

## **O PROTAGONISMO NO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: SINGULARIDADE E IMPLICAÇÃO DO SUJEITO NO NÍVEL TERCIÁRIO EM SAÚDE**

---

*Danna De Luccia*

Mestre e doutoranda em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP). Psicanalista com formação pelo Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e pelo Fórum do Campo Lacaniano (FCL) de São Paulo. Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

*Camila Colás Sabino de Freitas*

Psicóloga e psicanalista. Mestranda em Psicologia Clínica no IPUSP. Pós-graduada em Psicologia Hospitalar pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IC/HC/FM/USP). Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital IGESP.  
E-mail: camilacolás@gmail.com

*Daniela Lara Di Ribeiro*

Psicóloga e psicanalista com aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo IC/HC/FM/USP. Psicanalista em formação no FCL de São Paulo. Psicóloga no Instituto de Oncologia Pediátrica do Grupo de Apoio ao Adolescente e a Criança com Câncer e da Universidade Federal de São Paulo (Graacc/Unifesp).

*Lígia Pereira Saccani*

Psicóloga e psicanalista com aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Instituição Pediátrica pelo Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr/HC/FM/USP). Psicóloga no Serviço de Onco-Hematologia do ICr/HC/FM/USP.

*Michelle Bittencourt Braga*

Psicóloga e psicanalista com aprimoramento em Psicologia Clínica pela PUC-SP e aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe). Psicóloga no Hospital e Maternidade São Luiz (HMSL).

*Sissa Helena Alves Valle*

Psicóloga. Psicanalista em formação pelo FCL de São Paulo. Pós-graduada em Psicologia Hospitalar pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor/HC/FM/USP). Psicóloga no Hospital Municipal da Vila Santa Catarina (HMOVSC) – Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein.

*Soraia Boldarine*

Psicóloga e psicanalista com pós-graduação em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Psicóloga no Serviço de Psicologia da empresa Home Health Care Doctor Serviços Médicos Domiciliares.

*Verônica de Freitas Montanher*

Psicóloga e psicanalista com aprimoramento em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral pelo IC/HC/FM/USP. Pós-graduada em Psicologia Clínica – Teoria Psicanalítica pela PUC-SP. Psicóloga no Serviço de Oncologia do Hospital Paulistano (Rede Amil).

*Maria Lívia Tourinho Moretto*

Professora Doutora no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP. Docente, pesquisadora e orientadora da Graduação e da Pós-Graduação. Psicanalista. Psicóloga com graduação pela UFBA, Mestrado pela PUC-SP e Doutorado pelo Instituto de Psicologia da USP. Coordena a Rede de Pesquisa Psicanálise e Saúde Pública do Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo.  
E-mail: mliviatm@uol.com.br

**Resumo:** O objetivo deste artigo é pensar a contribuição da psicanálise ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) na atenção de saúde em nível terciário e/ou quartenário, propondo uma aproximação entre os conceitos de singularidade e implicação do sujeito na psicanálise e a noção de protagonismo, marco conceitual do PTS. Após examinar a possibilidade de tangenciamento teórico, sua aplicabilidade em hospitais foi analisada por meio de exemplo clínico que avalia a operacionalização do PTS pela equipe de saúde, apontando para as limitações que surgem diante da experiência clínica. Um risco dessa proposta é transformar converter o dispositivo em protocolo, já que as instituições, com suas configurações burocráticas, tendem a transformar os pacientes em objetos a estudar/cuidar e deixam de lado a visão que o sujeito tem de si, do seu corpo, o que dificulta o desejo advir. Se pensarmos que priorizar o singular de cada sujeito significa ressaltar sua subjetividade e singularidade, proporcionando voz ao paciente e incluindo-o na negociação das propostas de intervenção e tratamento, os conceitos de singularidade e implicação do sujeito na psicanálise mostram-se coerentes com a noção de protagonismo do PTS. Considera-se, por fim, a pertinência da psicanálise sob as condições e possibilidades do manejo teórico-clínico na prática do PTS em instituições de saúde de nível terciário.

