

A importância da escuta do sofrimento na formação e nas práticas de cuidado em saúde

The importance of listening to suffering in training and health care practices

La importancia de escuchar el sufrimiento en la formación y las prácticas de cuidados en salud

Maria Lívia Tourinho Moretto¹

Resumo

O presente trabalho parte da premissa de que é necessário que consideremos a relevância e a pertinência da categoria conceitual de sofrimento para a sustentação da escuta nas práticas de cuidado em saúde, desde uma perspectiva psicanalítica, uma vez que tem ficado claro para nós que o modo pelo qual um profissional de saúde concebe o sofrimento condiciona o modo de cuidar (ou não cuidar) dele. Objetivo geral: descrever e analisar quais operadores conceituais são fundamentais e funcionam como norteadores para a abordagem do sofrimento nas instituições de saúde, especialmente em situações que exigem do profissional clareza e assertividade para intervir, visando ao aprimoramento das práticas de cuidado em saúde, em três vertentes, necessariamente interligadas: a vertente clínica, a vertente institucional e a vertente da formação de profissionais da saúde.

Palavras-chave: escuta; sofrimento; cuidado; profissionais de saúde; psicanálise.

Abstract

This work is based on the premise that it is necessary to consider the relevance and pertinence of the conceptual category of suffering in order to support listening in healthcare practices, from a psychoanalytic perspective, since it has become clear to us that the way in which a healthcare professional conceives suffering conditions the way in which they care for (or don't care for) it. General objective: to describe and analyze which conceptual operators are fundamental and act as guidelines for approaching suffering in health institutions, especially in situations that require the professional to be clear and assertive in order to intervene, with a view to improving health care practices in three necessarily interconnected areas: the clinical area, the institutional area and the area of training for health professionals.

Keywords: listening; suffering; care; health professionals; psychoanalysis.

Resumen

Este trabajo parte de la premisa de que es necesario considerar la relevancia y pertinencia de la categoría conceptual de sufrimiento para apoyar la escucha en las prácticas asistenciales, desde una perspectiva psicoanalítica, ya que nos ha quedado claro que la forma en que un profesional sanitario concibe el sufrimiento condiciona la forma en que lo atiende (o no). Objetivo general: describir y analizar qué operadores conceptuales son fundamentales y actúan como orientadores del abordaje del sufrimiento en las instituciones de salud, especialmente en situaciones que exigen de los profesionales claridad y asertividad para intervenir, con vistas a mejorar las prácticas asistenciales en tres áreas necesariamente interconectadas: el área clínica, el área institucional y el área de formación de los profesionales de salud.

Palabras clave: escucha; sufrimiento; cuidados; profesionales de la salud; psicoanálisis.

¹ USP, São Paulo/SP - Brasil. E-mail: liviamoretto@usp.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8446-4640>.

Introdução

O percurso de trabalho enquanto psicanalista nas Instituições de Saúde (ISs) e na Universidade ao longo de mais de três décadas, ao mesmo tempo que me permitiu a construção de saberes a respeito dos limites e dos alcances do trabalho do psicanalista nas ISs, possibilitou-me também a formulação de muitas questões e algumas inquietações que serão apresentadas nesse escrito. Interroga-se: como se dá a experiência do cuidado em Psicanálise nas ISs?

O objetivo principal dessa apresentação é destacarmos e discutirmos a relevância e a pertinência do conceito de sofrimento para a sustentação da escuta nas práticas de cuidado em saúde, desde uma perspectiva psicanalítica, em três vertentes, necessariamente interligadas: a vertente clínica, a vertente institucional e a vertente da formação de profissionais da saúde.

Entenda-se vertente clínica como o trabalho do psicanalista na abordagem clínica do sofrimento de pacientes e/ou seus familiares, considerando a dimensão traumática do adoecimento; por vertente institucional, o trabalho do psicanalista na interlocução com os demais campos do saber, introduzindo a singularidade no campo epistêmico e observando se a equipe extrai vantagens da mesma na discussão do caso clínico e na construção de decisões compartilhadas no campo interdisciplinar; e por vertente da formação dos profissionais de saúde (psicanalistas e não psicanalistas), entenda-se o trabalho do psicanalista na interação com as dificuldades apresentadas pelos profissionais da saúde frente à abordagem do sofrimento, introduzindo a singularidade no campo epistêmico e observando se eles conseguem reconhecer o valor de sua presença enquanto figura de alteridade na abordagem não apenas da doença, mas do sofrimento do paciente adoecido.

