

O ANALISTA NA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO: UM RETORNO A FREUD

*Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto**

RESUMO:

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é o lugar dentro de um hospital que mais carrega em seu nome o estigma da morte. Assim, quando se entra na UTI pode-se morrer mesmo que ali, paradoxalmente, seja o lugar em que mais se luta pela vida. Eros e Thanatos, portanto, habitam a mesma casa e, por isso, diante da emergência orgânica, surge a urgência psíquica e é nesse contexto em que o trabalho do analista deve ser realizado. No entanto, o psicanalista que atuará neste contexto, deve estar preparado para lidar com as peculiaridades que lhe são apresentadas e intervir a partir de UM retorno ao texto freudiano que, por sua vez, deve ser tomado como um criador de novos discursos e de possibilidades outras. Atrelado a isso, o fazer psicanalítico na UTI não pode perder de vista a relação existente entre a psicanálise pura e a atualmente tão propalada psicanálise aplicada. Só dessa forma o fazer psicanalítico poderá encontrar seu lugar dentro desta cena institucional.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Hospital. Morte. Pulsão.

* Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto. Graduado em Letras pelo CES-JF, graduando em Psicologia pelo CES-JF, aluno do curso de especialização em Psicanálise, Subjetividade e Cultura pela UFJF e estagiário do Setor de Psicologia Clínica do Hospital Monte Sinai. E-mail: vinicius.netto@uol.com.br
Endereço: Avenida Independência 2565/205. Tel: (32) 3232-1372; Cel: (32) 9146-1221.

A MORTE QUE LEVA À VIDA

“- Acabou! – disse alguém por cima dele.
Ouvii essas palavras e repetiu-as em seu espírito. “A morte acabou –
disse a si mesmo – Não existe mais.”
Aspirou ar, deteve-se em meio suspiro, inteiriçou-se e morreu.”

Tolstoi, *A morte de Ivan Ilitch*.

A Unidade de Tratamento Intensivo caracteriza-se por ser um espaço frio, silencioso e, ao mesmo tempo, ensurdecido pelos bipes dos aparelhos. Neste cenário transitam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e, finalmente, corpos feridos, e estáticos em macas, que demandam respostas curativas, imediatas e urgentes. É, nessa cena que, por vezes, um outro ator não menos importante, mas frequentemente mal compreendido, marca presença – o psicanalista.

Discutir acerca da importância do analista no hospital e, mais precisamente, na UTI é uma postura no mínimo curiosa se levarmos em consideração a linha histórica da teoria psicanalítica com a atuação de Charcot na *Salpêtrière*, de Freud no Hospital Geral de Viena e, até mesmo, de Lacan em *Saint Anne*. No entanto, quando tentamos evocar a imagem que usualmente fazemos de um psicanalista, questionamentos acerca de sua presença no hospital, pelo menos em um primeiro momento, justificam-se.

Geralmente, o psicanalista é visto como o profissional solitário que, trancado em seu consultório e sentado por detrás de um divã, escuta e trabalha a subjetividade de alguém que demanda ajuda para seu sofrimento psíquico. Assim, tal caricatura, muitas vezes verossímil, traz consigo a seguinte pergunta: como articular duas realidades tão díspares? Ou,

falando de outra forma, o que permite, autoriza e justifica a presença de um psicanalista na UTI?

Como ressalta Soares (2000), não somos apenas um corpo orgânico. Somos seres alienados na linguagem, atravessados pela falta e, por isso, desejantes. Dessa forma, os pacientes na UTI, assim como aqueles que, angustiados, procuram o consultório do analista, possuem suas fantasias e expectativas que, naquele momento, recebem uma nova tonalidade. Atrelado a isso, há também os familiares que, por sua vez, trazem para a UTI suas angústias oriundas da ruptura abrupta da dinâmica familiar e de todos os conflitos psíquicos que ali se atualizam. Finalmente, não podemos nos esquecer de todos aqueles que trabalham neste local e que, de uma maneira ou de outra, deparam-se com aquilo que escapa, com aquela que nem em nosso inconsciente encontra-se representada e que, por isso, causa pavor e até evita-se dizer o nome – a morte.