**Palavras-chave:** psicanálise; Projeto Terapêutico Singular; singularidade; protagonismo; psicologia hospitalar.

**Abstract:** This article aims to think through the contribution of psychoanalysis to the Brazilian Unique Therapeutic Project (PTS) in health care at the tertiary level, proposing to bring closer the concepts of the subject's uniqueness and implication in psychoanalysis and the notion of leading role, conceptual milestone of the PTS. After examining the possibility of theoretical tangency, its applicability to hospitals was analyzed by means of a clinical example that evaluates the PTS operation by the health team. A risk of this proposal is turning the device into a protocol, since institutions, which have their bureaucratic settings, tend to turn patients into objects to study/care for. If we think that prioritizing the uniqueness of each subject means stressing her/his subjectivity and uniqueness, giving room to the patient's voice and including her/him in the negotiation of intervention and treatment proposals, the concepts of the subject's uniqueness and implication in psychoanalysis are evidenced as consistent with the notion of leading role of the PTS. Finally, the relevance of psychoanalysis is considered under the practical conditions of the PTS in health care institutions at the tertiary level.

**Keywords:** psychoanalysis; Brazilian Unique Therapeutic Project; uniqueness; leading role; hospital psychology.

## Introdução

Este artigo trabalha a articulação entre a metodologia do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a psicanálise, visando a evidenciar pontos que fazem coincidir a noção de protagonismo, chave central na conceituação do PTS, com a abordagem psicanalítica dos conceitos de singularidade e implicação do sujeito. Enfocamos as especificidades dessas expressões e delineamos suas possibilidades complementares, para enriquecer o arcabouço teórico acerca da inclusão do sujeito no projeto terapêutico.

O percurso não terá como base uma retomada histórica do PTS, mas a eleição de alguns elementos teórico-clínicos que possam facilitar a inserção dessa metodologia nas equipes de saúde. Dessa forma, partimos de um breve resgate conceitual dos termos tomados pelo PTS e dos termos adotados pela psicanálise, atualizados por autores que refletiram sobre a pertinência desses conceitos no campo da saúde. Com esse modo de leitura, que coloca de forma conjugada tais perspectivas de entendimento, seguimos adiante, com o intuito de ilustrar o tema a partir de um exemplo prático extraído do trabalho de uma equipe hospitalar.

O eixo central deste estudo, portanto, aponta um debate sobre a aplicabilidade do PTS em hospitais e sua abrangência dentro de um equipamento de saúde considerado de nível terciário e/ou quaternário. Essa questão surgiu porque, nesse contexto, há uma ampla especialização dos saberes e compartimentação do corpo, tomando a doença como objeto central de análise e atuação. Isso não quer dizer que as equipes de saúde em hospitais não se debruçam sobre um caso considerando sua complexidade, porém, é marcante que as discussões multiprofissionais tendem a realizar uma soma de saberes, não recolhendo o que uma interlocução pode produzir no universo das decisões médicas. Nesse ponto, vale lembrar que, quando falamos de coletivo em psicanálise, trata-se de algo que não se sustenta no todo, isto é, a soma das partes não configura a totalidade do caso. E isso que falta, a presença do paciente, pode justamente vir a provocar uma abertura, um furo no saber da equipe como um todo (FIGUEIREDO, 2005).

A própria definição do PTS levanta uma discussão de qual seria a definição de saúde, por meio da explicação do que está por trás do termo *projeto* no PTS, pois este deve ser entendido para além da questão de plano, organização e ações orientadas à resolução de dado problema. Consideramos que deve pautar-se pela ideia de projetualidade, ou seja, pela capacidade de pensar e de criar novas realidades, novos possíveis (OLIVEIRA, 2008). Essa definição aponta outra maneira de pensar a saúde, suplantando a ideia posta de saúde como bem-estar físico-psíquico-social ou como reparação de dano, delineando uma nova projetualidade: a produção de vida, a invenção da saúde de cada sujeito. O PTS sai da dicotomia estabelecida pela Medicina de que saúde é não ter nenhum tipo de doença, abrindo novas possibilidades de pensar o conceito de saúde e tirando a cura como ideal.

A tarefa de pensar uma articulação entre o PTS e a atuação do psicanalista em hospitais exige, inicialmente, o destaque e a descrição de conceitos que aproximam o *projeto* da psicanálise e vice-versa. Dessa forma, articular a noção de implicação do sujeito da experiência psicanalítica se justifica pelo seu tangenciamento com as ideias centrais de protagonismo e singularidade, preconizadas pelo PTS.

## Protagonismo

Destacamos, inicialmente, o protagonismo e a singularidade descritos no PTS, conceitos que parecem visar à inclusão do indivíduo no processo de decisões acerca de sua saúde e seu tratamento.

O conceito de protagonismo é definido na Política Nacional de Humanização (PNH) como:

(...) a ideia de que a ação, a interlocução e a atitude dos sujeitos ocupam lugar central nos acontecimentos. No processo de produção da saúde, diz respeito ao papel de sujeitos autônomos, protagonistas e implicados no processo de produção de sua própria saúde. (BRASIL, 2007)

Outra definição apresentada é a de autonomia, que

(...) significa produção de suas próprias leis ou faculdade de se reger por suas leis próprias. Designa todo sistema ou organismo dotado da capacidade de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Pensar os indivíduos como sujeitos autônomos é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam, corresponsáveis pela produção de si e do mundo em que vivem. (Ibid.)

O protagonismo no PTS, portanto, põe em foco a produção de saúde realizada pelo próprio usuário. Para que uma proposta como essa seja tangível em serviços de saúde, a estrutura e a função da equipe também devem ser levadas em consideração. Cadore, Palma e Dassoler (2010) afirmam que o PTS visa à atuação integral entre os membros de uma equipe, para favorecer a responsabilização do usuário em seu tratamento.

Foi em espaços de atenção à saúde mental que o PTS foi desenvolvido como um dispositivo clínico que considera outros aspectos além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para a definição de propostas de ações.

Além disso, o PTS destaca que o *projeto* pode ser desenvolvido para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que busca a singularidade como

elemento central de articulação. Nesse contexto, o termo *singular* também remete à diferença, não passível de reprodutibilidade, e, portanto, mostra-se menos sujeito a processos de captura pelo planejamento normativo.

A denominação *projeto* propõe uma intencionalidade de lançar-se ao futuro a partir das situações vividas no presente. A partir do que é vivido, buscam-se estratégias comprometidas com a produção de saúde, autonomia e inclusão social, com a finalidade de sustentar o desenvolvimento e a condução de processos terapêuticos e projetos de vida, o que pode levar a um protagonismo não apenas dos profissionais, mas também das pessoas assistidas.

### **Singularidade no Projeto Terapêutico Singular**

Quando colocamos em pauta a questão da singularidade, cabe pensar de que modo ela é referenciada. Introduzir o singular em um sistema de regras causa certo desconforto, pois desorganiza um espaço que funciona a partir de práticas organizadas. A utilização do PTS como um dispositivo que enfatiza o trabalho com a singularidade do sujeito é uma forma de contrapor os ideais universalizantes que predominam na instituição (CADORE, PALMA e DASSOLER, 2010).

Um risco que se corre com essa proposta é transformar o dispositivo em protocolo, já que as instituições, com suas configurações burocráticas, tendem a transformar os pacientes em objeto a ser estudado/cuidado e deixam de lado o saber que o sujeito tem de si, de seu corpo, o que dificulta que o desejo advenha. Sustentar a diferença significa sustentar o limite dos saberes e sustentar a falta - a ser, ao mesmo tempo que se cria um espaço possível para o sujeito existir em sua singularidade.

Se pensarmos que priorizar o singular de cada sujeito trata-se de ressaltar o que de mais particular ele pode trazer, isso significa caminhar na contramão da burocratização, utilizar a proposta do PTS como um instrumento de trabalho a ser utilizado no caso a caso e não como mais um protocolo a ser cumprido.

Como destacam Cadore, Palma e Dassoler (2010), se “não há diferenciação entre o tratamento de um paciente e outro, não há clareza quanto à definição das atividades que compõem o tratamento dos pacientes, tornando as condutas terapêuticas padronizadas (...) não consideram o sujeito em sua singularidade”.

### **Inclusão e implicação do sujeito**

Em “A ciência e a verdade”, Lacan (1966) atenta para a subjetividade do sujeito que o saber apoiado na razão científica não abarca. O que a psicanálise busca é implicar o sujeito em sua subjetividade e sua queixa. A ideia do protagonismo, implementada pelo PTS, também se assenta na convocação do sujeito a ocupar uma posição de agente em seu próprio tratamento. Nesse sentido, ambos, psicanálise e PTS, advogam pela mesma causa: a responsabilização do sujeito naquilo que particularmente o afeta. Sobre isso, Lacan (1966, p. 873) afirma: “por nossa posição de sujeito, sempre somos responsáveis”.

Contudo, a ideia de retomar o tema da implicação do sujeito visa a evidenciar o sujeito da psicanálise. Diferente da noção de indivíduo, comumente utilizada nos dispositivos de saúde e que supõe a integridade de um eu, o sujeito da psicanálise é um sujeito dividido. Dividido entre aquilo que é consciente e o que é da ordem do inconsciente, entre o saber e a verdade, como coloca Lacan (ibid.). Esse objeto próprio da psicanálise, o inconsciente, surge nas lacunas existentes nas informações conscientes. Assim, ao lado da conscientização da doença e do protagonismo no tratamento, a psicanálise visa, também, à responsabilização do sujeito pela constituição de seu sintoma enquanto manifestação do inconsciente. Considerando a oposição entre os sistemas consciente e inconsciente, a psicanálise supõe um “eu” que busca atender às exigências dessas duas instâncias psíquicas por meio daquilo que Freud (1926/s.d) denominou *formação de compromisso*. O sintoma é o reflexo dessa formação de compromisso, uma solução encontrada pelo sujeito que o distancia do contato direto com o conflito psíquico e preserva sua integridade psíquica da invasão de ideias contraditórias e desejos inaceitáveis.

Partindo da escuta do singular, o psicanalista se orienta pela demanda do sujeito, aquilo que ele inicialmente pode dizer sobre o que lhe causa sofrimento, mas visa ao seu além, para saber sobre seu desejo. Saber sobre o desejo significa implicar o sujeito na verdade de seu sintoma, ou seja, em sua realidade inconsciente. Para Lacan (1953/1998, p. 263), o sujeito está sempre implicado no que lhe é inconsciente: “o que ensinamos o sujeito a reconhecer como seu inconsciente é sua história”. Nesse sentido, Lacan (1951/1998) fala da experiência psicanalítica como uma relação dialética de

sujeito a sujeito que não se reduz a uma psicologia da aquisição de certas conscientizações do indivíduo, trata-se de um espaço para a criação de novas soluções singulares para o conflito que surge na emergência do desejo.

Não se trata, aqui, de propor que o PTS se sustente no modelo epistemológico psicanalítico, mas sim de abrir uma perspectiva de entendimento sobre o sofrimento psíquico engendrado na queixa do sujeito e contribuir, dessa forma, para a composição do singular de cada proposta terapêutica. Tomando a atuação do psicanalista como baliza entre aquilo que se apresenta no campo hospitalar e aquilo que o PTS propõe, destacamos a segunda noção, que, podemos dizer, é confluyente com o protagonismo, a singularidade, por nós sustentada/suportada no campo hospitalar.

### **O Projeto Terapêutico Singular para além do protocolo: uma metodologia possível de trabalho**

Ao apontar o *suporte* operado pelo psicanalista na responsabilização do sujeito em sua condição, Figueiredo (2004) ajuda a nomear um dos manejos do psicanalista com as equipes em hospitais, qual seja, explicitar e sustentar o que há de singular no caso. Caso este que, mesmo sendo entendido pelo viés do particular pela equipe, ainda é enquadrado em universalizações dentro do discurso médico.

Abordando a questão do PTS, Figueiredo (2004, p. 81, grifos nossos) afirma que devemos

(...) ir em busca das boas perguntas. Em vez de nos perguntarmos *o que podemos fazer por ele*, a pergunta deve ser feita de outro modo: *o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com nosso suporte*. Isso significa de temos que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato.

Também é importante observar que, além de tais universalizações advindas de classificações diagnósticas, por exemplo, e da exclusão da subjetividade proposta pelo discurso médico, as organizações de saúde se encontram divididas e recortadas por outra lógica, a saber, a compartimentalização do saber em especialidades. Diante disso, uma reflexão é proposta por Cadore, Palma e Dassole (2010): quais são as interferências desse modelo organizativo no tratamento destinado aos pacientes? O que se vê são propostas dissociadas e fragmentadas, que acabam por proporcionar o encobrimento da posição de sujeito e estratégias de dominação do Outro (ABADI OLIVEIRA, 2009, p. 2).

Podemos dizer que o psicanalista denuncia e suporta a singularidade dentro de instituições voltadas à universalização dos fenômenos físicos e subjetivos. Figueiredo (2005, p. 50), sobre o que é singular, afirma que:

Podemos pensá-lo também como um conjunto de fatores num arranjo único, isto é, o que dá a singularidade não é a unidade e sim um composto de fatores estruturais e acidentais que constituem um momento e mesmo uma trajetória do sujeito. O singular pode ainda remeter-se à situação mais do que ao sujeito. As situações que se apresentam são singulares porque, previsíveis ou não, lançam todos e cada um ao trabalho de dar novo sentido, modificar ou simplesmente suportar seus efeitos.

Destacando o que a autora levantou sobre as situações singulares, podemos discutir a questão das demandas e encaminhamentos ao psicanalista no hospital, como trabalhada por Moretto (2006). A autora pontua que “a demanda dirigida ao analista decorre da relação que a equipe de saúde estabelece com a subjetividade dos pacientes e como lida com a sua própria” (MORETTO, 2006, p. 59). Essa construção indica que, antes mesmo de o analista entrar em contato com o paciente e lhe oferecer escuta, já há a produção de algo singular entre aquilo que o médico viu ou ouviu na relação com o paciente e como formulou sua demanda ao analista.

Moretto (ibid.) também trabalha uma importante noção para os psicanalistas no hospital: a inserção. Quando, a partir da demanda, a equipe espera um retorno do saber do analista, a autora aponta uma possibilidade de inserção, pois o que vai definir a inserção é o ato do analista diante dela.

Então, partindo do ponto em que o psicanalista opera com aquilo que é singular de cada caso, podemos dizer que sua inserção no hospital é capaz de favorecer uma proposta como a do PTS, que busca produzir uma responsabilização do paciente em seu tratamento, tendo como suporte uma equipe com ações claras e integradas. O PTS localiza a singularidade como razão de ser do projeto terapêutico, trata-se do lócus onde, em função de um sujeito ou coletivo singular, é determinada a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir saúde para aquele paciente (OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, é importante destacar que, mesmo no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), onde originalmente o PTS teria aplicabilidade, notou-se uma burocratização dos registros e das condutas (CADORE, PALMA e DASSOLER, 2010). Como seria sua aplicabilidade em um hospital? Sabe-se que a inserção do psicanalista na equipe de saúde faz emergir o sujeito e que isso provoca efeitos na equipe. Também

há, aí, um fazer emergir dos princípios já comentados do PTS, não necessariamente nas reuniões formais. Trata-se de uma inversão que se propõe quando o PTS não mais é tomado como outra burocratização inerente à instituição hospitalar e se faz metodologia de trabalho, valorizando o rigor do método em detrimento da rigidez. Lembrando que, segundo Viganò (1999), isso naturalmente requer um longo exercício do psicanalista na instituição, mas requer, sobretudo, transferência de trabalho entre os membros da equipe.

Um conceito importante do PTS, o qual acreditamos que também deve ter aplicabilidade no hospital, já que nele temos de início uma equipe multiprofissional cuidando desse paciente, é a concepção de *projeto* vinculado à noção de profissional referente. Em uma equipe, cada profissional se tornaria referência para certo número de usuários inseridos no projeto terapêutico, funcionando com um dispositivo de responsabilização e de reforço de vínculo (OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, considerando nossa experiência em hospitais, acreditamos que, para essa dinâmica dar certo, o profissional referente do caso deve ser escolhido *a posteriori*, não deve ser uma escolha antecipada da equipe nem uma escolha aleatória do paciente naquele momento, porque é somente por meio da transferência que o paciente estabelece com algum profissional da equipe que é possível apontar quem será esse profissional referente.

Podemos retomar, com Lacan, que a transferência é algo que “está aí” e não é, necessariamente, função do analista, mas sim do analisante que a constitui na figura daquele que o escuta. Figura que o autor formulou como *sujeito suposto saber*, aquele que o analisante acredita, ilusoriamente, ter sua verdade já dada e que ele a conhece de antemão. No Seminário 11, Lacan (1964/1988) afirma que cada vez que para o sujeito essa função for encarnada por quem quer que seja, isso significa que a transferência já está estabelecida. Nos hospitais, a transferência se dá, inicialmente, com o médico, já que o saber é dirigido a ele, mas é possível perceber que o sujeito fala de si quando lhe é oferecido espaço de escuta pelo analista ou qualquer outro membro da equipe de saúde, possibilitando, assim, o estabelecimento de outras relações transferenciais nesse ambiente, apesar da patologia orgânica, como sugere Moretto (2006).

O profissional referente seria aquele com quem o sujeito estabelece relação transferencial. Não necessariamente será o responsável pelo caso, mas aquele que sustenta esse lugar fundamental na gestão clínica e articula o processo, procura estar informado do andamento de todas as ações planejadas no PTS, aquele que a família procura

quando sente necessidade, o que aciona a equipe quando ocorre algo de muito importante e, como já observamos em diversos relatos, pode ser qualquer profissional da equipe de saúde e não apenas o psicanalista (OLIVEIRA, 2008).

### **Exemplo/caso clínico**

Dentre as ações propostas pelo PTS, que devem ser pautadas naquilo que se chama singularidade e vínculo entre profissionais de saúde e a família, segue um caso clínico para dar corpo à discussão. O exemplo clínico se passa em um hospital e será dividido didaticamente segundo os quatro momentos do PTS: o diagnóstico com o olhar para a dimensão orgânica, psicológica, social e o contexto singular do estudo, a definição de metas, dispostas em uma linha de tempo de gestão da clínica, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o sujeito doente, a divisão de responsabilidades e tarefas entre os membros da equipe e a reavaliação, na qual se concretiza a gestão do PTS, por meio da correção de trajetórias.

Paciente do sexo masculino, M., 39 anos, dá entrada no hospital na unidade de terapia intensiva (UTI) com um quadro muito grave, pois estava entubado e dependia de ventilação mecânica, com infecção hospitalar grave e com o seguinte diagnóstico: fratura da C4, C5 com projétil alojado, tetraplegia e KPC (bactéria multirresistente ao tratamento). Depois, o paciente evoluiu para traqueostomia (TQT), com consciência preservada, em vários momentos ficou entre a vida e a morte, a família sempre recebia o parecer clínico, bem como os possíveis diagnósticos, porém, ainda mantinha esperança de que os movimentos seriam recuperados quando o paciente saísse da fase crítica do tratamento. No início, o paciente não mantinha contato visual com ninguém, não falava, devido à TQT, e também não estava consciente de seu diagnóstico; até então, nenhum médico de sua equipe (neurologista) ou da equipe assistencial (infectologia) nem os intensivistas (UTI) que o atendiam diariamente teve “coragem” de contar. Esse foi o termo referido à psicóloga:

*(...) não tenho coragem de contar para ele que ele não vai mais ter os movimentos do pescoço para baixo, deixa para o médico responsável que dê o diagnóstico.*

Nesse primeiro momento, a equipe fica “paralisada” diante do diagnóstico de “tetraplegia” do paciente e não consegue contar isso a ele. O paciente também não

questiona, não pergunta o que aconteceu. O analista questiona os médicos várias vezes, tentando saber por que não conseguem falar sobre o diagnóstico com o paciente. As respostas são variadas:

*(...) não sou da neurologia, portanto, não sou que eu devo anunciar essa tragédia.*

*(...) sou intensivista, não tenho nada a ver com o caso, preciso apenas tirá-lo dessa situação de urgência e estabilizá-lo para ir para enfermaria.*

*(...) da minha parte não tem o que fazer, mas você sabe que para Deus nada é impossível.*

A família também não tem coragem de dizer ao paciente o ocorrido.

Segundo momento difícil do caso – a esposa e a família culpam o paciente pelo que aconteceu:

*(...) tá vendo o que dá ser bonzinho com os outros, dá nisso! Olha o que você ganhou tentando ajudar!*

A família vive um momento de intensa angústia e raiva diante do diagnóstico. Cenário do que ocorreu: o paciente foi ajudar uma mulher grávida que havia caído, devido a um assalto que sofreu; quando ele tentou levá-la, os assaltantes dispararam um tiro que acertou o paciente. A família (irmã e filha do paciente) tomaram conhecimento assistindo a um programa de televisão que mostrou o acidente e a perseguição aos assaltantes. A família ficou em “choque”. A psicóloga da UTI perguntou à esposa como a filha de 10 anos estava reagindo e como entende o que está acontecendo com seu pai, após 20 dias. A esposa informou que a filha não estava indo à escola, pois esperava o pai voltar para casa, pois era ele que a levava e buscava. Então, a analista convocou a filha para ir ver o pai, pois a mãe também não conseguia dizer a ela o que estava se passando. Nesse momento, o paciente ainda estava em uma situação muito grave, mas ajudou no processo de decisão que possibilitou à filha visitá-lo na UTI, apesar de estar muito angustiado, pois sabia que a esposa ainda não havia conseguido conversar com a filha sobre o que estava acontecendo.

O caso foi levado para a equipe responsável, formada pelo médico chefe da UTI, pelo gestor de enfermagem da UTI e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e pela psicóloga, a fim de que fosse tomada uma decisão sobre esse caso, pois o paciente estava em isolamento devido ao quadro de infecção apresentado. Todos concordaram em permitir a visita, a partir do que foi apresentado pela psicóloga,

pois isso seria muito importante do ponto de vista psíquico, tanto para o paciente como para a filha. A decisão foi tomada em conjunto, apesar de a plantonista do dia discordar, pois, para ela, a UTI não é ambiente para crianças e a visita poderia fazer muito mal para a filha. Além disso, a plantonista disse que se deveria pensar mais sobre o tipo de atuação na UTI. A decisão foi sustentada pela analista e pela equipe e a visita da filha na UTI passou a ocorrer uma vez por semana, durante 20 minutos, acompanhada pela psicóloga.

Terceiro momento do caso: o paciente tem seu quadro estabilizado, recebe alta da UTI, inicia o processo para fechar a TQT, para evoluir na questão da fala e da alimentação, ainda tem muitas feridas pelo corpo, o que dificulta sua mobilidade para a cadeira (fez mais de 100 sessões de câmara hiperbárica). Contudo, o paciente tem esperança de se recuperar, assim que puder submeter-se à cirurgia para retirar a bala que está alojada e, desse modo, voltar a se movimentar. Então, ele questiona a equipe sobre isso, mas a resposta que obtém é que, nesse momento, não tem condições de passar por uma nova cirurgia. Ele começa a questionar toda a equipe multiprofissional (psicóloga, fisioterapeuta e enfermeiro) sobre o que aconteceu com ele e se terá condições de recuperar seus movimentos, mas não faz essa pergunta aos médicos da equipe.

Um quarto momento importante do caso: a “hora do diagnóstico”, depois de muitas tentativas com a equipe, o paciente se posiciona e pergunta diretamente para a equipe médica se voltará a se movimentar normalmente. A equipe, nesse momento, esquiva-se de dar a resposta ao paciente, recorrendo a argumentos como:

*(...) eu não sou o responsável pelo caso.*

*(...) quem te operou é que tem que dizer.*

*(...) o neurologista vai ter que retornar para falar.*

Por fim, o paciente toma conhecimento do diagnóstico, após quinze dias de questionamentos. A analista reforça a posição de que é necessário que o paciente tome consciência de seu diagnóstico, conforme seu desejo e direito. Após o neurologista dar a notícia trágica, o paciente entra em posição depressiva importante, fica muito desanimado, sem vontade de fazer nada, chora muito e não vê solução para seu quadro, não consegue imaginar como sairá do hospital e retomará sua vida sem poder se movimentar.

Pouco depois de saber de seu prognóstico irreversível, o paciente perde a audição devido ao uso prolongado de antibióticos e descobre, pelo parecer do especialista, que a surdez também é irreversível, sendo que apenas após a alta seria possível avaliar o uso de aparelho auditivo. Sua visão também ficou afetada. Entra novamente em quadro depressivo, isola-se, comunica-se menos com as pessoas com quem convive. A possível alta e retorno para a casa, com *home care* (assistência médica e de saúde em casa), começa a ser uma realidade (paciente sem infecção, sem uso de antibiótico, suas escaras foram tratadas, não tinha febre, mostrava-se estável e em condições de alta para casa, segundo a equipe médica). A programação passa a ser elaborada e o paciente é avisado passo a passo dessa possibilidade. Então, um fato chama a atenção da equipe: houve significativa piora do paciente enquanto ele aguardava a pré-alta (por exemplo, ele teria alta na segunda-feira); no sábado ele começou a apresentar um quadro de hipotensão, febre, taquicardia e precisou seguir para os cuidados da UTI, ou seja, o quadro de infecção havia voltado. Isso ocorreu três vezes da mesma maneira, o quadro estabilizava e ele voltava para o quarto, porém, ocorria no sábado quando nem a psicóloga nem sua médica referente estavam presentes no hospital. Tudo isso ocorria porque ele era colocado diante da possibilidade de ter alta e voltar para casa “daquele jeito” o deixava muito angustiado.

Na quarta vez que voltou para a UTI, o paciente chamou a analista e disse que era a última vez, que ele não teria mais alta para o quarto e nem para casa, pois não aguentava mais. O paciente, então, começou a apresentar piora progressiva do quadro de infecção e sua família foi chamada, pois ele não respondia mais ao tratamento. A esposa ficou em “choque”, não acreditou que a morte poderia estar tão próxima. O paciente morreu na UTI.

Após um mês, a esposa procurou a analista no hospital e contou a ela, com muita, angústia que o paciente, dez dias antes de entrar em coma, havia se despedido dizendo que ele iria embora e que ela deveria estar pronta para cuidar da casa, dos negócios e da filha deles, pois ele precisava desse tempo para prepará-la.

Podemos dizer que esse exemplo ilustra a ideia de singularidade do PTS, porém, mostra a impossibilidade de tocar o sujeito. Pensar na recusa sistemática da equipe de informar o paciente acerca de sua condição clínica de tetraplegia, fonte principal para a instalação de um campo improdutivo no manejo do caso, leva o sujeito a mergulhar em um processo de sofrimento, com incertezas e indeterminação. Esse *não dito* da equipe - entendido como um fenômeno de resistência - revelou-se a face da projeção

fatalista de cada membro da equipe diante do caso, centrada na impotência e na impossibilidade de pensar em possíveis saídas. Ainda que a psicóloga buscasse oferecer um campo produtivo ao sujeito, não estava autorizada a discutir o diagnóstico com o paciente. Então, a transferência se instala a partir da aposta da psicóloga na capacidade criativa do paciente, mas fica atravessada pelo *não dito*, que sombreia o campo do desejo e deixa em suspenso o ato de decisão e a escolha do sujeito.

### **Considerações finais**

As contribuições da base epistemológica da psicanálise a outros campos de conhecimento, neste caso, aquele que norteia o PTS, justificam-se por trazer à prática do PTS nas instituições de saúde condições e possibilidades no manejo clínico com os pacientes. A translação do conceito psicanalítico de implicação do sujeito se mostrou útil para esse propósito na medida em que ilumina o campo do desejo e oferece um terreno produtivo ao ato de decisão e escolha singular dos sujeitos.

Nesse sentido, o PTS se configura como forte instrumento para disparar processos de mudança nas práticas de saúde e a psicanálise tem grande contribuição e responsabilidade nesse projeto, por meio de sua escuta analítica dos pacientes, colaborando para sustentar a singularidade desses usuários no sistema de saúde, lidando com a diferença singular de cada um e com o inesperado e o desconhecido, por meio do trabalho que deverá ser construído junto com a equipe, e o mais importante: trazendo o sujeito doente para a negociação das propostas de intervenção de tratamento.

Após examinar as possibilidades de articulação entre o PTS e a psicanálise, retornamos à questão sobre sua aplicabilidade em hospitais considerados terciários. A compartimentação de saberes em especialidades determina o funcionamento das equipes e o resultado disso tende a ser a objetificação do paciente, que tem seu caso discutido em reuniões multiprofissionais sem que possa participar das decisões que cabem ao seu tratamento. Esse funcionamento não só difere do PTS como poderia levá-lo a uma burocratização, caso aventasse sua proposta.

Entretanto, mesmo que possamos concluir que a prática hospitalar atual não parece incluir a possibilidade de um PTS em seus termos, é possível destacar a atuação do psicanalista no hospital e sua aproximação de uma proposta como essa. Sua função de

denunciar o singular e sustentar a escolha do sujeito diante da equipe pode mobilizar a tentativa única de soma de saberes e, desse modo, evidenciar a *diferença* do caso discutido diante da tendência universalizante.

## Referências

- ABADI OLIVEIRA, I. M. *A servidão mais que voluntária: dispositivos burocráticos em instituição de saúde mental*. 2009.
- BRASIL. Cartilha do Ministério da Saúde: clínica ampliada, técnico de referência e Projeto Terapêutico Singular. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.
- CADORE, C.; PALMA, C. M. S.; DASSOLER, V. A. Sobre o projeto terapêutico singular: um dispositivo clínico ou um procedimento burocrático? In: JORNADA INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE: PROMOVEDO SAÚDE NA CONTEMPORANEIDADE, 3., 2010, Santa Maria. *Anais...* Santa Maria, RS: Unifra, 2010.
- FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 75-86, 2004.
- \_\_\_\_\_. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. *Mental*, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 44-55, 2005.
- FREUD, Sigmund (1926). *Inibição, sintoma e angústia*. Porto Alegre: APPOA, [s.d].
- LACAN, Jacques (1951). Intervenção sobre a transferência. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1953). Função e campo da fala e da linguagem. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- \_\_\_\_\_. (1964). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- \_\_\_\_\_. (1966). A ciência e a verdade. In: \_\_\_\_\_. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- MORETTO, Maria Livia Tourinho. *O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. *O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.
- VIGANÒ, Carlo. A construção do caso clínico em saúde mental. *Curinga*, Belo Horizonte, v. 13, p. 50-59, 1999.

*Recebido em 11/10/2015; Aprovado em 10/12/2015.*