Na vertente clínica: a dimensão traumática do adoecimento e a escuta em Psicanálise

Iniciarei propondo uma reflexão a respeito do processo de adoecimento, destacando a importante diferença entre adoecimento enquanto acontecimento de corpo e adoecimento enquanto experiência singular.

O adoecimento é um acontecimento na vida de uma pessoa que pode evocar para ela diversos sentidos ou pode parecer para ela algo sem sentido algum. Via de regra, é entendido por ela como um marco simbólico, significando aquilo que faz um corte no percurso de sua vida, produzindo um antes e um depois.

Por ser disruptivo, ele pode produzir uma série de consequências: a surpresa, a vergonha, o tédio, a solidão, a impotência, o desamparo, entre tantas outras. Tudo isso exige um esforço psíquico extraordinário por parte do paciente, no sentido de acomodá-lo em sua vida psíquica, transformando-o em experiência singular (MORETTO, 2019a).

É importante ressaltarmos a diferença entre as noções de acontecimento e experiência. Proponho que, neste contexto, entenda-se por “acontecimento” aquilo que se refere ao fato. O adoecimento propriamente dito. Por “experiência”, proponho que se

entenda a dimensão subjetiva do fato, ou, nas palavras do psicanalista Karl-Leo Schwering (2015), trata-se do processo de subjetivação da doença, que para o autor corresponde ao processo psíquico de apropriação, por parte do sujeito, de seu corpo doente.

Então, o acontecimento em si – a doença – é alvo direto da Medicina. Nós, psicanalistas, somos os profissionais da experiência. É enfaticamente o que nos interessa. O modo pelo qual cada um vai lidar com o acontecimento não está apenas associado à natureza do acontecimento em si, mas às condições subjetivas dessa pessoa, na relação com o acontecimento.

Na abordagem psicanalítica do sofrimento em situações de adoecimento, a nossa proposta é a de construir um dispositivo clínico que favoreça a passagem do acontecimento à experiência singular. Isso se relaciona com a noção de “trabalho da doença”, proposta pelo psicanalista francês Jean-Louis Pédinielli (1987) que define o trabalho do psicanalista junto ao doente como uma relação que assegura a transformação de danos orgânicos em dor psíquica a ser elaborada.

Então, essa passagem, essa operação de construção da experiência singular, se faz por meio da construção de uma narrativa, e ela não se faz por si só. Ela se dá por meio da relação com um interlocutor qualificado que favoreça e testemunhe, necessariamente, essa passagem. Este interlocutor, nesse caso, é o psicanalista. É nesse sentido que pode-se dizer que falar para um psicanalista não é o mesmo que descrever um acontecimento. Falar para um psicanalista é contar-se.

Assim, é habitual que, nesse processo, diante do anúncio de um diagnóstico (CASTELLANI, 2016), tomando o adoecimento como acontecimento imprevisto que o afasta de seus ideais, o sujeito comece a tentar lidar com sua doença por meio de tentativas de atribuir algum sentido àquilo que, talvez, seja mesmo sem sentido algum.

É frequente também que, frente a uma situação de sofrimento inédito (e “inédito” é aquilo que nunca foi dito), falem-lhe também as palavras. Sem palavras para se referir ao que acontece com ele próprio, o sujeito é tomado pelo afeto da angústia e pela experiência do estranhamento (FREUD, 1919/1974).

A angústia é um afeto Real que irrompe no corpo sem encontrar representação simbólica por meio de palavras, ou de significantes, como propõe Lacan (1957/1998). A respeito dessa irrupção do Real (LACAN, 1962-1963/2005), pode-se entender que a experiência do adoecimento evoca no paciente (e também na equipe), a constatação de que se tem um corpo, e que esse corpo não corresponde exatamente nem ao que se pensa dele nem ao que dele se deseja.

Constata-se, mais ainda, que esse corpo doente, ao mesmo tempo que estranho ao sujeito, é finito (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004), e lhe apresenta, por meio do adoecimento, a experiência do limite, da precariedade da vida, dos diversos tipos de desenlace e da solidão. Ali onde os ideais da cultura passam pelo não envelhecimento, o corpo é a prova viva da passagem do tempo.