Diante disso, percebemos a tentativa de não apenas negar a morte, mas de suprimi-la. Assim, Leis (2003) afirma que vida e morte sempre caminharam juntas, até que a técnica nos surpreendeu com a ilusão de que a vida pode ser estendida *ad eternum*. Por isso, hoje descobrimos que, no discurso contemporâneo, a morte natural deixou de existir. E, na sociedade denominada pelo autor de Sociedade dos Vivos, as pessoas *não resistem, não aguentam ou, na melhor das hipóteses, vão a óbito*¹ em decorrência de insuficiência respiratória, de complicações cardíacas, de complicações neurológicas, de falência generalizada dos órgãos, mas, nunca, de velhice.

Além disso, Kehl (2002) ao discorrer sobre a busca de um sentido da vida, aponta que este não é mais produzido pela tradição, pela religião e pelas transmissões familiares, já que a sociedade do conhecimento não aceita um bem supremo, um valor inquestionável, que não seja aquele comprovado cientificamente. Entretanto, para a autora, o

¹ Grifo nosso.

sentido da vida não é o valor inerente a ela própria, mas, sim, efeito de uma construção discursiva que bordeja o aleatório, o inesperado. Por conseguinte, o homem tenta aumentar o domínio simbólico a cerca do real do corpo, do sexo e do futuro incerto e, também, da morte. Todavia, essa construção discursiva não é individual, uma vez que seu alcance simbólico implica o fato de ser dirigida e reconhecida pelo Outro.

Atrelado a isso, a autora aponta que os discursos sobre o que a vida deve ser mostram-se empobrecidos, pois se apóiam cada vez menos em razões filosóficas e cada vez mais em razões de mercado, que se consomem em si mesmas e cuja satisfação não remete a nada além da mercadoria, do fetiche e de uma aparência de saber viver. Assim, a forma de satisfação pregada pelo discurso midiático encontra expressão em objetos que encarnam a imagem de um objeto que traria uma satisfação plena. Esses objetos, por sua vez, criam a ilusão de que o desejo pode ser satisfeito, mas se esquece que o objeto que tanto se almeja alcançar está perdido para sempre e, devido sua forma de furo, só pode ser contornado pela pulsão que é sempre parcial. Esse objeto cujos representantes são seio, voz, olhar, fezes e nada, foi chamado por Lacan (1964) de objeto a – objeto que por ser furo, por ser vazio é causa de desejo.

Dessa forma, Melman (2003, p. 16) acredita que este panorama atual serve de base para a emergência do que ele nomeia de “a nova economia psíquica”, que caracterizar-se-ia pela passagem de uma economia então organizada pelo recalque para uma economia engendrada pela exibição do gozo. Diante disso, o sujeito contemporâneo, para o autor, é aquele que tudo quer ter e, conseqüentemente, nada consegue escolher. Para ilustrar tal cenário, o autor recorre aos ditos populares que ontem lembravam ao sujeito de que nem tudo era possível – “Não se pode ter tudo” – e que é necessário assumir as conseqüências de seus atos – “Quem semeia vento, colhe tempestade”. Hoje, por outro lado, a máxima mais

frequentemente evocada pelo sujeito que, ilusoriamente, vê-se como completo é “Assoviar e chupar cana”.

Assim, neste contexto de instabilidade, insegurança, ilusão de totalidade e explicações racionais enlatadas, o discurso da ciência produz uma ilusória e efêmera moldura do saber sobre a morte sem, no entanto, levá-la em conta. Muitos profissionais, como é o caso daqueles que estão na UTI, lidam no seu cotidiano com a morte física, mas isso não significa que a encaram como experiência da falta, do vazio radical que funda o viver do homem e cuja presença altera substancialmente o seu estar-no-mundo. Por isso, o fato desses profissionais depararem-se com a morte, não quer dizer, em absoluto, que a têm elaborada, mesmo porque isso não é possível. Assim, parafraseando Lacan (apud Rodrigues, 2000), na maioria das vezes, a morte é vista como aquela que leva a vida e não à vida.

É somente na clínica, todavia, que essa fala de Lacan parece ser melhor compreendida.

