experiência* [Dissertação de mestrado]. Universidade do estado do Rio de Janeiro.
- Soler, C. (2018). *Adventos do Real: da angústia ao sintoma* (1a ed., Elisabeth Saporiti, trad.). Aller.
- Wachsberger, H. (1994). Função das entrevistas preliminares. In *Clínica lacaniana. Casos clínicos do campo freudiano* (pp. 26-31). Jorge Zahar. Trabalho original publicado em 1989.
- Wottrich, S. H., Quintana, A. M., Camargo, V. P., Quadros, C. O. P., & Naujorks, A. A. (2013). Significados e vivências mediante a indicação cirúrgica para pacientes cardíacos. *Psicologia em Estudo*, 18(4), 609-619. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722013000400004>

Recebido em: 02/08/2021
Aprovado em: 12/07/2022