Danièle Brun, uma das fundadoras do Centro de Pesquisas “Psicanálise, Medicina e Sociedade” da Universidade de Paris, de quem recebemos orientações fundamentais para a nossa pesquisa, nos ensina que em situações de adoecimento, a lembrança da

condição humana em sua finitude, que é habitualmente recalcada (não sem motivo) (FREUD, 1915a/1974), volta à consciência trazendo consequências que, quando não tratadas, tendem a tornar o caso mais difícil no tocante ao seu manejo clínico (BRUN, 2010).

Se o acontecimento tem um nome, a experiência tem uma história. Na medida em que escutamos o acontecimento como experiência no caso a caso, notamos também, e com frequência, que o adoecimento é, para muitos, uma experiência de perda, marcada pela constatação de que morrer é possível. O que se perde, então, é a ilusão de imortalidade (MORETTO, 2013). É na experiência clínica que constatamos, com frequência, que quando a própria morte passa a ser possível para o sujeito, passa a ser possível também uma espécie de valorização inédita da própria vida, acompanhada de um forte investimento psíquico na luta por ela.

Se, como afirma Freud (1930/1974), não há experiência de sofrimento que não esteja regida pelas relações do sujeito com a cultura de sua época, então, numa cultura onde as subjetividades se organizam em torno dos ideais de sucesso e dos imperativos de felicidade, há narrativas de sofrimento que nos indicam que, para outras pessoas, o adoecimento não é uma possibilidade lógica inerente à transitoriedade da vida (FREUD, 1915a), pois ele se transforma para elas numa experiência de fracasso pessoal, acompanhada de vergonha e/ou de culpa (MORETTO, 2019b; SCHWERING, 2014; TISSERON, 2007), que se traduzem em comportamento de isolamento, solidão e tédio.

Embora não possamos desenvolver aqui as formulações do psiquiatra e psicanalista francês Serge Tisseron (2007), pois isso nos distanciaria de nosso objetivo, vale a pena indicar a importância da diferença por ele proposta na experiência de sofrimento do paciente “fracassado” por meio da culpa (forma de integração social) daquele “fracassado” por meio da vergonha (forma de desintegração social). Esses são casos que se apresentam como verdadeiros desafios ao psicanalista, e é especialmente importante que, no manejo clínico deles, consideremos que o problema do “fracassado” não se localiza exatamente na não correspondência aos ideais, mas na sua submissão alienada a eles.

Convém que estejamos atentos também à sutil, mas fundamental, diferença entre as ideias de impossibilidade e de impotência. Responder ao impossível do Real (LACAN, 1972-1973/1985) como se fosse uma impotência pessoal pode ser uma forma de negá-lo. Não podemos autenticar o pedido de reconhecimento de sua impotência quando o que está em questão e deve ser tratado é o sofrimento que advém da relação do sujeito com o impossível. Em suma, diferenciar impossibilidade de impotência nos permite afirmar, com segurança, que frente ao impossível, cabe o luto, frente ao possível, cabe a luta (MORETTO, 2013).

Por fim, outra possibilidade é que o adoecimento enquanto acontecimento se transforme em uma experiência traumática na vida de uma pessoa. Nesse caso, é importante recuperarmos o conceito de trauma (FREUD, 1920/1974) e frisarmos que, em Psicanálise, o que confere o caráter traumático a um acontecimento não é o acontecimento em si, mas é o fracasso de seu testemunho frente a um outro indiferente, que não está disponível para reconhecê-lo como experiência singular (SILVA JÚNIOR; GASPARD, 2015; RUDGE, 2009; SOLER, 2004).

Foi assim que o jovem Paulo, aos 22 anos, acompanhado no ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do HCFMUSP, pode me contar com tristeza que, aos 14 anos, quando tentou relatar ao pai o episódio no qual fora violentado sexualmente pelo seu tio paterno, foi rigorosamente repreendido por ele. Frente à indisponibilidade do pai que, não só não reconhece, mas também desautoriza e desmente o seu sofrimento, resta ao rapaz força apenas para lidar com o seu sofrimento pela via do silenciamento.

Embora a lembrança silenciada se repetisse insistentemente em seu psiquismo sem elaboração (FREUD, 1914b/1974), foi só 8 anos depois, naquela sessão, que Paulo conseguiu falar do que ele chamava (sem ter lido Freud) de “meu trauma”, pois ele desconfiava que era o seu trauma que, mais do que sua doença inflamatória intestinal, o impedia de se relacionar afetiva e sexualmente com quem quer que seja. Eis a importância da alteridade nesse processo de produção (ou não) de experiências traumáticas. É essa indisponibilidade para escutar que transforma o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade (MORETTO; KUPERMANN; HOFFMANN, 2017).