M². era um paciente terminal que estava internado há duas semanas na Unidade Coronariana (UC)³ e a ele era reservado apenas os chamados cuidados paliativos. Um dia chego a UC e a médica me recebe dando graças a Deus pela chegada do que ela chamava de “personal emotion”. Esse significante era usado pela médica sempre como um pedido de socorro e, por isso, não o questionava. Assim, segundo ela, M. não queria ficar com o oxigênio no rosto e se tivesse que ser entubado M. provavelmente não resistiria. Chego ao leito e M. profere a frase que tanto horrorizava não só a médica como também a todos os membros da equipe “Quero morrer!” Após respirar fundo repetidas vezes por não saber o que dizer ou o que fazer diante de tal fala, disse a primeira coisa que me veio a cabeça e que por mais banal que possa parecer – uma vez que nosso ofício baseia-se na escuta – eu disse

² O nome dos pacientes e de seus familiares foram omitidos no presente trabalho com o objetivo de preservar suas identidades.

³ A Unidade Coronariana, assim como a UTI, é uma unidade de tratamento intensivo especialmente destinada a pacientes cardiopatas.

“Estou aqui para escutá-lo.” A partir disso, M. tirou o oxigênio e falou. Entretanto, não fez isso de uma só vez. Falava um pouco e colocava novamente o oxigênio. Quando queria falar um pouco mais, retirava o oxigênio e a aparelhagem apitava. Então eu voltava ao leito e M. podia falar mais daquilo que não era possível dizer de uma vez só. Nesse vai e vem, nesse fort-da, M pôde falar daquilo que amedrontava não só a ele, mas os outros também. No entanto, as falas de M. não tinham apenas o tom de morte. M. falou um pouco de como conheceu sua esposa, da alegria do nascimento do primeiro filho e de como o mais novo era teimoso. Falou também de como a mulher o apoiou quando recebeu o diagnóstico de sua doença e de seu neto, estudante de medicina, que colocara-se como aquele que descobriria a solução para o problema do avô através de suas buscas incessantes em artigos na internet e nos livros da faculdade. Foi assim que M. pôde receber seus familiares no horário de visita sem estar entubado. M. morreu no dia seguinte.

Com isso, como observa Secchin (2006), a UTI é o local onde mais podemos perceber que *Eros* e *Tanathos* realmente habitam a mesma casa. Pulsão de vida e pulsão de morte encontram-se entrelaçadas em um lugar onde os avanços médicos e tecnológicos apontam para todas as potencialidades humanas de lutar em prol da vida, mas, ao mesmo tempo, a eminência constante de morte nos mostra nossa castração e, por conseguinte, nossa tão negada incompletude e limitação.

Assim, a UTI que, inicialmente, parece inóspita para o analista, revela-se como um lugar propício para a construção de uma cadeia de significantes que propicie o estabelecimento de novos significados, de novos investimentos que, por sua vez, apontem para saídas possíveis nesse contexto.

No entanto, estar diante de um sujeito que padece diante da morte, da castração - seja ele o paciente, os familiares ou os membros da equipe - tem suas particularidades no que tange o contexto da UTI. Por isso, faz-se necessário um discurso outro que, todavia, não é

contrário ao discurso psicanalítico. Na verdade, esse deve ser tributário dos ensinamentos freudianos, pois só assim se é possível adequar a escuta e problematizar o *setting analítico* à realidade que nos é colocada da Unidade de Tratamento Intensivo.

UM RETORNO A FREUD

Leite (2008), ao tentar explicar a importância de UM retorno a Freud, remete-se a Foucault quando esse se pergunta o que seria um autor e nos mostra que há dois tipos: os primeiros seriam os grandes autores clássicos da literatura do século XIX e os autores dos textos canônicos e científicos; os outros, destacando-se Freud e Marx, são aqueles considerados *fundadores de discursividade*. Assim, de acordo com Foucault (apud Leite, 2008), Freud e Marx produziram mais que suas obras. Esses autores criaram a possibilidade e a regra de formação de outros textos, de outros discursos.

Com isso, UM retorno a Freud vai muito além de citá-lo, é necessário um a mais. “O artigo indefinido (UM) sublinha a incidência do retorno a Freud no âmbito da entrada que cada UM psicanalista deverá fazer neste campo, apoiando o saber textual na experiência analítica.” (Ibid., p. 23)

Tal posicionamento, entretanto, pode gerar confusões e conclusões equivocadas relacionadas a um “tudo é possível” ou “é proibido proibir” com relação à experiência analítica. Dessa forma, Kehl (2002), preocupada com o posicionamento ético do analista enfatiza a importância do corpo teórico no *setting analítico*.

[...] É preciso que o analista saiba desde o início, e faça o analisando saber, que a relação que se estabelece ali não é dual. Num *setting analítico* deve haver sempre três: o analisando, o analista e o corpo teórico da psicanálise, do qual o analista é tributário. (Ibid., p. 143)

Leite (2008) e Kehl (2002) parecem ter tecido suas teorias apoiadas em Freud (1926), quando este adotou um posicionamento energeticamente contra a acusação de charlatanismo sofrida por Theodor Reik por exercer a psicanálise sem ter a medicina como parte de sua formação. Na passagem abaixo Freud nos chama atenção sobre a importância de uma “agudeza em ouvir” por parte do psicanalista, que só lhe é dada por uma análise dele próprio sublinhando, assim, a necessidade ética da análise pessoal. Só assim o analista pode aplicar a psicanálise a própria psicanálise estabelecendo, com isso, um movimento dialético entre a clínica e a teoria.

Quando o senhor atingiu certo grau de autodisciplina e possui certo conhecimento a sua disposição, suas interpretações serão independentes de suas características pessoais e atingirão o alvo. Não estou afirmando que a personalidade do analista seja uma questão de indiferença para essa parte da tarefa dele. Uma espécie de agudeza em ouvir o que está inconsciente e recalcado, que não está na posse igualmente de todos, tem seu papel a desempenhar. E aqui, antes de tudo, somos levados à obrigação do analista de tornar-se capaz, por uma profunda análise dele próprio, da recepção sem preconceitos do material analítico. (Freud, 1926, p. 212)

Além disso, Freud (1918) inicia seu pronunciamento intitulado *Linhas de Progresso na Terapia Psicanalítica*⁴, dizendo nunca ter se vangloriado de qualquer inteireza ou acabamento do conhecimento e da técnica psicanalítica e de ter sempre estado pronto a reaver e, até mesmo, alterar seus conceitos e métodos caso fosse necessário. Dentre essas possíveis alterações conceituais e técnicas, Freud nos alerta para o restrito alcance da psicanálise no que diz respeito às camadas mais populares da sociedade e, a partir disso, prevê

⁴ Conferência proferida no Quinto Congresso Psicanalítico realizado em Budapeste no ano de 1918

que, em um futuro próximo, instituições ou clínicas poderiam ser fundadas com o intuito de oferecerem tratamento psicoterápico a essas pessoas. Entretanto Freud (Ibid., p. 181) enfatiza que "qualquer que seja a forma que essa psicoterapia possa assumir, [...] os seus ingredientes mais efetivos e mais importantes continuarão a ser, certamente, aqueles tomados à psicanálise estrita e não tendenciosa."

Poderíamos, então, nos questionar de quais ingredientes um psicanalista não deve abrir mão, caso não queira se enveredar para um outro tipo de escuta que não seja a analítica. Em *Sobre a Psicoterapia*, uma conferência proferida exclusivamente para médicos, Freud (1904) diferencia o método analítico da sugestão e compara tal diferença à antítese que também existe entre a pintura e a escultura sabiamente descrita por Leonardo da Vinci. Assim, para o autor a sugestão estaria para a pintura como o método psicanalítico estaria para a escultura uma vez que o primeiro ocorre *per via de porre* e o segundo *per via de levare*. Entendamos essa analogia com as artes plásticas através das próprias palavras de Freud:

A terapia analítica [...] não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológico e com a trama psíquica da idéia patogênica [...]. Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, foi porque não havia a esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente. [...] censuro essa técnica por ocultar de nós o entendimento do jogo de forças psíquico; ela não nos permite, por exemplo, identificar a resistência [...] e é somente a resistência que nos possibilita compreender seu comportamento na vida. (FREUD, 1904, p. 247)