A experiência nos ensina que pouca ou nenhuma disponibilidade do profissional de saúde para reconhecer o sofrimento do paciente pode ter efeitos iatrogênicos na medida em que tal indisponibilidade pode produzir ainda mais desamparo (AKIMOTO JÚNIOR; MORETTO, 2016), o que, por sua vez, diminui significativamente a força que um paciente adoecido precisa ter para lutar pelo que lhe é possível.

Quando o psicanalista se oferece como alteridade, é porque ele sabe da importância de sua presença atenta ao reconhecimento da experiência do sofrimento e da oferta de um dispositivo de fala como facilitador para o necessário processo de elaboração de lutos (FREUD, 1915B/1974; FREUD, 1926/1974; FERNANDES, 2012).

Na vertente institucional: a escuta no campo interdisciplinar

Uma reflexão crítica a respeito das demandas dirigidas ao psicanalista na instituição de saúde indica que a equipe nos convoca quando se depara com dificuldades que emergem do manejo de situações nas quais aquilo que é da ordem da subjetividade atravessa a cena institucional pela via da angústia e/ou do sofrimento, seja do paciente e/ou de seus familiares, seja dos próprios membros da equipe.

De fato, dado o caráter insistente do sofrimento em permanecer em uma cena pouco “equipada” para abordá-lo, as equipes de saúde demandam a nossa presença. O que justifica, portanto, a presença de um psicanalista numa instituição de saúde é, antes de tudo, a presença do sofrimento.

No entanto, este chamado se faz, com frequência, por meio de um pedido de avaliação diagnóstica para orientação de conduta. Talvez as equipes de saúde, frente às dificuldades, transformem, automática e inconscientemente, o sofrimento em sintoma a ser diagnosticado, para ser eliminado. É aqui que devemos nos deter com todo cuidado na atenção ao uso que fazemos do diagnóstico “psi” nessas situações (MORETTO, 2017). Esse é um movimento que tende a transformar um caso clínico em um quadro clínico. Nossa aposta é de trabalhar no sentido inverso: devolver ao quadro clínico a dignidade de

caso clínico. O que quero ressaltar é a importância que tem para nós o modo pelo qual o psicanalista escuta e responde aos pedidos médicos.

É por tudo isso que, na vertente institucional do trabalho do psicanalista, nos interessa o exame minucioso do arriscado movimento das equipes de saúde no sentido da patologização do sofrimento e, conseqüentemente, da medicalização do sofrimento, indicando a importância da intervenção do psicanalista nestas situações.

Nosso desafio é elaborar, junto às equipes, estratégias de atenção e cuidado que possam considerar o diagnóstico como um meio privilegiado para (re)introduzir o sujeito na cena institucional (MORETTO, 2016).

Na vertente da formação dos profissionais de saúde: a diferença entre ouvir e escutar

A experiência do cuidado em Psicanálise implica no tratamento do sujeito e não apenas de sua doença e nela, a noção de cura não se reduz ao resultado de um tratamento que tem por finalidade última a eliminação de sintomas, mas, antes, a transformação do sofrimento.

Vejamos o contexto atual de trabalho de um profissional da saúde: crise. Há uma crise no cuidado, há uma crise na saúde. O enfrentamento dessa crise é, no momento, o nosso maior desafio. Mas que crise é essa?

É fato, nos últimos anos, o aumento expressivo de situações de sofrimento intenso, em situações extremas. Destaca-se, portanto, a importância de nós, profissionais da saúde, discutirmos sobre a temática do sofrimento em situações de crise, situações extremas e as formas de manejo possível, o modo de tratá-lo. Não é certo que a presença de sofrimento deva sempre ser considerada um indicador de transtorno em saúde mental. Há situações nas quais a presença de sofrimento é pertinente, e a falta dele pode ser um indicador de transtorno mental.

Toda vez que nos referimos ao sofrimento, é importante que tomemos como referência alguns pontos conceituais que nos ajudam na hora de enfrentarmos os desafios da clínica com assertividade. O mais importante aqui é a ideia de que o sofrimento não é tão somente uma reação aos acontecimentos. Para ouvidos atentos, o sofrimento é a expressão de uma posição subjetiva. É, sobretudo, um conceito intrasubjetivo, ou seja, se transforma na medida em que é escutado, o que não acontece nem com o sintoma nem com a dor.

Se, como demonstra a clínica, todo sofrimento traz consigo uma demanda de reconhecimento, o sofrimento se transforma conforme ele é reconhecido, ele se transforma a partir da palavra em relação, onde o que conta é o que está sendo dito na relação. Há, portanto, uma escuta, uma presença capaz de transformar o sofrimento.

Nessa vertente da formação de profissionais de saúde, é a filósofa francesa Celine Lefève (2014) que evidencia uma dualidade a ser por nós, professores, enfrentada na formação dos profissionais de saúde: cuidado como técnica *versus* cuidado como relação

(em inglês, *cure X care*), estando a experiência do cuidado em Psicanálise, evidentemente, do lado desta última, sem excluir a primeira.

Daí emergem as questões centrais desse trabalho, lembrando que tais questões, no contexto desse breve artigo, são mais importantes de serem compreendidas como questões do que propriamente as respostas a elas (que nos exigiria mais do que esse artigo se propõe): que escuta é essa que transforma sofrimentos? Que relação é essa, que trabalho é esse, capaz de transformar o sofrimento? Como abordar e transformar o sofrimento, especialmente em situações de crise?

Dentre os desafios do psicanalista em seu trabalho na formação do profissional está a tarefa de transmitir a crucial diferença entre ouvir e escutar, valorizando esta última. Consideremos, portanto e desde o início, a diferença entre ouvidores e escutadores. Na sequência, proponho a questão seguinte: é possível aprender a escutar?

Em Psicanálise, escutar é uma condição que não é dada, não é inata. Nem é algo que se aprende a partir da lógica protocolar, porque, justamente, é uma condição e não exatamente uma técnica. Escutar é, portanto, uma condição que precisa ser construída, é uma condição psíquica que se constrói numa relação.

Esse é, por exemplo, um dos maiores desafios na formação dos psicanalistas, a construção dessa condição. É também um desafio para o psicanalista quando ele trabalha, como é o nosso caso, na formação dos profissionais da saúde, esses que são protagonistas nas práticas de cuidado. Trata-se do desafio de escutar e formar escutadores. Mas, que relação é essa por meio da qual se forma um escutador? (DUNKER; THEBAS, 2019).

Nosso trabalho tem avançado nessa direção: a formação de escutadores, a formação de profissionais da saúde dispostos/abertos para o debate e sensíveis à diferença entre falar para o paciente e falar com o paciente. Como se forma um escutador qualificado? Note-se que o fato de dar voz às pessoas não define a forma pela qual elas serão escutadas. Quais as condições para escutar? Como é que eu sei que ali está havendo escuta? Primeiro: o escutador qualificado está advertido de que a fala é a fonte do mal-entendido. E segundo: a escuta começa pela suspensão dos mandos (DUNKER; THEBAS, 2019). Vejamos.

Sobre o mal-entendido em Psicanálise: do que se trata? E qual a chave para reduzir o mal-entendido, inclusive no hospital? Lancemos mão dos conceitos da linguística: signo, significante e significado, onde um signo é composto por dois elementos mínimos, o significante e o significado (SAUSSURE, 1974).

Grosso modo, o signo é a palavra, o significante pode ser entendido como imagem acústica, como som. E o significado pode ser entendido como imagem mental, como sentido. A título de exemplo, se eu enuncio a palavra/o signo “cadeira”, o som *cadeira* é o significante do signo “cadeira” e a imagem mental de um objeto no qual uma pessoa se senta é um significado possível (não é o único; outra pessoa poderia ter atribuído sentido diferente a esse som, como, por exemplo, uma disciplina na universidade) de ser atribuído a um significante.

Sendo assim, atribuir um significado a um significante é significar, é o que corresponde ao processo psíquico de significação. Pergunta-se: se alguém fala a palavra

“amor”, “amor” é signo ou significante? A resposta é uma só: depende de quem escuta. Se ao ouvir a palavra “amor”, eu priorizo o significante – o som – sem lhe atribuir sentido, então “amor” é um significante. Mas, se ao ouvir a palavra “amor”, eu colo ao significante, ao som, uma imagem mental, um sentido, então “amor” adquire um significado. Note-se, portanto, que o processo de construção do signo – leia-se, o processo de significação - exige da pessoa que ela faça esse trabalho psíquico de atribuição de sentido ao que ela ouve, o que só pode ser feito a partir das imagens mentais de quem está ouvindo.

Aquilo que no contexto linguístico é o processo de significação, no campo da Psicologia corresponderia ao processo psíquico de compreensão. Compreender, então, é atribuir sentido (significado) ao que se ouve (significante). E na Psicanálise, nesse processo é que reside a fonte do mal-entendido: atribuir um sentido (uma imagem mental minha) ao significante que eu ouço, mas que não fui eu que emiti. Então ouço. Não é a mesma coisa de escutar. Digamos que escutar tem que ver com priorizar o significante, e não o signo.

Ainda na esteira do “amor”, temos a cena na qual a pessoa A diz à pessoa B: “eu te amo”. A pessoa B, então, ouve. Atribui um significado B ao significante A. E diz: “eu também te amo”. Será que estão falando da mesma coisa?

Escutar em Psicanálise seria priorizar o significante de quem fala, não atribuindo um sentido meu ao que o outro está falando. É nesse sentido que Lacan, ao reler Freud, sugere que, a fim de reduzir a chance do mal-entendido, não se deve compreender o paciente. Escutar o sujeito não é a mesma coisa de compreendê-lo, de atribuir sentido ao que ele diz, é dar chance para a análise da singularidade.

Sobre a suspensão dos mandos na formação de escutadores: nosso trabalho é um exercício de poder. Um princípio básico: para escutar o outro é preciso recuar do exercício de poder, é preciso abrir mão da hierarquia.

Há uma diferença que aqui pode nos ser útil, que é a diferença entre uma pessoa e o lugar que ela ocupa. Com frequência, a importância do que a gente fala está mais nos ouvidos de quem ouve/escuta, do que propriamente no que eu estou dizendo. Ou seja, a importância do que a gente fala está no outro, e depende mais do lugar que ele nos coloca do que propriamente do que a gente diz.

É, portanto, de uma determinada posição em uma relação que uma pessoa extrai o poder de que dispõe para se comunicar. Nesse caso, estamos falando de um determinado modo de uso do poder, de uma pessoa e do poder que ela exerce a partir de seu lugar institucional. Há pessoas que se identificam com o lugar que elas ocupam. Nesse caso, ela, na concepção dela, é o poder. Um psicanalista é alguém que está advertido do risco de se identificar com o lugar de poder que lhe é outorgado no dispositivo clínico. Ele dirige o tratamento e não a vida de uma pessoa.

Nós não sabemos, só pela observação, qual a posição subjetiva que uma pessoa ocupa em relação ao poder: se dispõe dele ou se com ele se identifica. O mais comum é que se faça referência à escuta ligada à ideia de poder no sentido mesmo da dialética de dominação e de servidão que caracteriza uma relação.

Isso é fundamental, mas aqui proponho uma concepção mais ampla da ideia de poder, na qual cabe essa concepção do poder como dominação, mas cabem outras

também. Proponho que o poder seja por nós entendido como uma faculdade de produzir efeitos, de incitar (instigar, encorajar), ou suscitar (fazer emergir, provocar) alguma coisa em alguém.

Pode até ser que o poder, a título de exemplo, possa ser ilustrado como algo que uma pessoa tem ou usa para produzir a função de obediência em outra pessoa, ou em um grupo... mas aqui proponho que nos distancieemos desse modelo de poder para fins de dominação, no sentido da manipulação, da direção da vida de alguém. E por isso mesmo nos interessa a questão: a quais princípios de poder nos referimos em psicanálise, seja na clínica, na condução dos tratamentos em saúde, seja na interlocução interprofissional?

Escutar talvez seja, sobretudo, ocupar o lugar de poder de produzir no outro o desejo de saber sobre o que ele próprio está dizendo sobre o seu mal-estar, seu sofrimento e seus sintomas. Quando nos dispomos a escutar o outro, o sofrimento aparece. O obstáculo à escuta é quando se impõe o hábito da antecipação do sentido ao que se diz. O sentido é nossa interpretação antecipada do que a gente acha do que o outro quis dizer, como se faz quando se ouve em relações que estão marcadas pelas posições institucionais.

A experiência clínica, especialmente nas instituições de saúde, nos demonstra que se queremos que as coisas se resolvam com mais assertividade e em menos tempo, convém priorizarmos a escuta do sofrimento nas práticas de cuidados. Para isso, como já mencionado, é preciso que quem escuta, abra mão das relações de poder de modo a permitir que quem fala, se escute também.

Isto feito, a segunda condição necessária ao escutador é que ele saiba que, a despeito de sua posição institucional de poder, ele precisa ser capaz de lidar com a sua própria vulnerabilidade. Para escutar o outro antes precisa escutar a si. Dito de outro modo, a escuta compreensiva não é a mesma coisa de escuta empática. Enquanto a primeira envolve a possibilidade de atribuir sentido meu ao que o outro me fala, a escuta empática envolve a possibilidade de se diferenciar do outro de tal modo que haja um lugar disponível dentro de mim para o outro, tal como ele é.

É essa disponibilidade do escutador para escutar o sofrimento que tem um sentido transformativo. A crise à qual nos referimos acima tem a ver com o fato de que as pessoas conversam, mas não se escutam, numa cultura norteadada pelo imperativo da felicidade na qual há pessoas que chegam a se envergonhar de seus sofrimentos.

Concluindo...

Na vertente da formação de profissionais, a experiência do cuidado se atualiza a cada vez que o psicanalista, ao introduzir a singularidade no campo epistêmico, possibilita que cada membro da equipe de saúde reconheça o valor de sua presença como figura de alteridade na abordagem não apenas da doença, mas do sofrimento do paciente adoecido (KUPERMANN; HOFFMANN, 2017).

Talvez a principal vantagem da nossa proposta esteja no fato de que, ao colocarmos em discussão cada situação que nos é apresentada, levando em consideração os aspectos de sua singularidade, devolvemos à equipe a oportunidade de fazer o trabalho de reflexão

ética (reflexão esta que vem se perdendo em nome de uma objetividade pretensamente científica), em que cada profissional experimenta em ato o valor de sua presença no campo das relações, o que lhe permite decidir por oferecer (ou não) a sua disponibilidade à alteridade no dispositivo clínico que sustentam.

Se a experiência de cuidado à singularidade produzir no profissional da saúde uma retificação subjetiva em relação ao valor da alteridade, a ponto de entenderem que a condição de invisibilidade de um paciente o deixa vulnerável à cronificação do sofrimento, provavelmente estaremos contribuindo para a formação de profissionais da saúde capazes de não confundirem competência técnica com indiferença, uma vez que temos visto o potencial iatrogênico da indiferença no campo da saúde (AKIMOTO JÚNIOR; MORETTO, 2016).

Outro marco importante pode ser notado quando o profissional de saúde, extraíndo vantagens da singularidade da discussão do caso clínico no campo interdisciplinar, constrói, ainda que não de modo consciente, a capacidade de utilizar o seu potencial empático a favor do ganho de qualidade em seu trabalho, uma vez que, podendo diferenciar reconhecimento do sofrimento com identificação ao sofrimento, consegue oferecer sua disponibilidade enquanto cuidador, permitindo que o próprio paciente também reconheça e nomeie o seu sofrimento, o que é bem diferente de nomear por ele, por meio de categorias diagnósticas e/ou estratégias defensivas.

É muito gratificante quando conseguimos transmitir a um profissional de saúde a ideia de que se a Psicanálise é o discurso que resguarda o lugar do sujeito porque sustenta que o sujeito tem algo a dizer que ninguém mais poderia dizê-lo em seu lugar (JORGE, 2005).

Decerto, quando somos convocados para marcar nossa presença no campo das decisões, diante de problemas complexos, o ganho maior que se extrai das diferenças não é a construção de um denominador comum, mas a construção de pontos de vistas distintos sobre uma mesma causa.

Considerando que é a implicação dos profissionais de saúde no projeto dos cuidados com a vida que pode tornar a experiência do cuidado uma experiência transdisciplinar, espera-se chegar a conclusões que sirvam como subsídios e suporte acadêmico para a construção e o desenvolvimento de dispositivos clínicos capazes de reconhecer, acolher e abordar o sofrimento nas ISS, contribuindo efetivamente para a melhoria das práticas e relações de cuidados em saúde e para a melhoria da formação continuada dos profissionais de saúde.

Referências

AKIMOTO JÚNIOR, Cláudio K.; MORETTO, Maria L. T. Reflexões acerca do potencial iatrogênico das psicoterapias no campo da Saúde Mental. *Revista da SBPH*, v. 19, n. 1, p. 76-102, 2016.

BRUN, Danièle. La place de la psychanalyse dans la médecine, selon Jacques Lacan. *Cliniques méditerranéennes*, v. 82, n. 2, p. 63-71, 2010.

CASTELLANI, Mayra M. X.; MORETTO, Maria L. T. A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Revista da SBPH*, v. 19, n. 2, p. 24-4, 2016.

DUNKER, Christian; THEBAS, Cláudio. *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Editora Planeta, 2019.

FERNANDES, Maria H. *Corpo*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

FREUD, Sigmund. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade (1915a). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia (2015b). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. O estranho (1919). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FREUD, Sigmund. Mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, Sigmund. *Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud*, v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

JORGE, Marco A. C. Ninguém é substituível. In: FINGERMAN, Dominique; DIAS, Mauro M. *Por causa do pior*. São Paulo: Iluminuras, 2005.

LACAN, Jacques. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud (1957). In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 496-536.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 10: A angústia* (1962-63). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 20: Mais, ainda* (1972-73). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

LEFÈVE, Céline. De la philosophie de la médecine de Georges Canguilhem à la philosophie du soin médicale. *Revue de métaphysique et de morale*, v. 2, n. 82, p. 199, 2014.

MORETTO, Maria L. T. Entre o luto e a luta: sobre a noção de sofrimento psíquico do paciente com câncer e o trabalho do psicanalista em situações limite na instituição hospitalar. In: MOURA, Marisa D. (Org.). *Oncologia: clínica do limite terapêutico*. Belo Horizonte: Artesã, 2013. p. 352-365.

MORETTO, Maria L. T. Dispositivos clínicos de atenção, acolhimento e atendimento psicológico nas instituições de saúde. In: KAMERS, Michele; MARCON, Heloisa H.; MORETTO, Maria L. T. (Orgs.) *Desafios atuais das práticas em Hospitais e Instituições de Saúde*. São Paulo: Editora Escuta, 2016. p. 129-137.

MORETTO, Maria L. T. Alcances e Limites da Psicoterapia e o Uso de Escalas/Inventários de Avaliação no Hospital Geral sob a Perspectiva Psicanalítica. In: PEREZ, Glória H.; ISMAEL, Sílvia M. C.; ELIAS, Valéria A.; MORETTO, Maria L. T. (Orgs.) *O Tempo da vida e a vida do nosso tempo: repercussões na Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MORETTO, Maria L. T. *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas Instituições de Saúde*. São Paulo: Zagodoni, 2019a.

MORETTO, Maria L. T. Adoecimento e fracasso: ser feliz é preciso, viver não é preciso? In: QUAYLE, Julieta (Org.) *Adoecer*, v. 1. Rio de Janeiro: Editora dos Editores, 2019b. p. 29-38,

MORETTO, Maria L. T.; KUPERMANN, Daniel; HOFFMANN, Christian. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 20, n. 1, p. 97-112, 2017.

PÉDINIELLI, Jean-Louis. Le travail de la maladie. *Psychologie médicale*, v. 19, n. 7, p. 1049-1052, 1987.

RUDGE, Ana M. *Trauma: Coleção Psicanálise passo-a-passo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

SAUSSURE, Ferdinand de. *Curso de Linguística Geral*. São Paulo: Cultrix, 1974.

SCHWERING, Karl-Leo. La maladie honteuse du psychologue à l'hôpital, *Champ psy*, v. 66, p. 32, 2014.

SCHWERING, Karl-Leo. *Corps d'outrance*, Paris: PUF, 2015.

SILVA JÚNIOR, Nelson; GASPARD, Jean-Luc. Trauma e narração: modelos e suas consequências clínicas de Freud a Lacan. *Cadernos de Psicanálise da Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro*, v.31, p. 21-37, 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin R. Eutanásia: pelas veredas da morte e da autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 201, 2004.

SOLER, Colette. Trauma e Fantasia. *Stylus, Revista de Psicanálise*, n. 9, p.45-59, 2004.

TISSERON, Serge. *La honte. Psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod, 2007.

Como citar este documento:

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. A importância da escuta na formação e nas práticas de cuidado em saúde. *Revista Espaço Pedagógico*, Passo Fundo, v. 30, e15531, 2023.
Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rep.v30.15531>.