Ponto de vista semelhante Freud (1912) defende em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Para o autor, nas instituições, com muita frequência, o psicoterapeuta pode confundir a psicanálise com a psicologia da consciência e fazer uso da

sugestão até para que possa alcançar um resultado perceptível em um tempo mais curto. Entretanto, Freud (Ibid., p.131) nos alerta que “é lícito insistir em que ele próprio [o psicanalista] não se ache em dúvida quanto ao que está fazendo e saiba que seu método não é o da verdadeira psicanálise.”

Com isso, Moretto (2002) afirma que Freud não nos deixou regras claras de como proceder, não há receitas prontas e os ditames atuais que perpassam o fazer psicanalítico parecem ter surgido justamente desse furo e, vez por outra, servem como base ou justificativa para preciosismos sem sentido ou praticas equivocadas que nada tem a ver com a psicanálise⁵. Assim, as únicas regras que realmente foram deixadas por Freud, e as quais realmente devemos seguir são: a *associação livre* - por parte do analisando - e a *atenção flutuante* - por parte do analista. O resto, segundo a autora, é resto.

PSICANÁLISE PURA E PSICANÁLISE APLICADA

Portanto, ao propormos UM retorno a Freud caímos imediatamente em uma outra questão amplamente discutida atualmente: a aparente diferença entre a psicanálise pura e aquela dita aplicada. Ora, logicamente não podemos fechar os olhos para o atual momento cultural e econômico em que vivemos que é permeado pelo capitalismo selvagem, no qual a saúde é, paradoxalmente, um bem público e direito de todos, mas nos hospitais passou a ser alvo de metas de produtividade. Assim, como previa Freud (1912), o analista muitas vezes é

⁵ Edward Glover, analista inglês, elaborou um questionário a fim de prestar contas sobre as normas que norteavam o fazer dos psicanalistas da Grã-Bretanha assim como objetivava fazer um levantamento das técnicas utilizadas pelos mesmos. Glover obteve a resposta de vinte e nove analistas e os resultados foram os seguintes: havia concordância de apenas 6 dos 63 pontos levantados e apenas um deles tinha realmente relevância: a necessidade de se analisar a transferência. Os demais relacionavam-se a questões insignificantes, pelo menos em um primeiro momento, tais como: a inoportunidade de aceitar presentes, a rejeição do uso de termos técnicos na análise, a evitação de contatos sociais, a abstenção de responder a perguntas e, por fim, o pagamento de todas as sessões as quais se deixa de comparecer. [sic] (Lacan, 1966)

impelido, no hospital e, conseqüentemente na UTI, a responder em termos de produção, de metas e de resultados. A partir disso, podemos nos perguntar então como poderíamos articular o saber psicanalítico a essa realidade?

A psicanálise não se construiu por meio de respostas e, sim, através dos questionamentos – questionamentos esses que têm como objetivo tentar ter notícias da verdade. Entretanto, essa verdade não se relaciona à verdade da medicina, uma verdade última acerca do funcionamento dos órgãos, mas a verdade do sujeito, sujeito dividido, fruto do recalque e, por isso, desejante.

Com isso, não podemos nos paralisar diante desse desafio, pois sabemos a quem recorrer. Esse S1, chamado por Lacan de Significante Mestre que norteia a cadeia significante, é, sem dúvida alguma, Freud (1918). Este, por sua vez, já vislumbrava que a psicanálise seria aplicada em hospitais e em outras instituições e, para isso, lança mão de uma metáfora através da qual nos diz que o ouro da análise livre poderia se fundir ao cobre da análise direta. Como em um movimento próprio da cadeia de significantes só conseguimos dar sentido as palavras de Freud em um *a posteriori*, em um movimento de retro-ação.

Poderíamos então, partindo de Freud, entendermos análise livre como aquela que hoje denominamos de pura e análise direta como aquela a qual chamamos de aplicada? Horne (2008) acredita que sim. Entretanto, o autor ressalta que a extensão da psicanálise não implica em sua superficialização e recorre a Miller para enfatizar aquilo que Freud também já havia articulado – a diferença entre a psicanálise e o método da sugestão – mais próximo, segundo ele, da psicologia da consciência:

“[...] tanto a psicanálise pura quanto como a psicanálise aplicada devem ser diferenciadas radicalmente da psicoterapia. É central que a psicanálise aplicada à terapêutica permaneça psicanálise reservada ao psicanalista. Se a psicanálise conseguiu demonstrar o valor da palavra

na cura, a psicoterapia [...] tende a confundir-se com ela, a ser uma. Isso não é assim: a palavra e a escuta psicanalítica não são análogas às da psicoterapia. A psicanálise orienta-se ao real e a psicoterapia contenta-se com tentar dar sentido às palavras do paciente.” (MILLER apud HORNE, 2008, p. 16-17)

A diferenciação entre a psicanálise e a psicoterapia em termos teóricos é muito elaborada e deve ser feita para evitar equívocos na aplicação da psicanálise em instituições como é o caso do hospital. Entretanto, é na clínica que podemos perceber como a linha que separa constructos teóricos tão distintos pode ser tênue.

Isso pode ser percebido quando um simples copo de água é oferecido a um familiar que acabou de perder seu ente querido. Cabe ao analista sempre se perguntar para quem é esse copo? Para o paciente, no sentido de ser uma mão diante da angústia que o paralisa (Lacan, 1962-63) e que, com isso, poderá veicular a palavra, ou para o próprio analista, que diante da dor do outro oferece a água justamente para calar a palavra, para não se a ver com ela. Situação similar pode ser vista no relato abaixo.

M.D estava internada na UTI há dois meses e, apesar de lúcida, estava muito fraca e respirava através de uma traqueostomia o que dificultava a comunicação com a filha M.L que a visitava todos os dias. M.L. dificilmente se reportava ao serviço de psicologia e todas as tentativas de aproximação pareciam não surtir efeito. No entanto, certo dia percebi que todas as vezes que eu passava perto do leito M.L me olhava. Assim, decidi me aproximar e perguntar como estavam as coisas. M.L fala que MD já havia perdido o casamento de um sobrinho que se casara há duas semanas e que perderia também o casamento do neto, filho de M.L., que ocorreria dali a dois dias. Imediatamente digo que M.L poderia trazer as fotos dos casamentos para que M.D pudesse vê-las. Em um momento posterior do atendimento, reporto-me a paciente pelo seu nome quando M.L me interrompe dizendo que a mãe gostava

de ser chamada pelo apelido e ficava muito brava quando alguém a chamava pelo nome. Instantaneamente digo que conversaria com a equipe sobre a possibilidade de trocar o nome que ficava sob o leito da paciente pelo seu apelido e, com isso, ela não ficaria mais brava.

O que esse atendimento, que, de antemão, podemos classificar como malogrado, tem a ver com a oferta do copo d'água a um familiar que chora, desespera-se, mas, ainda assim, fala da morte de seu ente querido? Ambos interrompem a cadeia de significantes e esbofeteiam o inconsciente que se cala. Com isso, podemos perceber que simples atos como a oferta de um copo d'água, o conselho de se trazer um álbum de fotografia ou a sugestão de se trocar o nome que identifica uma paciente para agradá-la podem ser bem vistos pela equipe no sentido de se fazer o bem para aquele que sofre. Entretanto, tais intervenções, da maneira e no momento em que foram feitas, vão na contra mão daquilo que Freud, Lacan e Miller entendem por psicanálise, já que atuam no âmbito da consciência, da palavra como uma, da verdade da norma e do bem como universal.

Assim, o psicanalista que atua em uma Unidade de Tratamento Intensivo deve estar preparado para lidar com as peculiaridades que lhe são apresentadas e intervir sempre a partir do texto freudiano. Portanto, cabe a este ator institucional fazer UM retorno a Freud para, com isso, adequar sua escuta e relativizar o engessamento do *setting analítico* criando possibilidades e discursos outros. Só assim será possível ao analista intervir de forma ética para deixar de ser apenas *mais um ator* na cena hospitalar, para se tornar *um a mais* nesse contexto que tem suas características e demandas próprias.

REFERÊNCIAS

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

- _____.(1904). *Sobre a psicoterapia*, v. VII.
- _____.(1912). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, v. XII.
- _____.(1918). *Linhas de progresso na terapia psicanalítica*, v. XVII.
- _____.(1926). *A questão da análise leiga – conversação com uma pessoa imparcial*, v. XX.
- HORNE, B. “Os CPTCT’s na América”. In: SALOMON, G. (org). *O mercosul no divã – a Psicanálise e o Social em proposta nos CPCTs*. Curitiba: Selo Independente, 2008.
- KEHL, M.R.(2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- _____.(1964). *O seminário: livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1985.
- _____.(1966). “Variantes do tratamento-padrão”. In *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LEIS, H. R. “A sociedade dos vivos”. In *Sociologias*, Porto Alegre, n. 9, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222003000100012&lng=&nrm=iso. Acesso em: 15/10/2008.
- LEITE, N. V. A. (Org.); SILVA, F. T. X. (Org.). *Um retorno a Freud*. Campinas: Mercado de Letras, 2008.
- MELMAN, C. (2003). *O homem sem gravidade* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- MORETTO, L. T. *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
- RODRIGUES, G. V. “Nem o sol, nem a morte podem ser olhados de frente”. In: MOURA, M.D. de (org). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.5, p. 49 – 55.
- SECCHIN, L. S. B. “UTI: onde a vida pulsa”. In: *Epistemo-somática*. Belo Horizonte: Duetto Editorial, 2006 v. III p. 223-230.
- SOARES, C.P. “Uma tentativa malograda de atendimento em um centro de tratamento intensivo”. In: MOURA, M.D. de (org). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. Cap.4, p. 41 – 48.

THE ANALYST IN THE INTENSIVE CARE UNIT: A RETURN TO FREUD

ABSTRACT:

The Intensive Care Unit (ICU) is the place in a hospital which carries in its name the idea of death. Thus, when someone enters the ICU, this person can die, even though, as a paradox, this is the place where there is always a battle for life. *Eros and Thanatus* live in the same house and, in the presence of organic emergency, the psychic one appears and it is in this context that the psychoanalyst's work must be done. However, the psychoanalyst who works in an ICU should be ready to deal with the particularities of this context and act on the basis of A return to Freud so as new discourses and new possibilities can appear. Moreover, the psychoanalyst should also be aware of the concept of the so called applied psychoanalysis and of its close relation to pure one. This is, probably, the only way an analyst has to find his place in this institutional scene.

KEYWORDS: Psychoanalysis. Hospital. Death. Instinct.

L' ANALIST DE LA' UNITÉ INTENSIVE : UN RÉTOUR A FREUD

RESUMÉ:

L'unité de traitement intensive est un lieu dans l' hôpital que porte en son nom l' estgma de la morte. Alors. Quand on entre dans la UTI, on peut mourir lá, quaud même soit, paradoxalement, le lieu où on lutte pour la vie le plus. Eros et Thanatos, pourtant, habite la même maisonet, à cause de ça, en fazede le' émergence organique, il vient le' urgencepsique et c'est dans ce contexte que le' travail de l'analist doit être efetué níamoin, le psicanalístes que va agir dans ce context doit être préparé pour prendre de la peine avec les psicanalístes qui se présentent et intervenir à partir de'un rétour au texte freudian qui doit être approché como un générateur de nouveaux discouses it de nouvelles possibilités. En plus, la pratique psicanalítique dan la UTI ne peut jamais ignouer la relatio entre psicanalíste pure et la si divulguée psicanalíste appliquée. Seulement de cette fois la pratique psicanalítique pourrait rencontrer son lieu dans cette ciène institutionale.

MOTS-CLÉS: Psychanalyse. Hôpital. Morte. Pulsion.

Recebido em 22/10/09

Aprovado em 20/11/09

© 2010 Psicanálise & Barroco em revista
Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura/CNPq – UFJF.
www.psicanaliseebarroco.pro.br
Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.
Memória, Subjetividade e Criação.
www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php

revista@psicanaliseebarroco.pro.br

www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista