



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

FLORA CORRÊA GUIMARÃES

**A MORTE DA CRIANÇA NO HOSPITAL: O FAZER DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM E A PRESENÇA DO PSICANALISTA**

FORTALEZA

2023

FLORA CORRÊA GUIMARÃES

A MORTE DA CRIANÇA NO HOSPITAL: O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E
A PRESENÇA DO PSICANALISTA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito obrigatório para obtenção de título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Teorias e práticas da Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Caciana Linhares Pereira

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- G978m Guimarães, Flora Corrêa.
A morte da criança no hospital : o fazer da equipe de enfermagem e a presença do psicanalista / Flora Corrêa Guimarães. – 2023.
107 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2023.
Orientação: Profa. Dra. Caciana Linhares Pereira.
1. Cuidados paliativos . 2. Criança. 3. Psicanálise. 4. Instituições de saúde. 5. Equipe de enfermagem. I.
Título.

CDD 150

FLORA CORRÊA GUIMARÃES

A MORTE DA CRIANÇA NO HOSPITAL: O FAZER DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E
A PRESENÇA DO PSICANALISTA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Teorias e práticas da Psicanálise.

Aprovada em 23/03/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Caciana Linhares Pereira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Vlândia Jamile dos Santos Jucá
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Leônia Cavalcante Teixeira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Caciana Linhares Pereira, para além das orientações, agradeço pelas interlocuções, pela paciência, por acreditar em mim e encorajar meu percurso, desde a graduação em Psicologia, e contribuir com esta pesquisa, proporcionando-me reflexões valiosas à minha formação profissional e acadêmica.

À banca examinadora, Prof.^a Vlória Jamile dos Santos Jucá e Prof.^a Leônia Cavalcante Teixeira, agradeço primeiramente pela disponibilidade e pelo aceite imediato em acompanhar meu processo no mestrado, mas também pelas importantes contribuições e sugestões a partir de suas leituras cuidadosas e precisas, fundamentais para o enriquecimento não só da pesquisa, mas para o meu percurso.

Às instituições de saúde nas quais atuei desde a graduação, que me proporcionaram um melhor saber-fazer a partir dos encontros, desencontros, experiências e minhas inquietações e elaborações. Às profissionais de enfermagem, que contribuíram e confiaram a mim suas palavras e suas angústias, e ao hospital que acolheu o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço, ainda, aos serviços de Psicologia e às equipes de saúde das quais fiz e faço parte como profissional, que me proporcionam crescimento e acolhimento e favorecem a sustentação do meu lugar no hospital.

Às minhas amigas do mestrado, por toda troca e acolhimento oferecidos. Morena, companheira de estudos, aventuras e “perrengues”. Desde a graduação, além de boa ouvinte, sempre me encorajando a avançar e a concluir esta pesquisa. Camila e Priscilla, com quem pude trocar e compartilhar minha experiência no mestrado e para além dele.

Aos meus pais, Rita e Jorge, e ao meu irmão, Raul, por todo incentivo e toda dedicação em meu percurso de formação pessoal e profissional. Agradeço o amor e a paciência, que me fortaleceram para superar os desafios encontrados. Vocês sempre foram a minha maior torcida e fonte de incentivo.

Ao meu amor e companheiro de vida, Guilherme, pela presença constante, pelo apoio, pelo carinho, pela paciência, pela compreensão, pela companhia nos estudos e pelas palavras encorajadoras nos momentos difíceis. Muitas vezes, você acreditou mais em mim do que eu era capaz.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Esta pesquisa se volta para a atuação das profissionais de enfermagem que se ocupam do cuidado junto à criança na Unidade de Terapia Intensiva, haja vista seu trabalho diário, contínuo e marcado por uma condição de intimidade junto à criança, à família e aos procedimentos médicos. A prática exercida no âmbito da enfermagem se aproxima intensamente da experiência com a morte e mesmo de sua face mais “crua”, quando é sob a égide desta prática que ocorrem todos os procedimentos do tratamento até a preparação dos corpos no pós-óbito. O “íntimo”, que buscamos situar, especifica-se pela entrada, na instituição hospitalar, dos ritos próprios a cada família, mas também do trabalho singular que cada um realiza, quando de seu confronto com a morte. O recorte da pesquisa, assim como seu encaminhamento metodológico, são fruto de um percurso em hospitais públicos, de nível secundário e terciário, integrantes do Sistema Único de Saúde, e para os quais a pesquisa se volta com vistas a investigar a atuação clínica na Unidade de Terapia Intensiva. Atuação que confronta os profissionais com os limites da vida e estreita a articulação dos termos aqui propostos: a criança, a morte e a sua ressonância na equipe de enfermagem. O primeiro tempo da pesquisa problematiza a prática clínica nas instituições de saúde a partir dos operadores conceituais dos discursos propostos por Lacan. A prática exercida no âmbito destas instituições é inquirida a partir do tensionamento do discurso médico e do discurso do psicanalista, o que implica observar que enfermeiros, médicos e psicanalistas frequentam tais discursos sem confundirem-se com a realização integral de nenhuma configuração discursiva. Isto implica dizer que cada discurso comporta uma fratura, uma abertura que torna possível seu giro, e daí buscamos recolher o que nomeamos como os restos produzidos nesse encontro de diferentes posições discursivas. Restos com os quais a equipe de enfermagem se confronta e que, paradoxalmente, indicam a relação entre vida e morte num contexto marcado pela presença da morte. Deste ponto, seguimos articulando a clínica do sujeito em sua intersecção com as proposições da clínica ampliada no Sistema Único de Saúde. Desta abordagem dos discursos, das práticas e das proposições da clínica ampliada, a pesquisa se volta de modo mais preciso para a problemática da morte no contexto hospitalar e para o movimento dos cuidados paliativos. Interrogando os destinos do luto no contexto desse acontecimento que abalou o mundo no século XXI – a pandemia da Covid-19 –, apresentamos então as principais contribuições da pesquisa num percurso que segue das formulações sobre a morte escancarada até a decantação de níveis ou dimensões importantes da prática da equipe de enfermagem no contexto específico da morte da criança. Apontamos, ainda, para a pertinência de pesquisas que se voltem para a presença das mulheres no campo da saúde, se consideramos o contingente de

mulheres que compõem uma unidade hospitalar e as especificidades de sua prática, assim como as reverberações da condição da mulher no âmbito das práticas de saúde.

Palavras-chave: cuidados paliativos; criança; psicanálise; instituições de saúde; equipe de enfermagem.

ABSTRACT

This research focuses on the performance of nursing professionals who take care of children in the Intensive Care Unit, given their continuous daily work, marked by a condition of intimacy with the child, their family and the medical procedures. The professional practice in the field of nursing is intensely close to the experience with death and even facing its most “raw” face, when it is under the aegis of this practice under which all procedures take place, from the treatment to the preparation of bodies after death. The “intimate”, which we seek to place, is specified by the entrance, in the hospital institution, of rites proper to each family, but also of by the unique work that each one performs, when confronted with death. The research cutout, as well as its methodological referral, are the result of a journey in public hospitals, of secondary and tertiary levels, integral part of the Brazilian Unified Health System and to which the research turns its focus aiming to investigate the clinical performance in the Intensive Care Unit. Such performance confronts professionals with the limits of life and narrows the articulation of the terms proposed herein: the child, the death and its resonance within the nursing team. The first part of the research problematizes the clinical practice in the health institutions from the conceptual operators from the discourses proposed by Lacan. The practice carried out within these institutions is challenged from the medical and psychoanalyst’s discourses tensioning, which implies observing that nurses, physicians and psychoanalysts attend to such discourses without being confused with the comprehensive realization of any discursive setting. This implies that each discourse contains a fracture, an opening that makes its turn possible, and from there we seek to collect what we name as the remains produced in this meeting of different discursive positions. Remains with which the nursing team is confronted and which, paradoxically, indicate the relationship between life and death in a context marked by the presence of death. From this point on, we continue articulating the subject’s clinic in its intersection with the propositions of the expanded clinic within the Unified Health System. From this approach to the discourses, practices and propositions of the expanded clinic, the research turns more precisely to the problem of death in the hospital context and to the movement of palliative care. Interrogating the destinations of mourning in the context of this event that shook the world in the 21st century – the COVID-19 pandemic – we then present the main contributions of the research in a journey that goes from the formulations about exposed death to the decantation of important levels or dimensions of the nursing team’s practice in the specific context of the child’s death. We also point out the pertinence of researches that focuses on the presence of women in the health field, if we consider the

contingent of women that make up a hospital unit and the specificities of their practice, as well as the reverberations of the condition of women in the scope of the health practices.

Key words: palliative care; child; psychoanalysis; health institutions; nursing team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo geral.....	17
2.2	Objetivos específicos.....	17
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	18
4	A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE, OS DISCURSOS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	25
4.1	Considerações sobre o discurso médico e o discurso do analista na instituição de saúde.....	25
4.2	A instituição de saúde, os discursos e o lugar da enfermagem	30
4.3	O que se faz com o resto?.....	36
4.4	A equipe de enfermagem e as suas “confrontações”.....	40
4.5	A clínica do sujeito e a clínica ampliada no Sistema Único de Saúde (SUS).....	44
5	A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	51
5.1	Sobre a morte: ontem e hoje.....	51
5.2	Algumas considerações sobre o movimento dos cuidados paliativos.....	58
5.3	Morte e luto na pandemia da Covid-19: resgate e construções diante da morte escancarada.....	62
5.4	A terapia intensiva e o profissional de saúde: (des)encontros com a morte.....	68
5.5	A morte da criança, a equipe de enfermagem e a presença do psicanalista na instituição.....	75
5.6	Uma aproximação com o que se vivencia.....	86
6	MOMENTO DE CONCLUIR.....	90
	REFERÊNCIAS.....	96

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é efeito de um percurso rigoroso e ético de escuta analítica no hospital, a partir do qual foi possível tecer e problematizar questões que dizem da presença do psicanalista¹ na instituição de saúde – tanto a partir da escuta de pacientes internados e de seus familiares como da relação com os profissionais da equipe de saúde. O desenvolvimento desta investigação só foi possível, também, a partir de aberturas recolhidas do trabalho de conclusão de graduação em Psicologia, em 2017, realizado no contexto da instituição hospitalar, mais especificamente na oncologia pediátrica – configurando-se como experiência importante que hoje contribui para a sustentação da prática no hospital. A partir das primeiras considerações, ainda na graduação, novas inquietações foram suscitadas, o que ensejou os desdobramentos apresentados nesta dissertação.

A experiência na oncologia pediátrica realizou-se na unidade especializada de um hospital infantil público, de nível terciário, que atende crianças e adolescentes e é referência no diagnóstico e no tratamento do câncer infantojuvenil nas regiões Norte e Nordeste do País. Trata-se de um espaço que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e constitui-se como um importante dispositivo de saúde da rede pública. Neste ambiente, crianças e adolescentes atendidos transitam livremente e se apropriam de toda a área hospitalar – até mesmo das escadas de incêndio, salas de atividades, salas de espera, brinquedoteca e ambulatórios –, tendo em vista as muitas idas e vindas próprias do tratamento oncológico, que compreende consultas frequentes, monitoramento, internações breves e prolongadas. O espaço passa a ser conhecido e ocupado pelos pacientes e seus acompanhantes, estabelecendo-se uma relação “necessária” por um longo tempo de tratamento, em sua maioria.

Durante aproximadamente um ano, na condição de estagiária integrante do serviço de psicologia hospitalar, ofertou-se a escuta aos pacientes oncológicos e seus familiares, a partir de solicitações da equipe multiprofissional, busca ativa ou demanda espontânea, nos mais diversos contextos da instituição – como as enfermarias, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a brinquedoteca, os ambulatórios e demais espaços comuns. Esta experiência também trouxe para a pesquisa de monografia realizada a especificidade do que acabou por se constituir como

¹ Quando abordarmos sobre a “presença do psicanalista” na instituição de saúde, não reduziremos a compreensão da expressão apenas à sua presença concreta e literal no contexto de trabalho, mas, principalmente, em referência ao que faz operar e repercute a partir da sustentação do discurso analítico diante dos sujeitos que circulam na instituição. Evidenciando a importância de seus efeitos e articulando ao que Jorge (2022) sublinha sobre o discurso do psicanalista, a partir da teoria lacaniana: “o discurso psicanalítico resgata o outro como sujeito falante, cujo saber inconsciente – verdadeiro – o produz” (JORGE, 2022, p. 209).

um dos seus temas principais: a experiência da morte da criança, especialmente a partir da atuação no serviço de cuidados paliativos do hospital nos últimos seis meses da prática do estágio. Destacamos que a perspectiva psicanalítica fundamentou o trabalho de escuta no hospital e as elaborações apresentadas no estudo.

Sendo assim, questionamos como as posições assumidas pelos sujeitos e os discursos da instituição se articulam com a experiência da criança diante do adoecimento do câncer, sobretudo frente à “morte anunciada” – compreendendo aqui a comunicação da doença sem possibilidade curativa no contexto de cuidados paliativos. Debates sobre o discurso médico, seguindo com sua problematização no campo da experiência institucional da criança, levando à questão da problemática da morte e suas incidências subjetivas no contexto dos cuidados paliativos.

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou investigar contribuições da Psicanálise ao cenário onde a criança – núcleo de interesse – tivesse a possibilidade de emergir enquanto sujeito de desejo num contexto em que outros discursos se sobrepõem ao seu. Os discursos, os saberes e as práticas lá empreendidos foram então considerados em sua relação com o endereçamento dos outros profissionais da equipe de saúde e dos pais diante da criança com uma doença que ameaça sua vida (GUIMARÃES, 2017; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018) considerando as incidências do advento da morte nas instituições de saúde.

Constatamos que o contexto da hospitalização envolve discursos e práticas que atravessam a experiência não apenas da criança adoecida, mas também de seus pais e dos profissionais responsáveis por seu cuidado. Deparar-se com uma doença é também tornar evidente a fragilidade do sujeito, principalmente em se tratando de um diagnóstico de doença grave, tendo em vista que expõe – ao doente e ao outro – a efemeridade da vida e, conseqüentemente, a inevitabilidade da morte. E é diante dessa apresentação do “ser mortal” que seus efeitos resvalam e podem produzir sentidos que buscam tamponar o que há de real e angustiante revelado, principalmente a partir de atitudes do adulto. Portanto, para a equipe de saúde, estar diante de pacientes que recebem um diagnóstico sem a perspectiva curativa ou que estão em fim de vida, é também estar suscetível a sofrer os efeitos do que retorna para si enquanto impotência e castração; assim como ter de lidar com a problemática do luto e com as limitações técnicas do saber médico (CARVALHO, 2011). Manter o distanciamento parece, então, necessário para os profissionais, como uma defesa da morte e de suas incidências subjetivas, mas que pode acarretar a instrumentalização do corpo e o não envolvimento com o sofrimento do paciente e sua família (GUIMARÃES, 2017).

Para alguns profissionais, é preciso “fugir” desse envolvimento, mudando de leito

ou realizando apenas os procedimentos-padrão na criança que está morrendo, uma vez que a equipe de saúde não pode evitar a sua morte. Quer dizer, “o encontro com algo que foge ao controle do sujeito ratifica sua condição de assujeitado na vida” (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014, p. 59). E isso transcende a experiência dos pais e dos pacientes, que se deparam com a doença e a possibilidade da morte iminente, pois também afeta a equipe de saúde, para a qual se apresentam seus próprios limites frente à cura e à vida. Assim, a confrontação com a morte no trabalho com crianças “[...] desencadeia um real devastador por confrontar o ideal narcísico dos pais, bem como convocar nos familiares e equipe o sentimento de impotência” (CARVALHO, 2011, p. 7). Aliás, conforme destaca Gonçalves (2001, p. 35), os profissionais “[...] tendem a lidar com isso através de um distanciamento do paciente, criando um ambiente de conspiração de silêncio”, silêncio este que não possibilita mais que a criança se enderece ao outro nem simbolize o momento que está vivendo.

Ao tratar dessa questão, Mannoni (1995a) se refere a casos em que o olhar da mãe ou de outro cuidador principal sobre um bebê, quando vazio afetivo e simbolicamente, acaba por provocar a sua demissão psíquica. Ou seja, esses bebês com aparência depressiva parecem não mais reagir ao outro devido à falta de trocas emocionais de outrora (MANNONI, 1995b). Isto é, “se a criança não encontra ninguém capaz de ir ter com ela, se só depara com o silêncio ou a mentira, também ela se cala” (RAIMBAULT, 1979, p. 19). Sobre essa constatação, lembramos do que Ferenczi (1929/1988) verificou em suas observações clínicas e apresentou no escrito *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte*: “[...] crianças acolhidas com rudeza e sem gentileza morrem fácil e voluntariamente. Utilizam um dos numerosos meios orgânicos para desaparecerem rapidamente ou, se escapam, fica-lhes um certo pessimismo e desgosto da vida” (FERENCZI, 1929/1988, p. 315). Desse modo, em sua leitura, Jorge (2010) sublinha a importância do amor e do desejo do Outro na condução da criança, ao nascer, ao desejo de viver e ao florescimento da pulsão de vida. Tem em vista, portanto, o que Ferenczi argumentou a partir das elaborações freudianas: a criança advém de um lugar muito mais próximo ao não-ser e à pulsão de morte, do que ao ser – sendo o Outro responsável pela construção de “[...] bons motivos para querer viver” (JORGE, 2010, p. 161).

Entendemos, então, que o desamparo sentido pela criança, do ponto de vista subjetivo, pode resultar na sua morte simbólica antes mesmo que a morte real insurja. Castro-Arantes e Lo Bianco (2013, p. 2521) ainda consideram que, “embora possa ser ‘confortável’ para o profissional e para os que estão em volta [manter distância e sentir pena], isso significa a morte do sujeito, que, emudecido, não encontra lugar de expressão, muitas vezes antecipando, subjetivamente, a morte concreta”. O que se revela é a mudança da mensagem do outro, a

mudança do olhar e do investimento simbólico daquele sobre a criança que *ainda está viva*. Isso quer dizer que ela passa a ser investida fisicamente, como objeto de cuidados, mas pode ser “esquecida” em suas demandas subjetivas, sob o olhar de pena, de angústia e temor frente à finitude – por parte dos pais e da própria equipe de saúde. De acordo com Mannoni (1995b, p. 29), “não há mais, para ela, um ancoramento de seu desejo no desejo do Outro”.

Em contrapartida, na criança, descobrimos um sentido diferente do registrado pelo adulto no que se refere ao seu adoecimento e à morte. O momento do adoecimento, muitas vezes, torna-se mais difícil não pelo confrontar-se com a possibilidade da morte, mas pela ausência de endereçamento simbólico e afetivo do outro, ou mesmo pelas privações e renúncias ao que se tinha e vivia antes da hospitalização – inclusive pela insuficiência de investimento do outro. Logo, suas demandas são silenciadas em prol do tratamento urgente, do olhar sobre o corpo, já que sua palavra pode perturbar a ordem instituída e nem sempre os adultos sabem o que fazer com ela (GUIMARÃES, 2017; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018).

Percebemos, então, que diante da criança doente sem possibilidade de cura, algo do comparecimento do outro pode modificar-se, como uma defesa e evitação da finitude, seja em sua dimensão de cuidado – quando a criança é atendida apenas em seus sintomas orgânicos, como objeto de cuidados – ou mesmo numa dimensão simbólica – onde o olhar e a palavra não lhe são mais oferecidos nem considerados, pois não é suportável. Nessa condição, se a palavra é apenas *sobre* a criança, a sua resposta ao silêncio produzido pode ser sua demissão subjetiva, o abandono à própria morte. E é em face a esse contexto atravessado pelo silêncio frente ao sentido que o psicanalista, como um terceiro, pode permitir o endereçamento da palavra da criança doente e um trabalho em direção à vida (GUIMARÃES, 2017; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). Quer dizer, é frente a esse cenário atravessado pelos discursos da instituição que o olhar sobre a criança e a escuta que a ela é ofertada podem abrir um espaço de trabalho onde se aproprie de seu sofrimento, de seu adoecimento e de suas vivências – imprimindo movimento a uma posição de submissão à palavra do outro, que pode ser tão pregnante nos contextos de adoecimento e hospitalização da criança (ANDRADE, 2019; COUTO; CASTRO, 2019; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018; MORETTO, 2020; NICOLAU; BARROS, 2021).

As diferentes leituras sobre o adoecimento e a morte – dos pais, das crianças e da equipe de saúde – que perpassam a instituição se entrecruzam e produzem efeitos importantes de serem escutados, pois diante da dinâmica que envolve o hospital, é comum que seu funcionamento “aprisione” os envolvidos numa lógica direcionada apenas à cura. Os profissionais inseridos nesta conjuntura, em especial os da enfermagem, segundo essa lógica, calam-se em seu sofrimento, não sendo possível a sustentação de uma posição de escuta –

condição absoluta da emergência da fala como ato de enunciação que só se sustenta sozinho e na relação com a divisão psíquica. Divisão que Freud (1915a/2010) captou sob a insígnia do conflito, termo fundamental da ética analítica em sua orientação definida pela posição do inconsciente.

Logo, constatamos que o trabalho de escuta do psicanalista na instituição de saúde pode ser oferecido não somente às crianças doentes, mas também aos profissionais que se deparam com o “fracasso” de seus cuidados em face do Real que se apresenta nesse quadro, sobretudo diante da experiência da morte (MANNONI, 1995b). Ou seja, a equipe de saúde precisa realizar o seu trabalho, mas sofre os efeitos da própria lógica à qual está submetida. Impasses e fantasias se fazem presentes também do lado dos profissionais, que resultam na instrumentalização do corpo do paciente, escancaram sua relação com os limites da vida e da ciência médica e evidenciam sua angústia em face da finitude.

À vista disso, as conclusões daquela primeira investigação provocaram ressonâncias que seguem causando inquietações na experiência de trabalho atual, agora não mais na condição de estagiária, e já em outra instituição de saúde. Isso significa que o desdobramento proposto nesta dissertação é fruto de um percurso em dispositivos de saúde desde a graduação em Psicologia e do interesse em seguir escutando, a partir da orientação psicanalítica, os sujeitos que compõem a cena hospitalar neste momento.

Desse modo, aqui mantemos uma investigação que toma a criança em seu escopo, mas que se orienta de modo particular para os profissionais da equipe de saúde, recortando especificamente a atuação das profissionais da enfermagem. É importante também situar que a exposição que implica a escrita desse texto – uma dissertação de mestrado – expõe e ordena, só-depois, elementos e reverberações de cada experiência institucional vivida. A exposição linear, na acepção de uma descrição cronológica de fatos, encontra-se aqui substituída pela apresentação dos móveis de uma prática indicados nos termos que ordenam os capítulos e subcapítulos.

Além disso, como continuidade, mas também propondo um avanço em relação à pesquisa original, este estudo seguiu particularizando o trabalho junto à criança gravemente doente e à sua proximidade com a morte, considerando as incidências sobre a equipe. Entendendo que não é possível abranger todas as categorias profissionais da equipe de saúde, e tendo em vista a extensão desta e as particularidades atribuídas ao trabalho de cada profissional na instituição, optamos por priorizar, nesta pesquisa, as profissionais de enfermagem². Contudo,

² Faremos menção aos profissionais da equipe de enfermagem no gênero feminino por se tratar de um contingente profissional formado exponencialmente por mulheres.

apostamos que tal enfoque, necessário nesse momento, também contribuirá para a ampliação do olhar sobre os outros profissionais que compõem a equipe de saúde e o trabalho na instituição como um todo.

Em se tratando da equipe de enfermagem, verificamos que a categoria, muitas vezes, não tem a sua prática reconhecida nas instituições de saúde – ainda que componha o maior contingente de profissionais no hospital –, pois trata-se da “casa do médico”. No entanto, é somente a partir do fazer das profissionais de enfermagem que as prescrições médicas, por exemplo, são executadas, dentre as suas várias funções de cuidado. Por isso, a escolha se dá, também, ao reconhecimento que se faz ao lugar dessas profissionais e à relação que estabelecem com os pacientes.

Ademais, não são poucos os trabalhos publicados que abordam a especificidade de sua prática e a assistência aos sujeitos adoecidos. E mais, encontramos um número elevado de publicações acadêmicas da própria categoria em relação ao seu trabalho, aos modelos de cuidado e às suas “afetações” junto às pessoas que assistem – principalmente quando se trata de crianças e em condição de gravidade clínica (SHIMIZU; CIAMPONI, 1999; SILVA; KIRSCHBAUM, 2008; SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009; FERREIRA *et al.*, 2011; SANTOS; JESUS; PORTELLA, 2013; MARQUES *et al.*, 2013; VIEIRA *et al.*, 2014; ALMEIDA *et al.*, 2014; MUSSI; MELO, 2018; DE PAULA *et al.*, 2020). Quer dizer, em alguma medida, há uma implicação e problematização das profissionais de enfermagem quanto às reverberações de seu ofício em sua dimensão subjetiva.

Percebemos a importância dessa questão quando evidenciamos que os temas encontrados em muitas publicações dizem respeito à angústia emergida na relação de cuidado na terminalidade, aos significados atribuídos aos processos de morte e morrer, ao paralelo entre sofrimento e prazer do trabalho na terapia intensiva e ao enfrentamento e à abordagem da morte infantil pela enfermagem. Isto é, as profissionais que publicam indicam o interesse em “dar conta” do que ultrapassa o seu conhecimento técnico, pelo que são confrontadas em seu cotidiano no hospital, mas apontam os limites de seu fazer diante da lógica em que se encontram submetidas. Anunciam, portanto, uma problemática relevante para discutir sobre a lógica da instituição, que anula o lugar subjetivo, do um a um, inclusive dos profissionais de saúde. Ainda mais, levando em conta que essa condição também acarreta consequências sobre o outro que é cuidado.

A propósito, a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS, desde 2003, “[...] aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde

e *produção de subjetividade*” (BRASIL, 2009, p. 5, grifo nosso), reconhecendo a importância da implicação dos diferentes sujeitos no processo de cuidado. Portanto, tal acepção também se direciona aos trabalhadores e faz frente ao cientificismo pregnante e objetivante que se produz nas instituições. Ademais, a PNH compreende a atenção aos trabalhadores e às situações de trabalho estabelecendo a importância do “cuidado ao cuidador” e visando relações laborais menos desgastantes e adoecedoras (BRASIL, 2010), mesmo porque, como bem lembra Kovács (2010), trabalhar na instituição de saúde como cuidador, de imediato, revela a confrontação com a dor e a morte e produz incidências subjetivas importantes – como evidenciadas nas pesquisas desenvolvidas e aqui apresentadas.

Por isso, a escolha como núcleo de interesse nesta dissertação pelas profissionais da enfermagem se dá pelo reconhecimento de seu trabalho e de sua importância nas instituições de saúde – por vezes situadas à sombra e subjugadas aos outros profissionais –, bem como em consonância com o que se revela nas publicações da categoria, na própria experiência institucional e na proposição da PNH enquanto repercussões subjetivas que merecem ser legitimadas e escutadas. Para mais, compreendemos que a equipe de enfermagem é a que mantém o trabalho mais próximo ao sujeito doente, considerando o convívio diário, os cuidados constantes e o contato íntimo com o corpo da criança – atribuindo a essas profissionais funções primordiais de cuidado ao paciente (TELLES, 2006; KOVÁCS, 2010; BALDO, 2011), o que pode intensificar seus efeitos a partir da relação de proximidade com o sujeito na iminência da morte. O interesse desta pesquisa se volta para este momento de iminência da morte.

Outra especificidade que se delineou em concordância com o objeto da pesquisa, que é a morte da criança, foi o enfoque na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), justamente pela confrontação dos profissionais com a experiência dos limites da vida, que se manifesta de forma mais evidente neste setor e que estreita as articulações aqui propostas: a criança, a morte e a sua ressonância na equipe de enfermagem. Como Monteiro (2017, p. 19) destaca, na UTI, “[...] a despeito de todo o aparato tecnológico disponível nesse setor, a morte se faz presente – uma ‘presença que assusta’ os pacientes e seus familiares, uma ‘presença que incomoda’ a equipe de saúde”, pois desvela sentimento de impotência e de fracasso. Assim, trata-se de um setor que conta com suportes avançados de vida, que salvam pessoas, mas que também prolongam o processo de morrer e adiam a morte de outras – levando em conta as discussões quanto ao tratamento de pacientes em cuidados paliativos que se internam na terapia intensiva sem perspectiva curativa e em estado de doença avançado e progressivo (MONTEIRO, 2017).

Em suma, Kovács (2010, p. 424) lembra e ressalta que o trabalho da equipe de enfermagem não é “qualquer coisa”, pois as

profissionais de enfermagem precisam executar procedimentos indicados pela equipe médica, cuidar das demandas feitas pelos pacientes e familiares de alívio do sofrimento e atendimento às necessidades básicas. [...] A equipe de enfermagem tem alto risco de colapso pela sua função de cuidado diário aos pacientes, portanto em contato mais intenso com dor e sofrimento. São também estes profissionais, que o paciente busca para falar de suas questões mais íntimas, levando a situações constrangedoras, pelo fato de não terem respostas a todas questões e pela eclosão de sentimentos intensos. É o caso da comunicação do agravamento da doença e proximidade da morte.

Portanto, revelou-se o interesse em pesquisar a atuação das profissionais de enfermagem que se ocupam do cuidado da criança na iminência da morte, visando investigar os efeitos e as expressões de sofrimento em seu trabalho e as saídas subjetivas produzidas nessa condição de confrontação, especialmente na terapia intensiva. Apontamos, sobretudo, o deparar-se com a ameaça da vida em um tempo que “subverte o ciclo natural da vida” e com a dimensão que comparece nesse espaço recorrentemente, da morte enquanto experiência que se aproxima com o Real – registro psíquico proposto por Lacan que se articula com o impensável e com o que não é possível ser totalmente simbolizável (LACAN, 1974-1975).

Considerando o contexto hospitalar como um espaço de cuidado – essencialmente o do corpo biológico adoecido –, e a UTI, como uma unidade hospitalar onde “vida e morte pulsam o tempo todo” (SECCHIN, 2006, p. 224), interrogamos como pergunta de partida: como a equipe de enfermagem e o psicanalista operam diante da confrontação com os limites da vida da criança nesse contexto?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Esta dissertação tem como objetivo geral investigar, a partir da experiência clínica enquanto analista em instituições de saúde, quais os efeitos da atuação da equipe de enfermagem e da presença do psicanalista diante da morte da criança no hospital.

2.2 Objetivos específicos

Para tanto, será necessário considerar os seguintes objetivos específicos:

a) Discutir sobre a realidade discursiva da instituição de saúde a partir do tensionamento entre o discurso médico e o discurso do analista.

b) Apresentar pesquisas e elaborações da área da Enfermagem, inclusive em articulação com a teoria psicanalítica, para discutir sobre a atuação das profissionais diante dos sujeitos de quem cuidam sob a lógica biomédica.

c) Investigar as saídas produzidas e as incidências subjetivas sobre a equipe de enfermagem diante da confrontação com a morte da criança em seu contexto diário de trabalho, sobretudo na terapia intensiva.

d) Decantar e apresentar, a partir da experiência clínica institucional enquanto psicanalista, as contribuições do discurso analítico diante das práticas empreendidas pelos profissionais no hospital e seus efeitos sobre os sujeitos doentes e na iminência da morte.

e) Ampliar o escopo teórico-clínico a respeito do tema a partir de contribuições da Psicanálise que tratam da interlocução entre o campo da saúde e a presença do analista na instituição.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O referencial teórico adotado neste trabalho é o psicanalítico, levando em conta seu modo particular de pesquisa, o qual envolve a indissociabilidade entre a teoria e o tratamento segundo o dispositivo proposto por Freud. Elia (2000) ressalta que toda e qualquer pesquisa em psicanálise é, por excelência, clínica, haja vista o seu campo de pesquisa que sempre é o do inconsciente, que inclui o sujeito, manifestado pela via da transferência. Ademais, toda pesquisa em psicanálise “[...] implica que o pesquisador-analista empreenda sua pesquisa a partir do lugar definido no dispositivo analítico como sendo o lugar do analista, lugar de escuta e sobretudo de causa para o sujeito, o que pressupõe o ato analítico e o desejo do analista” (ELIA, 2000, p. 23). Destarte, entendemos que não é possível conceber um saber previamente estabelecido, pois ele é construído na e pela transferência entre o analista-pesquisador e seu interlocutor, levando em consideração a articulação intrínseca entre a teoria e os fenômenos que se revelam (ELIA, 2000; IRIBARRY, 2003).

Segundo Cancina (2008, p. 12, tradução nossa), o método psicanalítico “[...] se trata de um método que proíbe buscar. Isto nos levanta uma especificidade paradoxal; tão paradoxal é que este método nos proíbe investigar; é um método que investiga proibindo investigar em razão do recurso da atenção flutuante”³. Ou seja, há um tensionamento entre as ações de buscar e de investigar, que pode ser elucidado a partir da regra fundamental da Psicanálise, qual seja: a associação livre do lado do analisante e a atenção flutuante do lado do analista. Entendemos que é a partir da não busca deliberada que se abre a possibilidade da investigação, deste modo de investigação paradoxal, como assinala Cancina (2008). Sendo assim, a postura de privar-se de buscar para encontrar, desdobra-se em um *a posteriori*, pois somente nesse movimento retroativo foi possível produzir efeitos, questionar e teorizar sobre o que foi encontrado numa *experiência*. Portanto, a realização da pesquisa bibliográfica e a consequente escolha dos autores que embasam as discussões aqui apresentadas também foram acompanhando os fenômenos que se revelavam na prática.

A instituição de saúde que ora se apresenta como importante para o desenvolvimento desta pesquisa é um hospital geral público, de nível secundário, e que presta serviços aos usuários do SUS referenciados por outras unidades de saúde do estado do Ceará – portanto, sem atendimentos de urgência e emergência. O seu perfil de pacientes contempla

³ “[...] se trata de un método que prohíbe buscar. Esto nos plantea una especificidad paradojal; tan paradojal es que este método nos prohíbe investigar; es un método que investiga prohibiendo investigar em razón del recurso a la atención flotante” (CANCINA, 2008, p. 12).

desde os eixos neonatal e pediátrico até o eixo adulto, com internações por condições agudas e crônicas, embora exista uma prevalência de pessoas com adoecimento crônico e que acarreta a permanência hospitalar prolongada na instituição. Interessa demarcar que, por isso, muitos pacientes e seus acompanhantes passam a ser “conhecidos” pela equipe de saúde do setor onde estão internados, estabelecendo-se maior proximidade nas relações, sobretudo por parte da equipe de enfermagem.

Trata-se, também, de um hospital de ensino e que colabora com o processo formativo de estudantes das mais diversas categorias (enfermagem, médica, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, farmácia, dentre outras) e de profissionais médicos em processo de especialização (residência). Desse modo, para a composição da investigação, partimos primordialmente da experiência na assistência hospitalar de pacientes e de seus familiares até o que foi possível de recolher a partir da escuta e da relação com a equipe de saúde da instituição em questão, da qual a pesquisadora fez parte. Em todo o percurso de trabalho, fundamentamos nossa pesquisa na ética da psicanálise.

Como proposta metodológica inicial desta dissertação, em articulação com a pesquisa em psicanálise, recorreremos a princípios da pesquisa colaborativa (DESGAGNÉ, 2007) para a realização de encontros em grupo com três técnicas de enfermagem atuantes no centro de terapia intensiva pediátrica e neonatal da referida instituição, escolhidas por conveniência e levando em conta seu interesse em participar das discussões. O desenvolvimento desse método, que articula pesquisa, reflexão e formação dos integrantes, promoveu a construção colaborativa do problema da pesquisa, articulando sua experiência de trabalho frente à morte da criança no contexto de terapia intensiva com as teorizações e as elaborações propostas pela pesquisadora, a partir de encontros periódicos, em sala privativa do próprio hospital e em dia e horário previamente acordados.

Para tanto, submetemos o projeto nos comitês de ética da Universidade e da instituição hospitalar. Foram realizados três encontros, de novembro a dezembro de 2021. Não foi estabelecida, a priori, a quantidade de encontros a serem realizados, pois priorizamos o interesse e o envolvimento das participantes e as possibilidades da própria instituição em acolher a proposta. No entanto, em determinado tempo, não foi possível dar seguimento devido a questões estruturais e logísticas, envolvendo a falta de sala disponível, a rotina intensa de trabalho das profissionais e, eventualmente, a sua ausência (seja por férias ou atestado), que não favoreceram a manutenção dos encontros. Ademais, a sua continuidade tornou-se inviável pela urgência e pelo isolamento das unidades (e das profissionais), devido à pandemia da covid-19, iniciada em 2020 e que atingiu diversos setores do hospital até 2022. Apesar disso, e também

tomando estes aspectos como dados de pesquisa, nos encontros realizados, foi possível abordar e escutar questões importantes do trabalho das profissionais de enfermagem diante da morte da criança – questões que comparecem em diversos momentos das elaborações teórico-clínicas aqui apresentadas.

O fechamento deste percurso metodológico conferiu abertura para uma outra posição, a partir da eclosão da pandemia do coronavírus e diante da angústia desencadeada, pois foi necessário rever e reinventar a atuação do serviço de psicologia junto aos pacientes infectados, às famílias distanciadas pelo risco de contaminação e também aos profissionais de saúde que foram atravessados e viram-se desamparados frente ao Real e à necessidade de seguir trabalhando – mesmo diante do medo da morte e do desconhecido. Foi neste momento, também, que assumi a função de coordenadora do serviço de Psicologia e foi possível disponibilizar a escuta aos profissionais de saúde da instituição, como um dispositivo clínico, a partir de certo distanciamento da assistência hospitalar e das equipes das quais fazia parte.

Assim, aos profissionais, evidenciou-se a necessidade de construção de dispositivos de escuta e de acolhimento à angústia que emergiu, individual e coletivamente, para que fosse possível sustentar o seu trabalho diante das vidas a serem cuidadas. Quer dizer, ratificou-se a importância da produção de espaços que propiciem abertura e circulação da palavra frente à lógica das instituições de saúde que tendem a silenciar os sujeitos, como será abordado no decorrer desta pesquisa. Essa experiência de escuta evidenciou o que aqui já se desdobrava como consideração importante e como possibilidade de entrada do discurso analítico na instituição. O cuidado que se teve foi o de sustentar o trabalho ético de escutar colegas de trabalho, à medida que também me integrava à equipe de saúde, promovendo os distanciamentos necessários e reconhecendo os limites desse lugar, neste tempo.

Desse modo, a escuta dos profissionais aconteceu em diversos contextos e tempos: *in loco* nos setores, em situações de atendimento individual ou em grupo, e como parte da própria presença e integração da pesquisadora às equipes. O desenvolvimento deste trabalho prosseguiu na busca por formular determinados móveis dessa experiência junto àqueles implicados. Por isso, são apresentadas considerações sobre o que se recolhe nesta experiência e o que vem sendo produzido como outro modo de sustentação da presença do psicanalista na instituição, qual seja, a de oferta de um dispositivo clínico de escuta aos profissionais da saúde e o resgate da subjetividade e do inconsciente – silenciados nesse contexto.

Para a construção de cada capítulo e seu ordenamento no corpo da dissertação, foi necessária uma estruturação que considerasse a “montagem” das experiências em sua relação com as proposições decantadas no percurso. No decorrer dos capítulos, são apresentadas cenas,

falas e vinhetas clínicas que dizem da experiência enquanto analista no cotidiano do hospital. Sendo assim, buscamos desenvolver, no primeiro capítulo, uma discussão mais geral sobre o discurso médico, o discurso do analista e seus efeitos na instituição de saúde, inclusive sobre a equipe de enfermagem, evidenciando o entrecruzamento discursivo presente neste campo. Neste momento, fundamentamos, sobretudo, na teoria dos quatro discursos de Jacques Lacan e foram apresentados os desdobramentos propostos pelas teorizações dos psicanalistas Jean Clavreul, Marco Antonio Coutinho Jorge e Sônia Alberti, assim como elaborações de outros psicanalistas atuantes em dispositivos de saúde, como Maria Lívia Tourinho Moretto. Destacamos que estes autores também aparecem em outros momentos do texto, por suas importantes contribuições à pesquisa.

A operação dos discursos nesses contextos foi problematizada a partir da confrontação com os “restos” da lógica biomédica até a experiência particular das profissionais de enfermagem, que lidam com o que é da ordem da exigência da instituição, mas também com a dimensão do Real e de suas incidências a partir do contato próximo e diário com os pacientes e sua família. Discutimos, a partir do que foi desenvolvido em pesquisas vinculadas a cursos de pós-graduação em Enfermagem, inclusive em articulação com a teoria psicanalítica e considerando a sua contribuição para o fazer clínico da equipe de enfermagem, como também foram apresentadas contribuições do discurso psicanalítico para pensar o tensionamento das práticas empreendidas pelos profissionais no contexto das instituições de saúde.

Assim, a discussão parte do que é previsto e exigido enquanto produção de cuidado em saúde no hospital por parte da equipe de saúde assistencial, compreendendo sua intrínseca relação com o saber médico e com a instrumentalização que operam nesse espaço. A pesquisa aborda os modos como as profissionais de enfermagem se situam diante de suas confrontações na relação com o sujeito doente de quem cuidam intimamente. Neste momento, é discutido o endereçamento que alguns profissionais fazem à teoria psicanalítica para pensar a constituição de um cuidado que considera o singular de cada sujeito, assim como se evidencia a articulação de seus fundamentos com a sustentação da clínica ampliada proposta pela PNH enquanto “clínica do sujeito”. O final do primeiro capítulo chega, então, à problematização da experiência com a morte no cotidiano de trabalho do profissional de saúde, que será o objeto abordado no capítulo seguinte.

O capítulo dois problematiza o fenômeno da morte e a sua construção enquanto um tabu, em relação com o tempo e a cultura, a partir das pesquisas do historiador Philippe Ariès, do sociólogo Norbert Elias, das elaborações freudianas e de outros pesquisadores contemporâneos, como Anna Carolina Lo Bianco, Fernanda Costa-Moura, Anelise Teixeira e

Celia Tamura, que abordam a experiência da morte no social até problemáticas específicas em se tratando da sua presença no contexto hospitalar. Em contrapartida, como desdobramento e inquietação por parte de alguns, discorremos sobre o movimento dos Cuidados Paliativos e a sua repercussão nos serviços de saúde, no lugar para a finitude da vida e a problematização da morte, interrogando concepções que a isolam enquanto fenômeno puramente orgânico, asséptico e, também, evitado.

O conjunto de pesquisas no âmbito dos Cuidados Paliativos vem apontando para a necessidade de mudança na relação de poder entre a equipe e o paciente, mostrando o desafio entre considerar a construção de uma nova posição frente ao sujeito doente e a morte (MALENGREAU, 1995; MENEZES, 2004; MACÊDO, 2015). Sobre o morrer na contemporaneidade, articula suas proposições às leituras que abordam a morte como dispositivo de poder e saber sobre o outro, bem como a subversão frente ao que está estabelecido, o que interessa a esta pesquisa quando também se volta para a estrutura discursiva na instituição médica e suas incidências na operação defensiva, captada a partir do psíquico.

Em seguida, foram apresentados os efeitos da pandemia da covid-19 no social e sobre os profissionais de saúde que se expuseram às experiências desconhecidas de cuidado, excessivas mortes e supressões simbólicas, sociais e afetivas – e a conseqüente construção e oferta de espaços de escuta e acolhimento. Também foram apresentadas considerações políticas a respeito do luto e do reconhecimento da alteridade, considerando o contexto de pandemia e estabelecendo-se uma retroação quanto à atitude frente à morte e ao luto, em relação ao que é apresentado no início do capítulo. Essa articulação sobre a pandemia também se justificou a partir do momento em que a morte foi novamente escancarada e produziu novas incidências aos profissionais de saúde, inclusive para aqueles que trabalham nas unidades de terapia intensiva. Levamos em conta a intensificação da confrontação com a experiência de finitude dos pacientes e com a vulnerabilidade do corpo que já se fazem presentes nesses setores. Outrossim, reafirmamos a importância do registro simbólico e documental dessa experiência, como profissional atuante neste tempo e como uma marca que se imprime diante do que foi vivido. Introduzimos, assim, o que será abordado em seguida sobre a morte no hospital, a equipe de saúde e as saídas possíveis diante dessa experiência que revela a dimensão do Real.

Posto isso, apresentamos a particularidade do contexto da terapia intensiva em relação aos outros setores do hospital, considerando a sua estrutura, a intensificação nos cuidados, as restrições enquanto uma unidade “fechada”; assim como o que se apresenta a partir do paralelo existente, pelo risco de morte ser constante diante da gravidade dos pacientes, mas por se tratar, essencialmente, de um lugar de possibilidade de vida por toda a estrutura

disponível e investida. Discutimos, ainda, sobre os encontros com os limites da vida e do saber científico, a partir das considerações sobre a morte e os “restos” tão presentes nesse espaço, bem como as incidências subjetivas sobre os profissionais de saúde e sobre aqueles de quem cuidam.

Finalmente, a experiência com morte da criança foi apresentada como questão paradoxal para a equipe de enfermagem, na terapia intensiva, debatendo-se sobre o que sustenta o trabalho nesse contexto específico da morte e do luto e apontando o que há, também, de vida “pulsante”. Discorreremos sobre as “capturas” das profissionais de enfermagem pelas crianças de quem cuidam, que podem resultar na “intensificação” dos afetos e do cuidado, a despeito de tratar-se de um ambiente que apresenta os limites da vida. Apresentamos, ainda, o que essa dimensão expõe à equipe de enfermagem no que diz respeito ao que é da ordem do “pessoal” e do “profissional” e quais as suas saídas. São apresentadas considerações relevantes da psicanalista Catherine Mathelin para pensar a relação da equipe com os pacientes internados em serviços de terapia intensiva, assim como de outros psicanalistas que tratam da especificidade do trabalho junto à criança e ao bebê gravemente doentes.

Diante da confrontação com a experiência de morte da criança e de suas incidências subjetivas, são feitas considerações importantes em favor da legitimidade da fala e da possibilidade de contorno do Real pela palavra, mediante a presença do analista na instituição e a oferta do lugar de escuta aos profissionais de saúde. São apresentados apontamentos e elaborações importantes de psicanalistas que atuam em dispositivos de saúde e ratificam o lugar de abertura oferecido pela entrada do discurso analítico neste contexto.

Finalizamos, então, com a apresentação de um caso, enquanto um recorte do que se vivencia na prática em uma unidade de terapia intensiva, a fim de expor e articular questões formuladas nesta pesquisa no que diz respeito à proximidade com a morte, às incidências sobre a equipe de saúde e às reverberações na condução e no cuidado ao paciente e à sua família.

Por fim, à vista do que aqui se apresenta, ressaltamos nossa própria confrontação com as questões suscitadas nas primeiras experiências de escuta desde a graduação e as “surpresas” encontradas a partir do novo lugar que foi sendo construído a partir da participação na equipe de saúde de um hospital. Moretto (2019a, p. 22) diz, sobre a entrada e a inserção do psicanalista no hospital geral:

As equipes nos chamam porque têm dificuldades. Eles supõem na nossa presença um potencial transformador (isso vale para o bem e para o mal). O potencial transformador é a transferência. No entanto, entrada não é inserção, e é o modo pelo qual manejamos essa transferência que vai possibilitar ou não a construção e a sustentação do lugar do psicanalista, determinando seus efeitos.

Ademais, com esta pesquisa, apostamos que será possível fazer circular os saberes e proporcionar uma abertura para questionamentos e elaborações diante do que é singular de cada sujeito, de modo a articular o que é “exigência” da instituição e o que é possível de ser produzido e movimentado na cadeia de significantes dos profissionais que compõem esse contexto. Contexto este onde o discurso médico opera de modo pregnante e a partir de procedimentos que tendem a excluir a subjetividade. É deste ponto de exclusão que consideramos os efeitos da presença do psicanalista na instituição. Esperamos que esta pesquisa contribua para o campo da clínica em toda sua amplitude e diversidade, tanto em suas relações com os avanços teóricos da Psicanálise, como em seu lugar (o da clínica mesma) no campo da saúde e das práticas do cuidado, considerando e sustentando as tensões necessárias às construções discursivas dos diversos matizes teóricos que a compõem.

4 A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE, OS DISCURSOS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

4.1 Considerações sobre o discurso médico e o discurso do analista na instituição de saúde

A psicanálise não é, pois, um ramo da medicina. Ela seria, antes, seu avesso. Balizar esse passe, de um discurso ao outro, é ao que se deve empenhar aquele que quer seguir o louco no processo que ele abre contra a normalidade. (CLAVREUL, 1983, p. 28).

A instituição hospitalar é campo de entrecruzamentos discursivos, ressaltou Alberti (2000), resgatando a proposição de Lacan em sua teoria dos discursos. A realidade discursiva constitui a instituição e os discursos operam incidindo nas atitudes e nas palavras dos sujeitos que nela circulam. No entanto, é preciso adiantar, desde já, que o discurso não diz respeito a uma pessoa ou a uma categoria profissional, mas a uma estrutura que permite abordar diferentes posições que um sujeito assume no laço social (ALBERTI, 2019). Inclusive, Lacan (1969-1970/1992) aponta, ratificando esta compreensão, que se trata de um “discurso sem palavras”, já que

[...] sem palavras, na verdade, ele pode muito bem subsistir. Subsiste em certas relações fundamentais. Estas, literalmente, não poderiam se manter sem a linguagem. Mediante o instrumento da linguagem instaura-se um certo número de relações estáveis, no interior das quais certamente pode inscrever-se algo bem mais amplo, que vai bem mais longe do que as enunciações efetivas. Não há necessidade destas para que nossa conduta, nossos atos, eventualmente, se inscrevam no âmbito de certos enunciados primordiais (LACAN, 1969-1970/1992, p. 11).

Sendo assim, o sujeito é efeito de um discurso, mas não apenas de um – do mestre, da histórica, do analista ou do universitário –, pois de acordo com Jorge (1983, p. 10, grifo do autor), “nenhum discurso existente pode ser identificado *estritamente* a um desses quatro discursos”. Mesmo porque “[...] a verdade, independente do laço social estabelecido, é sempre não toda, atravessada pelo Real da experiência humana” (FAGUNDES NETTO; KERNKRAUT, 2019, p. 149). Assim, a realidade discursiva preexiste ao sujeito falante, a partir da perspectiva lacaniana, sendo justamente o discurso o que funda e define cada realidade. É segundo esse entendimento que é possível escutar o “furo” diante de uma fala, de uma atitude ou de relações que surpreendem e vão de encontro com o discurso do qual parecem “fazer parte”. Isto é, embora na instituição hospitalar o discurso do mestre seja predominante a partir da pregnância do saber científico, como será discutido, escutamos também outros discursos. Não há, portanto, uma fragmentação entre aqueles que são efeito apenas de um ou de outro discurso nem se trata de valorizar um em detrimento do outro, pois cada discurso opera a partir de sua função (ALBERTI *et al.*, 2008).

Nesse sentido, podemos pensar na cena da profissional médica que, perpassada pelo discurso do mestre, por exemplo, também surpreende ao não se colocar no lugar de detentor de saber e permite que o outro opere diante de seu sintoma; ou naquela que se questiona “por que a gente tem tanto medo de falar com as crianças sobre a morte?” e evoca, nesse momento, um não saber. Por outro lado, também é possível a situação na qual o profissional “psi” mantém seu trabalho mediante uma posição de mestria frente ao sujeito doente, quando deveria privilegiar a construção do próprio sujeito sobre si. Sendo assim, o discurso não tem autor e pode ser agenciado por qualquer um – a médica, o “psi”, a enfermeira, dentre outros –, pois um sujeito é, na verdade, efeito de todos eles.

No entanto, a partir da teoria dos discursos elaborada por Lacan em seu seminário XVII, Clavreul (1983) e Jorge (1983) desenvolvem que o discurso científico, próprio do saber médico, pode ser identificado ao discurso do mestre, pois desconsidera a subjetividade tanto daquele que fala quanto daquele que escuta. De acordo com Clavreul (1983, p. 29, grifo nosso), o discurso médico “[...] prossegue segundo suas leis próprias, que impõem sua coerção, ao doente e *também* ao médico”. Isto é, a objetividade preconizada pela ciência médica subtrai qualquer proximidade do agente com o sujeito adoecido, resultando na inexistência da relação médico-doente e na operação da relação instituição médica-doença (CLAVREUL, 1983; SILVA, 2017). Trata-se, então, de um encontro que não se efetiva, uma vez que a atuação do profissional é baseada no diagnóstico e no tratamento e, o que deveria ser um diálogo entre os envolvidos, resulta em um monólogo do médico com seu próprio discurso – levando em consideração que ele já tem informações prévias a partir do prontuário do paciente e o que se escuta são os sinais e signos que poderão ser decifrados por seu saber (JORGE, 1983; MORETTO, 2001). Dessa forma, “[...] se evidencia a *função silenciadora* do discurso médico, que ao se valer apenas dos elementos de seu próprio discurso abole tudo o que nele não possa se inscrever” (JORGE, 1983, p. 12, grifo do autor).

Logo, operando sob o paradigma biomédico e sustentado na cientificidade do saber, a emergência dos sujeitos – agente e outro – fica restrita (COSTA; SZAPIRO, 2016; SILVA, 2017), isto é, “ele [o médico] se anula enquanto sujeito perante a exigência de objetividade científica. O médico só se autoriza por não ser ele próprio, por *ser ele próprio o menos possível*” (JORGE, 1983, p. 11, grifo do autor). Portanto, o médico – ou qualquer outro que assuma a posição discursiva do mestre – atua e fala a partir da própria instituição, ou seja, ele existe como referência ao saber científico e a anulação das posições subjetivas é consequência da lógica na qual estão inseridos (JORGE, 1983).

Segundo Jorge (1983), a ordem médica pode, assim, ser comparada ao campo

jurídico na medida em que as prescrições médicas podem ser concebidas como equivalentes às sanções legais. A partir do momento em que o sujeito se desvia da norma, ele receberá ordens a serem seguidas para que retorne ao padrão. E é nesse ponto que a psicanálise se afasta radicalmente da medicina, pois a adoção de um imperativo que fixa os sujeitos em posição de submissão torna-se questionamento e motivo de desacordo para aquela, tanto no sentido da cura individual quanto em relação aos poderes públicos. Desse modo, o médico se dirige ao doente como aquele que deve retornar a ser saudável e que, para tanto, deve seguir a razão científica; dirige-se ao homem normal que ele presumidamente era e que deve voltar a ser. Quer dizer, “[...] o Ser, o homem doente, não interessa à medicina, daí o médico não se dirigir ao doente, mas ao futuro homem são” (JORGE, 1983, p. 13). Portanto, o homem torna-se objeto da medicina – no qual se instala a doença – e o médico, o representante do discurso preconizado pela instituição científica (CLAVREUL, 1983).

Concluimos, então, que a função silenciadora do discurso do médico é resultado da lógica da instituição, na qual o profissional e o paciente encontram-se submetidos, perante um saber que se pretende inteiro e resolutivo. Isto indica que o saber do outro é delegado não ao próprio sujeito, mas a uma instância maior, fechada e objetiva em seus próprios signos e sinais. É na medida em que o rigor científico, o saber sobre o disfuncional e a necessidade de cura são determinados por essa prática que é possível compreender as suas repercussões nos sujeitos envolvidos, mesmo que muitas vezes não se deem conta disso.

Sobre isso, recordamos da cena de um homem, internado na terapia intensiva, que se encontrava contido fisicamente devido a um episódio de “agitação e desorientação”, na noite anterior. A prática costuma ser essa: diante de um sintoma, fenômeno ou comportamento que põe em risco as práticas e a segurança física do paciente, age-se conforme o protocolo – como medida de cuidado e, às vezes, literal contenção. No entanto, na manhã seguinte, chamou atenção pois seguia contido no leito, mesmo após a retomada de sua consciência e aparentando estar tranquilo, em silêncio, apenas observando os tantos que circulavam ao seu redor na unidade. Ao ser oferecida a escuta ao paciente, eis que declarou em tom de tristeza e indignação: “pareço um bicho amarrado, parece que *a minha vida é deles*” e concluiu: “mas é isso mesmo...”. Até então, ninguém havia problematizado as amarras (que foram retiradas), seguia-se com a rotina. Ninguém falou nada, nem mesmo o homem parecia ter espaço para falar, em posição de objeto e devendo aceitar as condutas sobre a sua vida, já que estava numa condição que dependia dos cuidados clínicos ali empreendidos. Como Malengreau (1995, p. 89) destaca sobre a rotina na instituição de saúde, “a urgência reclama o uso dos recursos da ciência, e muitas vezes faz passar a intervenção na frente de qualquer outra forma de comunicação”.

Evidenciamos, portanto, que a dinâmica no hospital, sendo urgente frente às demandas do adoecimento orgânico e seguida de protocolos, não confere espaço para a fala e a “desordem” – menos ainda na UTI, onde se costuma lidar com os corpos dos pacientes críticos sedados e não com o sujeito que se manifesta. Certa vez, uma técnica de enfermagem ainda demarcou a diferença entre o adulto e a criança internados na UTI e as suas formas de expressão: “O adulto demonstra de uma forma diferente, através do silêncio, ele cala. E a criança chora”. Talvez a criança consiga fazer mais furos do que o adulto na censura imposta. Também não se podem negar os efeitos da sobrecarga física e mental, que acompanha a jornada de trabalho de tantos profissionais da saúde, em condições precárias e desgastantes, sobre a relação consigo, com o outro e com a própria instituição que silencia a todos.

Por outro lado, a operação analítica privilegia o lugar de não saber para que, a partir deste, o sujeito possa enunciar os próprios significantes de que é efeito (JORGE, 2006). Em dialética ao discurso do mestre (e do médico) que não leva em consideração os significantes do sujeito na construção de seu sintoma, o discurso do analista, no contexto hospitalar, fura os significantes-mestre da instituição e produz novos saberes (ANDRADE, 2019). Esse discurso é o único que permite que o sujeito esteja localizado na posição do outro, localizando-o não apenas como um corpo asséptico, mas um sujeito que sofre e estando o psicanalista na posição de um “mero objeto *a*” (ALBERTI, 2000, p. 46, grifo do autor). Ou seja, “não é pelo saber que ele causa que o sujeito virá a encontrar com seu desejo. O saber não está no comando quando se trata do discurso do analista” (LO BIANCO, 2010, p. 168). Então, essa postura indica que, “[...] ao invés de orientação e conselhos pré-concebidos, o psicanalista busca ir além: na singularidade de cada um” (ALMEIDA, 2011, p. 53), pois é somente a partir da escuta de cada sujeito que ele poderá construir e reconstruir seu lugar diante daquele que fala (CARVALHO, 2011). Desse modo, a partir do trabalho de escuta e condução do tratamento,

[...] oferece-se aos pacientes uma possibilidade de se posicionarem de outra forma. O psicanalista vai oferecer um lugar diferente [do de receptor de informações e seguidor de regras], um lugar onde o sujeito doente (e seus familiares) são escutados e convidados a falar de si, refletindo sobre aquilo que lhes acomete. *Estar num hospital [...] não retira deles as responsabilidades enquanto sujeitos sociais e do inconsciente* (GÓES, 2013, p. 60, grifo nosso).

A presença do discurso analítico na instituição, portanto, exerce uma espécie de recuperação da condição de sujeito por sua consideração pela subjetividade e pelo inconsciente. Os efeitos da psicanálise nos dispositivos de saúde encontram-se ligados à sua interlocução com os demais campos de saber, pois é do modo pelo qual ele responde às demandas a ele dirigidas (sustentando as diferenças discursivas) que é possível recolher os efeitos de seu trabalho como

consequência da instauração do discurso do analista. Portanto, o giro discursivo do discurso do mestre ao discurso psicanalítico na instituição pode ser evidenciado pela “[...] passagem da posição de *compreensão* para a posição de *interpretação* [...] da postura do *sujeito que sabe*, própria do médico (domínio do Mestre) à do *sujeito suposto saber*, lugar do psicanalista” (JORGE, 1983, p. 15, grifo do autor). Azevedo (2018, p. 214, grifo do autor) evidencia sobre a entrada do psicanalista na instituição de saúde:

Embora a Psicanálise tenha encontrado no hospital geral uma possibilidade de trabalho, encontramos-nos muito distantes do discurso que ali opera de forma imperativa. Nossa posição e nosso discurso não estão amparados no discurso médico ou do mestre, não sendo, portanto, o de compreender ou de curar. Buscamos ocupar um lugar que acolha a contingência, o imprevisto, as surpresas, o encontro com o real, possibilitando, assim, a abertura de um tempo de compreender que possa ser marcado pela possibilidade de um instante de ver e um momento de concluir *a posteriori*.

À vista disso, o trabalho em um hospital exige do analista uma escuta sensível a tais entrecruzamentos, tendo em vista que estará diante de demandas diversas e, muitas vezes, excludentes e conflitantes entre si (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018; SILVA, 2017). Estar em um contexto hospitalar – especificando-se aqui para uma instituição que atenda o público infantil – é, então, estar permeado por solicitações da equipe de saúde, dos pais e das próprias crianças. Conforme Almeida (2011, p. 53) aponta, “os personagens envolvidos nessa situação de adoecimento – o câncer, a criança, o médico, a enfermeira, os pais –, representam para cada pessoa um sentido particular na sua realidade psíquica” e é partir desse sentido que podem surgir as demandas.

No entanto, sabemos que estas são disciplinas distintas, e por isso temos a compreensão de que não se trata de um “erro” de um ou de outro discurso, pois assumem a posição que lhe são delegados em sua lógica. Segundo Alberti *et al.* (2008), as diferenças discursivas delimitam campos distintos e os modos de operação de cada um, mas isto, por si só, não é bom nem ruim. Isso não quer dizer que ao propor uma dialética, a partir da presença do discurso analítico na instituição, não se possa pensar em uma maior abrangência dos envolvidos e recuperar sua dimensão subjetiva. E é justamente à medida que o discurso médico “fracassa”, pois não consegue responder por tudo, que se abrem possibilidades para a entrada de outros saberes (SOUZA, 1999). Não se trata de destituir o lugar do saber médico, mas tornar possível a reflexão sobre os efeitos dessa posição não apenas frente à criança doente a ponto de estagnar seus processos criativos e cristalizar sua posição subjetiva, mas também sobre os próprios profissionais que têm sua subjetividade anulada ao agenciar este discurso.

4.2 A instituição de saúde, os discursos e o lugar da enfermagem

Considerando a lógica discursiva da instituição hospitalar, o cuidado em saúde, então, pressupõe o uso de técnicas científicas, atitudes assépticas que visam a precaução diante de doenças infectocontagiosas, a “frieza” do profissional para que suporte situações de “falha terapêutica” e o olhar atento ao corpo doente do sujeito, no qual se inscrevem os sinais e sintomas a serem interpretados e tratados (SOUZA, 1999; VIEIRA, 2016). As ações são moduladas em prol de um ideal de saúde que se busca alcançar e a ordem deve ser mantida para que isso se efetive (LACAN, 1966/2001; VIEIRA, 2016). A exigência de distanciamento do profissional de saúde diante das práticas que serão engendradas, mediante a objetificação das ações e das relações, parece inevitável (JORGE, 1983; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). Por conseguinte, o cuidado torna-se massificado e universal, sem espaço para a produção de um saber que não se inscreva no modelo científico, tanto para o profissional quanto para o paciente (JORGE, 1983; MORETTO, 2019b). Ainda mais, Souza (1999) afirma que o caráter terapêutico do hospital se associa à disciplina exigida neste espaço a partir do controle dos sujeitos que circulam, da estruturação de seu espaço físico e das práticas exercidas. Não à toa, escutamos de uma profissional de saúde: “às vezes a gente parece máquinas, faz o trabalho e sai”.

O hospital também é o ambiente comumente associado à “casa do médico” (MORETTO, 2001), na medida em que se considera que é pelo seu trabalho – ou melhor, pelo modelo de tratamento que se opera a partir da figura e da função do médico – que essa instituição tem a sua identidade firmada. Nesse sentido, o seu funcionamento decorre das práticas e do discurso associados a esse saber, resguardando à medicina o “poder divino” de salvar, curar e dar a vida (SOUZA, 1999). Apesar disso, é sabido que o seu funcionamento não se dá apenas a partir da presença do médico, são necessárias outras pessoas e funções para que o seu fim seja alcançado, como as profissionais de enfermagem. Podemos dizer, inclusive, que os aspectos terapêutico e prescritivo orientados pelo médico, no espaço hospitalar, só são efetivados a partir da prática exercida pela equipe de enfermagem – compondo até mesmo o maior contingente de profissionais de saúde no hospital no Brasil (MACHADO, 2017), embora a lógica institucional mantenha essas profissionais subjugadas à figura do médico.

Segundo o Código de Ética do Profissional de Enfermagem do país (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017), esta categoria profissional é imprescindível aos serviços de saúde para seu funcionamento e sua organização, em seus mais diversos níveis e setores de atuação. Isto é, existem profissionais da enfermagem desde os ambulatórios e os setores de internação hospitalar (que tratam diretamente dos pacientes em vida e também de

seus corpos após a morte) até o setor responsável por transportar os doentes dentro de um dispositivo de saúde e o que trabalha com a esterilização dos materiais utilizados pela equipe de saúde.

No entanto, pela lógica operante neste espaço, segundo pesquisas da própria categoria, o cuidado clínico da enfermagem não está dissociado da ordem médica, mas também intimamente relacionado à cientificidade (VIEIRA, 2016). Souza (1999) inclusive destaca que outros profissionais podem assumir o discurso médico de modo muito mais radical que os próprios médicos. A formação profissional das enfermeiras e a sua prática assistencial parecem arraigadas no que há de técnica, habilidade e conhecimento produzidos a partir do modelo biomédico (SANTOS; JESUS; PORTELLA, 2013; LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015; VIEIRA, 2016; MUSSI; MELO, 2018; BARBOSA *et al.*, 2021). Prioriza-se, então, uma formação baseada na objetividade científica e no endosso à manutenção e à salvação da vida, pela ótica exclusiva da cura. Em seu processo formativo, não há espaço para o que pode ser considerado um contrassenso, que é o estudo da morte, a tanatologia, e dos cuidados paliativos, por exemplo. Disciplinas, estas, que, em sua maioria, são ofertadas de forma não obrigatória nos cursos (DE PAULA *et al.*, 2020). À vista disso, os modos de cuidado são assentados na lógica biomédica, enquanto lugar de verdade e como um processo de proteção do corpo e da saúde, independentemente de outras condições singulares do sujeito (ALMEIDA *et al.*, 2014; VIEIRA, 2016).

Segundo Almeida *et al.* (2014), no contexto da saúde mental, o cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico reduz-se, muitas vezes, ao caráter prescritivo, corretivo e adaptativo. As propostas terapêuticas são guiadas a partir dos padrões de comportamento que devem ser restabelecidos e a escuta do paciente é protocolar, restrita à coleta das informações das evidências e dos sinais disruptivos que serão – idealmente – modelados em seu tratamento, restaurados em sua dimensão desviante. Assim sendo, a prática da equipe de enfermagem nesse modelo fundamenta-se, sobretudo, a um papel de maternagem e/ou de tutela sobre essas pessoas, a partir do qual pouco se contribui para a sua autonomia, pois permanecem em posição de objeto (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015) e menos se fala com o outro, “[...] uma vez que fala por, fala de, em nome de” (ALMEIDA *et al.*, 2014, p. 216) e já se dispõe de um a priori.

Outros estudos evidenciam que as profissionais de enfermagem, em sua função de acolher e assistir os sujeitos que procuram atendimento nos serviços de saúde, cumprem sua tarefa a partir dos modelos de atenção à saúde (VIEIRA, 2016). Não faltam protocolos orientadores sobre sua prática. Quer dizer, o que se escuta dos sujeitos e o que se propõe enquanto cuidado é aquilo que está prescrito para a resolução dos sinais e sintomas

identificados. Obtêm-se as informações não sobre os sujeitos, mas sobre seus sintomas; escutam-se suas palavras em sua literalidade, a partir de uma escuta seletiva, e os dados são apreendidos objetivamente e sem nexos com o que há de singular ao sujeito adoecido (PRISZKULNIK, 2000; ALMEIDA *et al.*, 2014; LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015; MUSSI; MELO, 2018). Trata-se essencialmente do corpo orgânico, pois o que há de história, pulsional e o que não pode ser interpretado a partir dos signos médicos não pode ser escutado, porque não se sabe o que fazer com isso (CLAVREUL, 1983; SOUZA, 1999; VIEIRA, 2016). Ou melhor, não é do discurso que possibilita a construção de um saber pelo próprio sujeito de que aqui se trata, como foi apontado.

Dal Forno e Macedo (2019) propõem que o protocolo é uma ferramenta que parece salvaguardar o profissional de uma experiência de desamparo, quando estabelece parâmetros e orientações para a atuação em situações específicas e promove o distanciamento subjetivo frente à vivência em questão, pela via da objetividade. Trata-se de um instrumento replicável, para todos que são compreendidos nos critérios, e a ser utilizado nas ocasiões pré-estabelecidas. Sendo assim, atendendo à lógica de produtividade, rapidez e eficiência, o profissional fia-se no protocolo e foca em sua tarefa e na técnica requerida, também na busca pela ausência de erros e pelo não envolvimento emocional (ALTENBERND; MACEDO, 2020). No entanto, paralelamente, é na medida em que o profissional estabelece suas intervenções a partir das normas técnicas que ele também se vê confrontado com o que não pode ser abarcado por aquele. Isto é, “essa prescrição, por vezes, mostra-se insuficiente, de onde surge um tensionamento entre não se deixar afetar [subjetivamente] e, paradoxalmente, precisar se colocar como sujeito para poder, criativamente, solucionar os impasses da realidade” (DAL FORNO; MACEDO, 2019, p. 13). Para mais, Moretto (2019b) ainda problematiza o risco do “sofrimento por protocolo”, uma vez que a descrição normativa e funcional do sintoma pressupõe as decisões sobre o cuidado técnico necessário, mas não há o seu reconhecimento singular – nem do paciente nem do profissional que o administra.

Nas áreas da saúde, o saber sobre o corpo orgânico advém das aulas de Anatomia, conhecimento este que se extrai dos cadáveres, de corpos que são fracionados conforme a área de interesse a ser explorada e dissecada. É talvez, também, o primeiro momento em que os futuros profissionais se confrontam diretamente com a morte, com um corpo sem vida, tomado como objeto de estudo e investigação (SILVIA; RIBEIRO; KRUSE, 2009). Ou seja, “[...] a morte biológica é investigada cientificamente na intimidade dos tecidos mortos, em um corpo sem voz e sem identidade” (MONTEIRO, 2017, p. 95). Segundo Foucault (1977), à medida que a experiência anátomo-clínica se apresentou, o olhar clínico do médico penetrou nos corpos

doentes e localizou as alterações em seus órgãos. Logo, o estudo do cadáver permite conhecer a causa da morte e, conseqüentemente, produzir um saber sobre as doenças (PRISZKULNIK, 2000).

Portanto, para a Medicina, o que se inscreve enquanto doença no organismo é o que será localizado nas imagens, nos exames, nos sinais apresentados pelo sujeito adoecido e que fora previamente identificado e classificado nos campos da fisiopatologia e da anatomia patológica. Citando Moura (2016, p. 22), “[...] hoje não se trata mais do humano, trata-se a imagem. A imagem que é patológica e é sobre a imagem que se segue a evolução de uma doença”. Não à toa, o corpo – orgânico – é o objeto, por excelência, de estudo e de cuidado da medicina e “o discurso médico se torna um discurso científico sobre a doença [e sua cura]” (PRISZKULNIK, 2000, p. 13).

No que diz respeito ao diagnóstico na clínica médica, Dor (1991) destaca o interesse deste campo pelos sinais e signos observados no corpo biológico, que resultarão em uma classificação nosológica, indicarão um prognóstico e o tratamento mais adequado àquela disfuncionalidade. Quer dizer, trata-se de uma relação causal entre os sintomas e a doença correspondente (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2014). O corpo do sujeito, por sua vez, recebe destaque e torna-se o foco das intervenções médicas na instituição de saúde, conferindo-lhe um valor superior à fala do paciente (PETRI, 1997). Apesar disso, Lacan (1966/2001) evidencia que o médico é exigido em sua função de cientista fisiologista, no campo biomédico, mas se depara com outros chamados que ultrapassam a prova dos agentes terapêuticos diante das disfuncionalidade orgânica, que é o que o sujeito lhe demanda enquanto doente.

Em contrapartida, para a clínica psicanalítica, o diagnóstico não se encontra referido a uma observação empírica ou ao “olhar clínico” do médico (PRISZKULNIK, 2000), pois se trabalha essencialmente com a palavra do sujeito, privilegiando o dizer ao dito, diante daquilo que é possível de ser registrado a partir de uma experiência subjetiva entre o analisante e o analista; e concebendo a dimensão inconsciente do sujeito (DOR, 1991). Ou seja, “o psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem. O diagnóstico aparece então como estrutural e não mais fenomenológico” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p. 67). É a partir desse referencial que se pode interrogar o diagnóstico mais como uma operação descritiva do analista sobre a fala dirigida a ele do que uma descrição objetiva; refletindo, portanto, na “[...] produção de uma verdade singular e a emergência de uma história única” (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000, p. 67).

Por conseguinte, tal designação também aponta para a distinção entre o sintoma da

medicina e o sintoma da psicanálise, na medida em que o primeiro é definido a partir de sinais que indicam uma disfuncionalidade no organismo que levam à etiologia de determinada patologia (MORETTO, 2001; NICOLAU; BARROS, 2021; SILVA, 2017). Diante desta, a conduta do médico é eliminá-la, curar o corpo do sujeito que se encontra desajustado segundo a norma médica (PETRI, 1997). Já para a psicanálise, o sintoma diz respeito a questões inconscientes que revelam a verdade do sujeito (PETRI, 1997; MORETTO, 2001). Quer dizer, o analista não deve pretender eliminá-lo – nem prometer sua cura ou melhora, não se trata disso (MORETTO, 2001; CARVALHO, 2011) –, mas antes, escutá-lo para que o próprio sujeito simbolize e construa um saber. Logo, o sintoma em psicanálise diz sobre o modo de relação do sujeito com o mundo, é fruto de um trabalho inconsciente, é a resolução de um conflito no aparelho psíquico (FREUD, 1916/2014) – e que tem um sentido para além de uma disfunção que deve ser corrigida. Não compete à psicanálise uma dedução lógica e causal dos fenômenos como nas ciências médicas, pois a causalidade psíquica opera sobre os processos inconscientes, indicando a “[...] inexistência de uma solução de continuidade direta entre uma cartografia dos sintomas e uma classificação diagnóstica” (DOR, 1991, p. 28).

Como exemplo, uma adolescente internada no hospital por “crises convulsivas a esclarecer” causava inquietação na equipe de saúde, pois além de estar sozinha e não dispor de familiares, também apresentava exames inconclusivos para a definição de seu diagnóstico e consequente tratamento. Muitos exames de imagem já haviam sido realizados e muitas avaliações por médicos especialistas, mas as convulsões continuavam a acontecer e, “do ponto de vista médico”, não havia explicação. Suas crises passaram, então, a ser consideradas “fingimento”, “encenação” ou um “sintoma psicossomático”, pela forma como se apresentavam e pela falta de indícios nos exames, assim como a história contada pela paciente foi tida como confusa e fantasiosa. Assim, quando não foi possível responder por seu sintoma a partir do saber médico, a psicóloga foi convocada. E foi a partir da escuta oferecida a essa paciente que se descobriu uma história de abuso sexual sofrido por muitos anos na infância, violências, vivências de perdas da mãe e da irmã gêmea, desamparo sociofamiliar, comportamentos autolesivos e a relação de proximidade com a morte.

Quer dizer, o sofrimento que não pôde ser falado e simbolizado anteriormente, de algum modo, extrapolava e era sentido também em seu corpo. À medida que foi escutada, as crises convulsivas também passaram a ser faladas e a fazer parte de seu discurso, enquanto esteve internada e se endereçava à psicóloga. Ia-se dando contorno ao que era da ordem do traumático. No entanto, seu acompanhamento foi interrompido quando foi transferida rapidamente para um hospital com leitos psiquiátricos após um episódio de intensa

agressividade contra alguns profissionais da equipe (descobriu-se, no dia seguinte, que a paciente apresentou tal “surto” após ter sido contida no leito por um profissional homem, quando tentava controlar uma de suas convulsões). Ainda que tenham tentado estabelecer uma outra relação com a paciente e a sua história, a partir do que passaram a legitimar e a escutar (não apenas ouvir como “encenação”), a equipe de saúde não conseguiu/não pôde lidar com o que não era orgânico, pois “não cabia” no seu saber e não se sabia o que fazer com isso.

Assim, o saber médico, fundamentado no corpo orgânico, encontra um corpo que vai para além desse registro, que é pulsional, libidinal (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014; MORETTO, 2019b), lugar de gozo (LACAN 1966/2001). E na tentativa de fragmentá-lo, separando o sujeito que sofre de sua doença, acaba encontrando um processo de cura que pode não se realizar plenamente (SOUZA, 1999), como efeito da relação entre o que Lacan (1966/2001) discorre enquanto demanda, desejo e gozo. É a partir da dimensão do gozo que o sujeito também pode obter uma forma de satisfação diante de seu mal-estar, mas que, para o discurso médico, trata-se de uma dimensão estranha, que não pode ser considerada enquanto expressão do sujeito desejante (CLAVREUL, 1983). Farias (2007) observa ainda, que o adoecimento, quando restrito ao organismo e não como “assunto do sujeito”, conduz este aos “[...] efeitos do gozo mudo que tende a levá-lo a mais completa deterioração” (FARIAS, 2007, p. 81).

Discutindo sobre essas questões, Moretto (2006) demarca a diferença entre corpo e organismo, em referência aos estudos de Freud sobre a histeria. Evidencia que o corpo, para o sujeito humano, não equivale ao seu organismo, pois este é compreendido como o substrato biológico, corpo objetivado e concebido a partir de suas funções fisiológicas, com o qual a ciência médica se ocupa. Enquanto o corpo, para a psicanálise, é marcado pela sexualidade e pela linguagem, numa íntima relação com a própria constituição da subjetividade humana; logo, em relação com o Outro (PRISZKULNIK, 2000). Sendo assim, segundo Alberti *et al.* (2008), este corpo pertence a um sujeito singular, e se constitui para além do que vemos e percebemos dele, pois só pode ser acessado a partir da fala do próprio sujeito.

Nesta mesma direção, Jorge e Travassos (2018) retomam a discussão aberta por Lacan quando afirma que o discurso da ciência foraclui o sujeito, pois o corpo é tomado como objeto e é isolado da vivência subjetiva e de sua imprevisibilidade. É pela redução da doença ao corpo do doente e o encontro com sua localização anatômica que, no âmbito terapêutico, tudo o que diz respeito à dimensão subjetiva do sofrimento é excluído (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014). Sobre isso, Alberti (2019, p. 7, grifo do autor) ainda destaca que

Ao foracuir o sujeito a medicina, em unísono com a ciência, tenta proteger-se ante o surgimento do inexplicável, por exemplo, da própria resistência à cura de determinado paciente seu. Mas é também por estar avisado do inassimilável, ou seja, de que não pode tudo curar, que o médico às vezes se defende da emergência de todo sinalizador do mal-estar, inclusive o seu próprio.

Por outro lado, “o corpo de que a psicanálise trata – o corpo pulsional – é, pois, diverso daquele abordado pela biologia, a fisiologia e a anatomia” (JORGE; TRAVASSOS, 2018, p. 32). Para a psicanálise, trata-se do que ultrapassa a “carne” e o estritamente biológico (AZEVEDO, 2018; CORDEIRO; MIRANDA, 2020), já que o sujeito humano sobrepuja as leis do organismo e suas palavras produzem efeitos sobre o corpo (AZEVEDO, 2018), ainda que não todo possível de ser decifrado. Segundo Moretto (2006, p. 102), “[...] se sabemos que um médico tem recursos para lidar com a ausculta seletiva dos órgãos do corpo, sabemos que um psicanalista faz a escuta flutuante do corpo de seus pacientes à medida que escuta o seu discurso”. E, quanto a isso, de acordo com Alberti (2019, p. 16), a maior função do psicanalista no hospital é justamente “[...] poder fazer girar os discursos para manter acordados os membros da equipe cujo trabalho é tão fundamental para cada um dos pacientes”.

4.3 O que se faz com o resto?

No encontro com o sujeito adoecido nos serviços de saúde, o saber será sempre não-todo sobre ele, sobre seus sintomas, seu corpo e sobre o que se efetivará enquanto tratamento. Algo ultrapassa os limites do conhecimento científico e expõe aos profissionais de saúde a própria confrontação com o lugar de não saber e de impotência (CARVALHO, 2011). O corpo não é apenas orgânico, enquanto organismo, mas o extrapola (SOUZA, 1999; MORETTO, 2006, 2019b; JORGE; TRAVASSOS, 2018). E não parece possível deter-se apenas ao tratamento na perspectiva “queixa conduta” (BARBOSA *et al.*, 2021). Isso se evidencia quando determinado sintoma não responde à terapêutica proposta, quando um sinal no corpo não é identificado a partir dos exames ou quando uma pessoa doente comparece ao serviço de saúde para seu tratamento, mas não adere ao que é prescrito. Consoante com a proposição de Lacan (1966/2001, p. 10), “[...] no momento em que qualquer um, seja macho ou fêmea, pede-nos, demanda alguma coisa, isto não é absolutamente idêntico e mesmo por vezes é diametralmente oposto àquilo que ele deseja”. Ou seja, o sujeito não deixa de se apresentar a despeito da prática do médico. Ele faz exceção ao universal da ciência (AZEVEDO, 2018) e o estranhamento emerge pela confrontação com esse resto não simbolizável (FARIAS, 2007).

Interessa considerar que, nesse encontro entre o profissional de saúde e o sujeito

que necessita de assistência, a dimensão que transcende a objetividade não passa despercebida pelo primeiro. Quer dizer, o que se espera ver, ouvir e identificar e o que se encontra enquanto limite, um “para além” de suas técnicas, suscita em alguns profissionais o apelo ao profissional “psi” – psicólogo, psicanalista ou psiquiatra – para que entre em cena e dê conta disso. É a partir de um incômodo ou de uma inquietação que o mobiliza ao endereçamento da solicitação a um outro que possa auxiliá-lo, seja para normalizar o que está desviante seja para a construção de um “saber-fazer” com isso. Moretto (2019a, p. 22) considera que “essas dificuldades têm a ver com o adoecimento. É frequente que sejamos chamados pela via do que os profissionais entendem como efeitos traumáticos do adoecimento e do tratamento, numa tendência a se ‘demitirem’ do caso quando as coisas chegam nesse ponto”. O encaminhamento protege o profissional do estranhamento de se “pôr em contato” com o outro e com sua angústia, por isso um caso pode ser encaminhado a outra equipe e a outra, ficando “[...] à deriva, derivado para sempre” (ONOCKO-CAMPOS, 2005, p. 580). Segundo Carvalho (2011, p. 35),

O psicanalista no hospital normalmente é convocado pela equipe para responder a algo que embaraça a terapêutica. Quando a equipe médica se dá conta de que há elementos decisivos na condução do tratamento que remetem à história pessoal de cada paciente, tal equipe sente-se impotente e abre espaço para a atuação do psicanalista no hospital.

Alberti *et al.* (2008) também problematizam essa questão ao apontar os caminhos para os encaminhamentos aos profissionais que poderão responder aos impasses gerados no saber médico, assim como sinalizam os riscos de um “mal encaminhamento”:

[...] no momento em que não se sabe a natureza do mal, porque não se sabe em que lugar do organismo há um problema, a ordem médica pode lançar mão de outros discursos que não o da medicina ou, pode decidir que o problema deve se adaptar a ela. É na tensão dessas duas posturas que surgem as questões de encaminhamentos e de dispersão [como uma prática fragmentada e de especialismos] (ALBERTI *et al.*, 2008, p. 43).

Assim, na direção do que se observa – e, particularmente, no âmbito das teorias e dispositivos de tratamento –, Vorcaro (1999) indica que, esquecendo-se da tensão entre o singular e o universal, privilegia-se o particular que cada teoria oferece, o que passa a determinar uma clínica que tenta bloquear o desconhecido e não reconhece a singularidade daquilo que se apresenta. A autora afirma, ainda, sobre a prática biomédica e a posição do singular a cada sujeito:

[...] os sinais patológicos confundem a urgência de cuidados médicos/reeducativos com o esquecimento do sujeito. O sujeito evanescente que aí comparece lateralmente é, em tais situações, efetivamente apagado através da medicalização, da ajuda samaritana, ou da reeducação de funções (VORCARO, 1999, p. 112).

O olhar para o orgânico precisa ser considerado, certamente. Muitos foram os avanços e as possibilidades de vida após os estudos anátomo-clínicos e o advento das tecnologias na área da saúde. Inclusive discutimos, aqui, a presença e a articulação entre distintos campos teóricos e clínicos. A questão é, como, pretendendo a cura e/ou a reabilitação, determinadas práticas estão sendo empreendidas partindo-se do puro olhar sobre o corpo afetado, sem admitir os efeitos da doença no psiquismo do sujeito, e vice-versa. Ou seja, esquece-se que há um sujeito em questão.

De acordo com Ansermet (1998/2014, p. 2), no campo da medicina, o apelo à psicanálise decorre de “[...] um ponto de perplexidade, de estranheza, por vezes de horror, resultante do confronto com novas formas de gozo, versão moderna do mal-estar na civilização”. E é também em referência a esse chamado que Luaces e Somoza (2004, p. 66, grifo do autor, tradução nossa) destacam e interrogam: “sempre é demanda de um ‘suposto saber’ que aliviaria um mal-estar. Mas o mal-estar é de quem? Qual mal-estar?”⁴. Quer dizer, revela-se aí, inclusive, o que há de angústia para o próprio profissional nessa confrontação com o “não saber” (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018) e com o que há de imprevisível nos acontecimentos vividos no corpo (CORDEIRO; MIRANDA, 2020).

Logo, isso que se manifesta como incômodo a partir do que pode se presentificar como insubordinação do paciente ou enquanto enigma ao saber científico, geralmente, não tem espaço, é “resto”. Trata-se daquilo que não se resolve com a terapêutica disponível pela objetividade científica sendo, portanto, sem valor (VIEIRA, 2016), nem com o que se configura como demanda do doente (LACAN, 1966/2001). De acordo com Vieira (2016, p. 26),

O resto comparece na Atenção à Saúde através de demandas que instituem furos no conhecimento que sustenta suas práticas. As tentativas de nominá-lo ou de apreendê-lo teoricamente como uma patologia ou como um desvio da normalidade reiteram a sua exclusão do cenário assistencial.

Os profissionais, então, percebem a insuficiência do saber científico ao reproduzirem as operações em torno do que está predefinido e constatarem um resultado insatisfatório, longe do ideal de saúde almejado. O que é próprio do sujeito insiste em comparecer e não cabe no que está prescrito (AZEVEDO, 2018). Em contrapartida, outras formas de conhecimento que não o que é proposto pela ciência moderna também sobra, são rechaçadas, pois diferem da lógica que opera a partir dos universais e das leis gerais sobre os

⁴ “Siempre es demanda de um ‘*supuesto saber*’ que aliviaria um malestar. Pero ¿el mal estar de quién? ¿Cuál mal estar?” (LUACES; SOMOZA, 2004, p. 66).

fenômenos – a não ser que sirvam para uma adequação ao saber biomédico. Isto é,

Esta exclusão marca a racionalidade cartesiana que opera negando tudo aquilo que não pode se submeter a uma explicação no plano da cientificidade. Sempre que algo escapa das intervenções técnico-científicas do campo da saúde e permanece fora da sua lógica explicativa, é reconhecido como uma barreira à saúde plena, à cura total ou ainda ao alívio dos sintomas. (VIEIRA, 2016, p. 66)

Ainda nesse sentido, Alberti *et al.* (2008) discutem que é também por essa tentativa de dar conta da desordem sem resposta médica aparente, que os encaminhamentos aos “especialistas competentes” podem acontecer. Mas, como indicado, não sem riscos, pois à medida que outros saberes são convocados, a submissão ao cientificismo pode entrar em cena e:

[...] divide [o sujeito encaminhado] e o fragmenta a partir das diversas especialidades, sem que estas se articulem num trabalho interdisciplinar, no qual a cooperação entre os profissionais partiria da singularidade da intervenção de cada um. Por alguma razão a ser ainda identificada e verificada, no lugar de uma interdisciplinaridade entre os saberes sobre a clínica, uma interação em torno das diferentes abordagens clínicas, a tendência é o especialista se estagnar em sua posição, reforçando cada vez mais a dispersão do tratamento, como numa esquizofrenia da instituição (ALBERTI *et al.*, 2008, p. 48).

Por outro lado, para a psicanálise, é justamente a dimensão do que escapa à racionalidade científica, não toda conhecida, a que interessa aos analistas e com a qual se pode operar e produzir. É o fio condutor para o tratamento psicanalítico, como ressaltam Cordeiro e Miranda (2020), pois diz do que é inconsciente ao sujeito, causa de desejo, que não é possível de ser protocolado, mas sim escutado em sua singularidade. Parece haver algo de “infamiliar” (FREUD, 1919/2019) que irrompe e que os profissionais parecem não (querer) saber, próprio do discurso imperativo que rege a instituição hospitalar (SILVEIRA; FEITOSA; PALÁCIO, 2014). Segundo Moretto (2001, p. 74), “a ordem médica se funda no recalque da subjetividade, então aqui não estamos falando de um desconhecimento de quem não sabe, mas trata-se de um desconhecimento de quem não pode, não quer saber”. Isso anuncia, então, modos de lidar diferentes com o resto, com o que Vieira (2016) articula que tem a ver com o que é da ordem do Real, no campo da saúde e a partir da psicanálise.

Lacan (1974-1975) desenvolve, em sua formulação sobre os três registros psíquicos (Real, Simbólico e Imaginário), que o Real corresponde àquilo que não pode ser totalmente simbolizado. Sempre haverá algo que escapa, uma sobra, devido à própria estruturação da linguagem e a insuficiência da palavra. E é também a partir desse resto que se decanta a verdade do sujeito, causa de desejo inconsciente, e, portanto, lugar de produção de saber e movimento. Segundo Jorge (2010, p. 10),

para Lacan, a realidade é simbólico-imaginária, é uma construção eminentemente fantástica que, para cada sujeito, faz face ao real inominável. Mais essencialmente, a concepção lacaniana do real está ligada ao impossível em jogo na relação sexual, e a fantasia é, em suma, fantasia de relação sexual. Lacan define o real de diferentes modos, mas em todos eles o que importa é seu caráter evasivo ao sentido. Ele é puro não-sentido, ao passo que é precisamente o sentido que caracteriza o imaginário, e o duplo sentido o que caracteriza o simbólico. O real é “o que é estritamente impensável”, é o impossível de ser simbolizado; o real é, por excelência, o trauma, o que não é passível de ser assimilado pelo aparelho psíquico, o que não tem qualquer representação possível. Por isso, o real é também aquilo que retorna ao mesmo lugar, já que o simbólico não consegue deslocá-lo, e o ponto de não-senso que ele implica se repete insistentemente enquanto radical falta de sentido.

À vista disso, a psicanálise não oferece respostas universais, partindo do que é comum para privilegiar o singular, pois convoca o sujeito a deslizar por sua cadeia significante e a assumir a sua posição desejante (VIEIRA, 2016; MORETTO, 2019b). Levando em conta o que Ansermet (1998/2014, p. 1) destaca: “a clínica psicanalítica procede da experiência da singularidade como tal. O saber sobre o qual ela se funda é, com efeito, o próprio do sujeito. Ele deve ser extraído mais do que aplicado”. Quer dizer, também se evidencia a distância entre a operação analítica e o campo biomédico a partir da convocação deste pelo universal, mas o único modo de resposta daquela pela via do particular e pela consideração do não todo possível de ser assimilado e simbolizado.

4.4 A equipe de enfermagem e as suas “confrontações”

Considerando então esse cenário, entre o legitimado e o rechaçado cientificamente no contexto hospitalar, sabemos que a equipe de enfermagem, principalmente as técnicas e as auxiliares, é a que se ocupa do cuidado mais próximo e do contato diário com os doentes, pois sua prática envolve a medição dos parâmetros vitais, a administração dos medicamentos, o auxílio nas práticas de higiene e de alimentação e até o preparo dos corpos quando o paciente morre. De acordo com Kovács (2010, p. 424),

[...] a enfermagem [também] acaba tendo um contato mais constante com os familiares que acompanham o paciente e que estão vivendo situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda do ente querido. Buscam respostas, querem confirmação de sua esperança, e em razão destas demandas podem sobrecarregar ainda mais a equipe, que já conta com uma intensa quantidade de funções a desempenhar. Essa sobrecarga é decorrente de vários fatores: complexidade das tarefas a serem cumpridas, número insuficiente de profissionais disponíveis, alterações nas escalas de plantão, grande número de pacientes nas unidades.

Destarte, são essas profissionais que se defrontam, muitas vezes, com aquilo que não está compreendido nos protocolos ou na sintomatologia das doenças, que é a história dos

sujeitos. Frequentemente, a equipe de enfermagem se situa até mais próxima e conhecedora da história dos sujeitos, pela relação que estabelecem no contato diário, que os próprios psicólogos da instituição, já que não estão todos os dias em seus leitos. Sabem o dia de seu aniversário (e organizam comemorações), sobre suas relações familiares e sobre seu sofrimento. Considerando uma sutil diferença nessa confrontação com a subjetividade do paciente, o médico, rotineiramente, logo encaminha o caso ao psicólogo, por sua vez, há profissionais da enfermagem que se antecipam à chegada do profissional psi pela relação construída: “já conversei com ele”, “tava chorando muito e fui lá conversar”, “tão difícil o que ele está passando” e “ele tá assim porque não recebeu visita hoje”. É, portanto, a partir da relação com o outro e com sua narrativa singular que as técnicas de enfermagem podem se deparar com o impasse sobre o que se escuta e qual o seu “destino”. Quer dizer, elas firmam sua prática no que é preconizado enquanto demanda institucional, nas políticas de saúde e na própria estruturação dos modelos de cuidado clínico (VIEIRA, 2016), mas também se confrontam com o que não se responde por prescrições médicas.

Logo, não é incomum que os pacientes e/ou seus acompanhantes na instituição hospitalar estabeleçam relações de proximidade com aquela profissional de enfermagem que diariamente realiza visitas ao seu leito e exerce suas funções de cuidado – funções estas que alguns consideram maternais e primordiais (TELLES, 2006; BALDO, 2011). Nem o contrário, a profissional que se identifica e se envolve com o outro que necessita da sua assistência. Há uma interação física, necessária, a partir das intervenções de sua prática, mas também afetiva e sensível, que se revela no modo de endereçamento entre os sujeitos (TELLES, 2006). E é justamente a partir dessa proximidade “inevitável” que o incômodo pode se apresentar, pois parece que essas profissionais se confrontam com a dimensão que não pode ser escutada pela via da prática científica – que inclusive não diz apenas do outro, mas também de si. E as respostas a esse encontro são as mais diversas. É curioso, por exemplo, quando uma profissional, na relação com aquele de quem cuida demasiadamente, espera reciprocidade e reconhecimento por toda sua “doação” deliberada. Fazem “tudo” e, ainda assim, não recebem o que esperavam em troca – mesmo que não saibam exatamente do que se trata nessa retribuição.

Talvez seja por isso que, no contexto dos serviços de saúde, haja o constante alerta para que os profissionais não se envolvam emocional e afetivamente com os pacientes e sua família – e, conseqüentemente, com suas histórias –, para não comprometer seu trabalho (MONTEIRO, 2012; MORAES; GRANATO, 2014; VIEIRA, 2016; MARTINS *et al.*, 2022). Já que, como indica Vieira (2016, p. 184), “[...] seguindo esta orientação, a sua história de vida

é tida como desnecessária para a produção do cuidado, principalmente se suas demandas não forem localizadas no corpo à luz do saber biomédico”. Assim sendo, a indicação à enfermagem – desde a sua formação – é de que também não se atenha ao que é recusado cientificamente (KOVÁCS, 2010), como uma demanda de objetificação dos modos de cuidado e de sua relação com o outro, pois há uma função nisso. Para mais, Altenbernd e Macedo (2020, p. 26, grifo nosso) ressaltam os efeitos da objetivação também sobre si, enquanto profissionais, ao assumir essa posição:

[...] parece haver uma idealização e consequente expectativa social, e institucional, sobre o desempenho do profissional de Saúde, mediante a cobrança de não se deixarem afetar pelas vivências do trabalho, como garantia de objetividade e de assertividade no manejo técnico. Dessa exigência pode derivar o entendimento de que *o profissional de Saúde não deve se deixar afetar pelas intensidades de sua atuação, tornando desnecessárias as práticas voltadas ao seu próprio cuidado.*

Discutimos, então, sobre a “necessidade” do distanciamento das profissionais com os pacientes como solução para a não afetação em sua vida pessoal diante do sofrimento do doente (MARTINS *et al.*, 2022), “é preciso frieza” (MONTEIRO, 2012, p. 249). Também não podem se apresentar como sujeitos fragilizados, pois determinadas práticas da assistência seriam consideradas inadequadas (ALMEIDA *et al.*, 2014). E alguns autores ainda destacam a ambiguidade que atravessa o seu trabalho, entre o sofrimento e o prazer (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999), evidenciando, assim, o que Vieira (2016) destaca: a profissional de enfermagem não está imune às identificações, ao lugar de quem pode sofrer e angustiar-se, pelo saber no qual ampara a sua formação e a sua prática. Isso quer dizer que a realidade psíquica do sujeito que cuida também se enlaça com o que emerge na relação com aquele que demanda cuidados (BALDO, 2011), mesmo porque

[...] a circunstância de ser enfermeiro é precedida pela condição de ser sujeito da linguagem, aquele que lida com o seu desejo e com uma sobra que não pode ser simbolizada. Logo, ele também é causado por um resto indizível que pode comparecer nos cenários de cuidado causando-lhe angústia, provocando evitações, ou levando-o mesmo ao *furor curandis* na tentativa de salvar o outro a qualquer custo (VIEIRA, 2016, p. 193, grifo do autor).

Por conseguinte, não são poucas as pesquisas que discorrem sobre os efeitos do trabalho sobre as profissionais de enfermagem. Desde uma perspectiva laboral, relacionada à estrutura física e ao modelo de cuidado à saúde preconizado, até às “reações emocionais” emergentes a partir da relação com o doente. E ainda, o entrelaçamento dessas dimensões, que conduz a categoria a um lugar de desgaste físico e mental, muitas vezes. Logo, a sobrecarga de trabalho e o excesso de exigências, a precarização, o baixo reconhecimento e a falta de apoio

ao profissional, o ambiente físico com infraestrutura inadequada, o subdimensionamento de profissionais, as relações interpessoais entre pacientes, família e equipe e a morte de pacientes são possíveis fatores geradores de sofrimento psíquico às profissionais de enfermagem (SHIMIZU; CIAMPONE, 1999; MONTEIRO, 2012; LIMA *et al.*, 2014; ROSA; QUIROGA, 2019; ALTENBERND; MACEDO, 2020). Não à toa, discute-se sobre a fadiga por compaixão – quando o cuidar do outro de forma empática envolve um “custo”, causando sofrimento no profissional justamente por lidar intensamente com o sofrimento alheio – e o adoecimento laboral por *Burnout* – exposição crônica a estressores no ambiente de trabalho, acarretando a exaustão física e emocional, a despersonalização e a falta de realização pessoal. Logo, o profissional adoecido situa-se diante dos seus limites ultrapassados enquanto demanda institucional, precarização no trabalho e o que se deixa submergir pelos afetos desencadeados na relação de proximidade com os pacientes e seus familiares (BORGES *et al.*, 2019; BATALHA *et al.*, 2020).

Ademais, fala-se da exaustão de um trabalho que é técnico, apoiado no modelo biomédico – que por sua vez responde às exigências cientificistas e capitalistas contemporâneas –, e que entra em conflito com a tradição humanística e de ideal altruísta na qual se alicerçou a enfermagem historicamente. A premissa atual é de um trabalho padronizado, rápido e eficaz, e, se possível, “humanizado”. Há quem, inclusive, nomeie como “descuidado” o produto deste modelo assistencial, cujo corpo orgânico doente é privilegiado como objeto de trabalho, o processo é fragmentado e visa-se a produtividade (MUSSI; MELO, 2018). Quer dizer, frente a esse imperativo, a profissional de enfermagem fica de fora, pois não pode comparecer subjetivamente, mas é convocada diariamente por aquele de quem cuida. Mas então, como responder a esse chamado sem que sua prática seja “prejudicada” do ponto de vista “operacional”? Aliás, há uma resposta (certa) possível? E os efeitos disso no outro (e em si)? Talvez aí que se apresente o impasse entre o “profissional” e o “pessoal”, como elas dizem.

É, então, frente a essa experiência, por vezes angustiante, que se reconhece o limite do saber biomédico na relação com o outro, mas não se pode fal(h)ar. O dilema se situa entre o que se exige da profissional de enfermagem e o que emerge enquanto singular. Altenbernd e Macedo (2020, p. 16, grifo do autor) ressaltam que é justamente esse o desafio: “[...] conciliar a técnica ‘ensaiada’ e o improviso na *performance* a ser criada no singular contato com o paciente”. Portanto, conforme Rosa e Quiroga (2019, p. 43, grifo do autor) destacam, “assume-se que a experiência do ato de cuidar está para além do *cogito* cartesiano, envolvendo aspectos da subjetividade que o próprio sujeito desconhece em si mesmo”. Percebemos que aquela lógica não dá conta do que se apresenta em sua prática, no encontro com o outro de linguagem e com

sua história, pois algo sai do previsto nos protocolos e desvela um outro lugar. Nesse sentido, estudos (SILVA; KIRSCHBAUM, 2008; ALMEIDA *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014; LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015; VIEIRA, 2016; PINTOR; TOLEDO; GARCIA, 2018; BADIN; TOLEDO; GARCIA, 2018; BARBOSA *et al.*, 2021) revelam que há quem se inquiete e busque um “saber-fazer” com isso, recorrendo a outros saberes que possam melhor conduzi-los em sua prática. Ou melhor, diante do Real, produzem-se saídas.

4.5 A clínica do sujeito e a clínica ampliada no Sistema Único de Saúde (SUS)

O resgate da subjetividade no campo da saúde pode, então, ser pensado a partir de algumas construções teórico-clínicas, com a entrada de psicólogos e psicanalistas nas instituições, com o advento da Saúde Coletiva no contexto do SUS, na década de 1970, e com o reconhecimento de profissionais ao que se tenta excluir, que é o próprio sujeito.

A constituição teórica da Saúde Coletiva vai em contraposição à perspectiva vigente da Saúde Pública mediante a introdução das ciências humanas no campo da saúde e a ruptura com os discursos biologizantes e universalizantes. Passam a ser consideradas as relações do sujeito com o seu corpo, com os outros, com as práticas sociais, com as instituições e com a dimensão histórica, imprimindo-se uma noção crítica que busca destacar as dimensões simbólica, ética e política da saúde e relativizar o discurso biológico. Segundo Birman (2005, p. 14),

nessa perspectiva, a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde.

Sobre a entrada da teoria psicanalítica neste campo, Moretto (2019a) destaca que ela trouxe importantes contribuições que propõem colocar em cena os sujeitos adoecidos e os trabalhadores, mediante a produção “[...] de estratégias que apostam na construção de relações cujos valores norteadores são o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva na gestão e nos processos de promoção de saúde” (MORETTO, 2019a, p. 21). E, ainda:

A concepção freudiana de saúde [...] ao integrar corpo e psiquismo, se distancia da clássica oposição saúde-doença e de qualquer perspectiva normativa para a definição das mesmas, remetendo-nos, para isso, necessariamente, às dimensões socioculturais da existência individual, priorizando o modo singular pelo qual uma pessoa estabelece

relações como elemento essencial para a caracterização de sua saúde (MORETTO, 2019b, p. 51).

Aliás, conforme também preconizam as diretrizes do SUS, não se pode reduzir os sujeitos a classificações diagnósticas e a recortes burocráticos. É a partir desse ponto de articulação que se apresenta o valor de referência e orientação do pensamento freudiano aos profissionais da saúde interessados em uma prática distinta do cientificismo predominante (MORETTO, 2019b).

À vista disso, o que se evidencia na experiência institucional e em diversas pesquisas da área é que o cuidado das profissionais de enfermagem conta com particularidades que parecem fazer frente à ordem médica, em alguma medida. Nesse sentido, o interesse pelo referencial psicanalítico, por exemplo, aparece em sua prática, no âmbito do cuidado clínico com os sujeitos com que se depara, na busca por “[...] outras possibilidades de abordagem daquilo que sobra do processo de cientificização” (VIEIRA, 2016, p. 23). Parece haver a preocupação em se aproximar de um outro discurso que possa subverter a lógica objetivante, possivelmente pelo próprio reconhecimento daquilo que fica de fora enquanto “resto”, a subjetividade dos sujeitos. Ou seja, como tentativa de ir além da concepção tradicional da saúde de supor um sujeito cartesiano e plenamente consciente de seu sofrimento e possibilitar a construção de um saber sobre o sujeito que não lhe seja instrumental e externo, mas relacionado ao que há de singular neste outro que demanda o cuidado (VIEIRA, 2016). E, ainda, como uma “[...] proposta de utilização da teoria [psicanalítica] e do método como possíveis operadores necessários à compreensão do humano” (SILVA; KIRSCHBAUM, 2008, p. 487).

Autores também destacam que, normalmente, a “escuta terapêutica” requerida na saúde mental se desenvolve mais como coleta de informações sobre as necessidades do outro do que com sua condição de sujeito do inconsciente e protagonista na produção de seu sofrimento e de seu cuidado (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015). Em contrapartida, a partir da aproximação com a psicanálise, trata-se de produzir um espaço para o sujeito e para seu sintoma, preconizando a relação transferencial e a partir da qual um saber sobre seu desejo pode ser produzido. Pintor, Toledo e Garcia (2018) ainda discutem que a clínica da enfermagem na saúde mental pode, a partir da escuta orientada pelos fundamentos da clínica psicanalítica, possibilitar a circulação da palavra do sujeito, resultando na construção de seu projeto terapêutico singular e contribuindo com um “fazer diferente” da lógica biomédica instituída. Quer dizer, reconhecer o sujeito do inconsciente e sua condição de sujeito dividido, considerando a escuta não mais protocolar, mas singular, para que aquele esteja implicado em seu processo de adoecimento (VIEIRA *et al.*, 2014; PINTOR; TOLEDO; GARCIA, 2018).

Desse modo, levando em conta as contribuições psicanalíticas, consideramos que articular o processo de enfermagem no cuidado ao paciente a partir da relação transferencial pode provocar “[...] uma mudança de posição para o enfermeiro” (BADIN; TOLEDO; GARCIA, 2018, p. 2291), à medida que este passará a não mais ser o detentor de saber sobre o sofrimento do sujeito. Conseqüentemente, o paciente será convocado a falar e a produzir uma nova relação com seu sofrer. Moretto (2019a) inclusive destaca o caráter apaziguador desta mudança de posição, ao não conferir toda garantia de saber e resolução à equipe e incluir o sujeito em seu processo de adoecimento e responsabilização por seu sintoma. Isto é,

[...] não há garantia, nem na ordem médica, nem na nossa [psicanalítica]. Parece que analisar os problemas, incluindo a dimensão inconsciente, marcando a presença de um sujeito singular, tem como efeito imediato livrar o médico de seu esforço para a doutrinação do paciente. O que há é a possibilidade de construção de decisões compartilhadas, onde cada um, profissionais e pacientes, se responsabiliza tanto pelo que sabe, quanto pelo que não sabe também (MORETTO, 2019a, p. 95).

No entanto, conforme Almeida *et al.* (2014) destacam, admitir a entrada do discurso analítico nas instituições de saúde não se trata de negar as contribuições do modelo biomédico na assistência, nem mesmo seria possível implantar um serviço em total oposição a este, mas destacar a importância de levar em consideração também os significantes do sujeito na construção de seu sintoma e não o conceber apenas a partir da dimensão orgânica e objetiva. Ainda mais porque, para a psicanálise, o que é da ordem do resto e é rechaçado por outros discursos pelo horror que causa é, na verdade, intrínseco à própria existência. Mais do que eliminado, este mal-estar pode ser “contornado” (VIEIRA, 2016). Segundo Moretto (2019a, p. 22),

os conceitos da Psicanálise têm sua função quando um profissional da saúde resolve, de fato, se ocupar da análise das relações das pessoas com os fatores determinantes (ou não) de sua saúde, interessado em entender, inclusive, o processo de tomada de decisão de pessoas com relação ao seu estilo e às suas condições de vida.

Logo, propõe-se a ampliação do olhar da enfermagem sobre as urgências que não estão expostas apenas no corpo daquele que sofre e uma intervenção que não se limita a protocolos e ao recurso químico, mas também baseada na escuta da singularidade e em sintonia com os determinantes sociais da saúde coletiva (BARBOSA *et al.*, 2021). Isto é, a produção de um cuidado clínico preocupado com a escuta do paciente em suas expressões de sofrimento, angústias, tropeços, realizações, no uso da medicação, na relação com seu corpo, entre outras; não apenas a partir de um formulário pré-definido (ALMEIDA *et al.*, 2014; VIEIRA *et al.*, 2014; BARBOSA *et al.*, 2021).

Portanto, ao que se apresenta e é anunciado nos estudos – a disponibilidade para a escuta do outro – para além da literalidade de seu discurso, propicia ao trabalho da enfermeira um outro fazer que não apenas o regido pela dimensão biológica. Mesmo porque, no contato com os sujeitos adoecidos, algo se revela enquanto “não só orgânico” e há quem se interesse por isso também. Para umas, é possível que a saída diante desse encontro seja “não querer saber”, “não escutar”, “não dizer respeito ao seu trabalho”, “não ser seu objeto de estudo” e por isso delega-se a um outro para tratar dessa dificuldade. Para outras, pode ser justamente o confronto e o estranhamento que causam inquietação e demanda de saber, como já mencionado.

Viganò (2007) ainda destaca que o saber-fazer da enfermeira requer um saber prático, que não é ensinado na teoria, mas “aprendido” na relação com o outro de quem cuida. O autor ressalta essa compreensão quando fala do trabalho das enfermeiras com os sujeitos psicóticos, mas parece ser uma formulação que pode ser deslocada para os hospitais gerais, pelo lugar que essas profissionais passam a ocupar para muitos sujeitos adoecidos e suas famílias. Ou seja, o seu trabalho não demanda apenas competência técnica, mas, segundo propõem Moretto e Prizskulnik (2014, p. 294), a apropriação desse lugar tem a ver com a “[...] relação que cada membro da equipe guarda com a sua própria subjetividade”, bem como com a condição de assumir essa outra posição diante do imperativo biomédico – situadas menos no discurso do mestre e mais naquele que propicia a construção de um saber. Não é uma posição fácil nem sem consequências, como será discutido posteriormente.

Interessa demarcar que admitir a circulação da palavra dos sujeitos nos dispositivos de saúde mental parece ser mais possível do que nas instituições hospitalares, onde o cuidado ao organismo fica em maior evidência. Ainda que se reconheça a mesma lógica que subjaz o funcionamento dos dois espaços, na saúde mental pressupõe-se que há um “subjetivo” em jogo, quando nos hospitais o corpo biológico é que está em cena. Isso porque, de acordo com Silveira, Feitosa e Palácio (2014), a psiquiatria se origina para ocupar-se da vertente psíquica das doenças, apesar de também tentar explicar a “doença mental” pela via orgânica. Nesse sentido, mais uma vez a confrontação com o singular entra em questão para os profissionais de saúde que atuam no hospital e escancara que “[...] a subjetividade conduz para o afastamento das ideias racionais” (ALMEIDA *et al.*, 2014, p. 214) e nem sempre se sabe o que fazer com isso.

No entanto, consideramos que a aproximação da enfermagem com o discurso analítico produz um deslocamento daquilo que é próprio do discurso médico a partir da operação de um outro lugar e, ao mesmo tempo, parece responder às inquietações evidenciadas no trabalho realizado pelas enfermeiras na relação com o outro. Por exemplo, quando a profissional de enfermagem auxilia na condução do caso de determinado paciente que provoca

inquietações e apresenta recusas, pela relação de transferência estabelecida com o sujeito e pela possibilidade de acessá-lo, subjetivamente. A partir de então, é possível produzir um novo saber e elaborar seu plano de cuidados – que considerou o sujeito doente, mas também a profissional envolvida e o que foi possível produzir com o outro. Sobre isso, Almeida (2009, p. 8) ainda acrescenta,

[...] não se trata de fazer do enfermeiro um analista. Isso nem mesmo seria possível dessa forma. Mas mesmo assim, há aí uma contribuição, no momento em que se começa a entrar na ética do “um a um”, na consideração do “caso a caso”. Dessa forma, exerce-se uma verdadeira “clínica do sujeito”, onde o que importa é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade.

É a partir da concepção da clínica do sujeito, do reconhecimento do um a um, que profissionais da enfermagem também apostam em seu cuidado e na relação que estabelecem com as pessoas de que cuidam de forma contínua e proximamente, inclusive demarcando diferenças em relação a outros profissionais da equipe de saúde. Não é uma escuta analítica nem puramente biomédica, mas parece haver uma articulação entre a clínica do sujeito e a proposição da clínica ampliada da saúde coletiva. Entendemos que essa produção de cuidado pela enfermagem é uma construção única e que se evidencia em muitas experiências institucionais. É interessante que as profissionais da enfermagem percebem a especificidade (e os desafios) de seu trabalho e que também podem “cair” na lógica da padronização do cuidado, dos protocolos e da “linha de produção” (CAMPOS; AMARAL, 2007) – mesmo porque há uma função e é um lugar mais “cômodo”, sem envolvimento, como foi discutido.

Quanto a isso, Campos e Amaral (2007, p. 850) problematizam que

a singularização do atendimento clínico somente será possível mediante um esforço particular de cada profissional diante de cada caso específico. Um pré-requisito para que haja possibilidade dessa abertura dos profissionais ao imprevisto e à variação regular da vida cotidiana é a existência de certo grau de autonomia durante o trabalho clínico.

No entanto, pela própria constituição da instituição médica, nem sempre parece haver um lugar de autonomia para a profissional de enfermagem, pois fica subjugada ao saber médico. Apesar disso, em seu trabalho clínico, são elas as profissionais mais atuantes diretamente no corpo do sujeito doente e no contato diário com este e com suas vulnerabilidades (psíquica, social, familiar, orgânica e econômica), o que garante um lugar “privilegiado”, mas que também tem suas consequências.

Ademais, a intensa especialização dos profissionais e a fragmentação do processo terapêutico acarretam a multiplicidade de pessoas envolvidas em um mesmo caso e,

consequentemente, a fragmentação do sujeito (CAMPOS; AMARAL, 2007) e a “[...] desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado” (BRASIL, 2009, p. 16), pois cada parte do corpo é delegada a um saber especializado. É comum ouvir quando um novo profissional entra em cena para avaliar o paciente e questiona “de quem é esse paciente?”. Questiona-se quem foi o médico que solicitou a avaliação especializada e, ainda, indica uma desapropriação do sujeito doente sobre si mesmo, ele não é “dono de si”, mas pertence a um outro que sabe mais e melhor sobre ele. Trata-se da relação instituição médica-doença, como foi abordado anteriormente a partir de Clavreul (1983). De acordo com Monteiro (2017, p. 94), “as especialidades multiplicaram-se, e cada uma tomou para si um ‘fragmento’ corporal. Atualmente, existem também as subespecialidades, que subdividem o corpo em áreas ou funções cada vez mais restritas”.

De outro modo, com a equipe de enfermagem isso não costuma acontecer, pois, geralmente, são as mesmas profissionais que cuidam do paciente durante toda a internação naquele setor, não há essa fragmentação. Inclusive, o que se escuta é a técnica de enfermagem referindo-se ao “*meu bebê*”, “*meu paciente*” e “*não mexam na minha criança*”. Num primeiro momento, também parece indicar um lugar de “posse”, mas o que se descobre, muitas vezes, é o lugar da maternagem e do cuidado, justamente pela relação e pela identificação que podem se estabelecer. Acerca disso, Campos e Amaral (2007) discutem que a clínica ampliada se baseia no vínculo estável entre paciente e equipe de saúde e na responsabilização singular, considerando o profissional de referência um importante agente de (re)construção dessa clínica.

À vista do que foi discutido e aprofundando nas questões aqui apresentadas sobre a experiência com a singularidade e, portanto, com o que não é explicado pelo saber médico-científico, o que dizer, então, da experiência das profissionais que trabalham em setores onde a morte aparece de forma tão manifesta, como a terapia intensiva? Onde a urgência é evidente e a “frieza” e a objetividade parecem necessárias para lidar com o que há de mais “cru” no ser humano, que é o seu organismo gravemente doente e o sofrimento do outro escancarado. Para mais, constatamos, também, que a função da profissional de enfermagem “exige” a proximidade e o contato diário com aquele que padece – muitas vezes reconhecendo-se o sujeito que ali se apresenta e lhe demanda cuidados. Quer dizer, o mal-estar parece estar presente no trabalho daqueles que operam estritamente sob a lógica biomédica, justamente por seu acesso à dimensão do Real e pelo que não é respondido pela cientificidade.

Por outro lado, a mudança de posição do profissional e o cuidado na singularidade também acarretam impasses. Sendo assim, o que acontece quando se trata de trabalhar com pessoas que estão no limite entre a vida e a morte? Quais os efeitos e as saídas produzidas pelas

profissionais de enfermagem diante dessa experiência?

5 A MORTE NO CONTEXTO HOSPITALAR

5.1 Sobre a morte: ontem e hoje

“[...] a morte, para quem quer que seja, é, propriamente falando, incognoscível” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 129).

A morte é um assunto que pode instigar, inquietar, amedrontar, embaraçar, gerar curiosidade, ser considerado mórbido ou todas as opções. O modo como cada um vivencia as situações relacionadas a ela também é passível de muitas possibilidades, sendo, portanto, uma experiência sempre subjetiva, singular. Segundo Martins *et al.* (2022), os vários conceitos sobre a morte têm relação com as vivências pessoais, profissionais, religiosas, culturais, os valores e as crenças de cada um. Em consonância com esta concepção, Menezes (2004, p. 24) observa que

Como outros fenômenos da vida social, o processo do morrer pode ser vivido de distintas formas, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência. Os sentidos atribuídos ao processo do morrer sofrem variação segundo o momento histórico e os contextos socioculturais. O morrer não é então apenas um fato biológico, mas um processo construído socialmente, que não se distingue das outras dimensões do universo das relações sociais.

A partir do que lembra Rodrigues (2006), entendemos, ainda, que só é possível falar da morte de forma exteriorizada, generalizada, limitada e reificada. Não há uma palavra final ou mesmo uma compreensão total sobre ela, pois só pode ser concebida concretamente a partir da morte do outro, no lugar de espectador (FREUD, 1915b/2010) – embora algo sempre retorne para o sujeito, já que “[...] a morte do outro é uma lembrança de nossa própria morte” (ELIAS, 1982/2001, p. 16). Além disso, é sabido que o ser humano é o único ser vivo que tem consciência de sua mortalidade (OLIVEIRA, 2002), para os animais ela não é um problema (RODRIGUES, 2006). À vista disso, Lo Bianco e Costa-Moura (2020, p. 3) desenvolvem que

Ela [a morte] é trazida pela linguagem. O animal propriamente não morre. Ele perece. Entre perecer e morrer há uma enorme distância que será preenchida pela vida, pelo sentido da vida, que assim passa a ser dado pela morte. Morremos, portanto, na linguagem e no sentido. E a morte dará para o falante um novo significado à vida. [...] somos seres mergulhados na simbolização que constituirá e afetará toda nossa forma de vida.

De acordo com o sociólogo Norbert Elias (1982/2001, p. 53), “[...] não é a própria morte que desperta temor e terror, mas a imagem antecipada da morte. [...] O terror e o temor são despertados somente pela imagem da morte na consciência dos vivos. Para os mortos não

há temor nem alegria”. Ademais, Teixeira (2016, p. 11) assinala que “aqui se coloca um dos principais paradoxos quando o assunto é morte: debruçar-se sobre ele é um problema dos vivos. Os mortos, concretamente, não existem”. Na mesma direção, Moreira, Silva e Silva (2021) evidenciam o paradoxo do “não-ser da morte” tão difícil de ser apreendido, pois só acontece quando deixa de existir – associando-se, inclusive, ao que Freud (1915a/2010, 1915b/2010) desenvolve sobre o inconsciente, que não conhece em absoluto nada negativo, onde os opostos coincidem. Enfim, ainda que pareça ser uma premissa de que “a única certeza da vida é a morte”, o ser pensante contemporâneo a quer longe, distante de seu convívio.

Mas é fato que, enquanto fenômeno social, a morte nem sempre ocupou o mesmo lugar na cena cotidiana, ela já esteve “exposta nos palcos” e, hoje, parece estar nos bastidores – ou se pretende que assim seja, pelo menos nas sociedades ocidentais. Para entender essa transformação, o historiador Philippe Ariès apresenta em seus estudos, *O homem perante a morte* (1977/2000) e *História da morte no Ocidente* (1977/2012), que a atitude do homem diante da morte, até a metade do século XIX, era muito diferente da que se faz presente na contemporaneidade.

À época, assim como o nascimento, a morte era considerada um evento público e compartilhado, já que as experiências cotidianas eram imediatamente socializadas (ARIÈS, 1977/2012; ELIAS, 1982/2001). Quer dizer, a morte era reconhecida como parte integrante da vida, “[...] era algo muito simples” (ARIÈS, 1977/2012, p. 36). Falava-se muito mais aberta e frequentemente sobre este tema. Em suas casas, os sujeitos estavam advertidos de seus corpos doentes e tomavam suas providências, pois pareciam ter consciência de sua iminência. Assim, o quarto do moribundo também se tornava um lugar público, onde transitavam livremente, inclusive as crianças, já que a presença dos amigos, parentes e vizinhos era considerada importante no fim de vida do sujeito (ARIÈS, 1977/2012). Segundo este autor,

A familiaridade com a morte era uma forma de aceitação da ordem da natureza, aceitação ao mesmo tempo ingênua na vida cotidiana e sábia nas especulações astrológicas. Com a morte, o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la, nem em exaltá-la. Simplesmente a aceitava, apenas com a solenidade necessária para marcar a importância das grandes etapas que cada vida devia sempre transpor (ARIÈS, 1977/2012, p. 49).

Portanto, até o século XIX, a morte era familiar e próxima, mas também atenuada e indiferente, justamente por seu caráter naturalizado, como uma atitude “[...] entre a resignação passiva e a confiança mística” (ARIÈS, 1977/2012, p. 98). Tratava-se, também, de uma morte quase sempre anunciada, pois mesmo as doenças pouco graves eram mortais. Terrível e vergonhosa era aquela que acontecia de forma súbita, por acidente, por exemplo, e o sujeito não

tinha a oportunidade do perdão religioso nem do conhecimento prévio de sua finitude e consequente preparação (ARIÈS, 1977/2012).

No entanto, a partir da revolução industrial e dos avanços da Medicina, em meados do século XIX, o hospital tornou-se o lugar privilegiado para cuidar dos doentes, pois em casa já não era mais possível. Ou melhor, agora havia conhecimento médico-científico capaz de dar conta do que era improvável (ARIÈS, 1977/2012). Se antes era lugar de asilo e assistência aos pobres, loucos e marginalizados da sociedade, tutelados por religiosos e pela caridade, agora surge como instrumento terapêutico e campo da medicina (MONTEIRO, 2017). Nessa direção, para as doenças antes fatais e que impunham à sociedade a espera pela morte do doente – uma vez que era seu desfecho natural (PITTA, 1999) –, agora se podia esperar por tratamento. Em vista disso, houve a substituição da morte pela doença e, conseqüentemente, o deslocamento do local da morte para o hospital, daqueles para os quais a cura não se realizava. Conforme sublinha Pitta (1999, p. 34),

A atitude complacente com a doença e a morte, que as fez transitar no espaço doméstico com naturalidade e propriedade até a metade do século XIX, foi desde então substituída como consequência do desdobramento das sociedades industriais. A dor, a doença e a morte foram interditas num pacto de costumes, aprisionadas e privatizadas no espaço hospitalar sob novos códigos e formas de relação.

Logo, morrer no hospital nem sempre foi uma prática corriqueira. Pouco a pouco, os rituais em torno do moribundo e dos mortos, antes realizados em ambiente familiar, deixaram de acontecer e deram espaço para o isolamento do doente no ambiente hospitalar. Passou a ser muito mais comum morrer sozinho (ELIAS, 1982/2001), pois a morte no hospital não era mais acompanhada de cerimônias organizadas coletivamente, para ser um “fenômeno técnico”, isolado do meio social, e de domínio do médico e da equipe de saúde. Anunciando-se, portanto, uma outra posição ante o sujeito doente e a morte (ARIÈS, 1977/2012). Segundo Tamura (2006, p. 1) apresenta,

O interdito da morte parece ser solidário com a modernidade, acompanhando os progressos da industrialização, da urbanização e da racionalidade. A sociedade produziu os meios eficazes para se proteger das tragédias quotidianas da morte, a fim de ficar livre para prosseguir em suas tarefas sem emoções nem obstáculos.

Tais avanços científicos, então, provocaram uma nova atitude social, um novo lugar para o que era familiar – em seus sentidos íntimo e já conhecido – e uma nova relação para com o doente, porque agora é possível esperar pelo adiamento da morte (ELIAS, 1982/2001). Esta, daí em diante, é tida como inominável e selvagem (MANNONI, 1995b), “[...] tão presente no passado, de tão familiar, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objeto de

interdição” (ARIÈS, 1977/2012, p. 84). Conforme Elias (1982/2001, p. 15) sublinha, agora “a vida é mais longa, a morte é adiada. O espetáculo da morte não é mais corriqueiro. Ficou mais fácil de esquecer a morte no curso normal da vida”. A morte foi “recalcada”. Destacamos, então, o paralelo entre as diferentes posições do ser humano frente à morte:

Antigamente, a morte era uma tragédia – muitas vezes cômica – na qual se representava o papel “daquele que vai morrer”. Hoje, a morte é uma comédia – muitas vezes dramática – onde se representa o papel “daquele que não sabe que vai morrer”. Sem dúvida, a pressão do sentimento familiar não bastou para escamotear de forma tão rápida e eficaz a morte, sem os progressos da Medicina. Não tanto por causa de suas conquistas reais, mas porque ela substituiu, na consciência do homem atingido, a morte pela doença. Esta substituição aparece na segunda metade do século XIX (ARIÈS, 1977/2012, p. 222).

A partir desse momento, o sujeito doente não mais detém o “controle” sobre o que lhe ocorre e sobre suas resoluções de fim de vida, na medida em que entram em cena outras pessoas que se ocuparão de cuidar e tomar as decisões. De acordo com Certeau (1998, p. 294),

a família tampouco não tem nada a dizer. O doente é-lhe arrebatado pela instituição que vai cuidar não do indivíduo, mas da sua doença, objeto isolado, transformado ou eliminado pelas técnicas visando a defesa da saúde assim como outros se dedicam à defesa da ordem ou da limpeza.

Isto é, a morte passa a ser interdita, o doente “poupado” de saber sobre si e a verdade começa a ser problemática (ARIÈS, 1977/2012). O conhecimento passa a ser regido por uma outra lógica. Sendo assim, “a constatação de que a morte é inevitável está encoberta pelo empenho em adiá-la mais e mais com a ajuda da medicina e da previdência, e pela esperança de que isso talvez funcione” (ELIAS, 1982/2001, p. 56), sob a ilusão do poder sobre a vida e a ocultação da morte (KOVÁCS, 2010; VIEIRA, 2016). A “morte natural”, hoje, é acompanhada de todo o aparato tecnológico ofertado pela instituição médica (MONTEIRO, 2017). Deste modo,

[...] ao se transformar o hospital, e não a casa, no local onde as pessoas adoecem e morrem, todas essas questões anteriormente compartilhadas pela sociedade como um todo se encontram agora circunscritas àquele espaço. Um padrão aceitável de morte começa a se instituir entre doentes, família e os que trabalham com as doenças. É quase consenso que médicos e enfermeiros adiem o mais possível o momento de avisar a família, e mais ainda, de avisar o doente de sua morte próxima. O temor é de que sentimentos e reações descontroladas os façam perder o controle de si e da situação. O prolongamento da vida através de recursos tecnológicos esvai a necessidade dessa comunicação dramática, permitindo que o sentimento de luto se inicie antes do defunto se ter feito fato. Diferente de outrora, falar da morte se constitui em ousadia não admitida nas relações sociais habituais (PITTA, 1999, p. 31).

Além disso, não sabendo mais quando uma doença grave será fatal ou não, opta-se pelo silêncio para não haver o risco do equívoco (PITTA, 1999). Ainda que o sujeito doente e

seu entorno saibam que ele poderá morrer, finge-se ignorância; e o doente se cala, pois parece não haver mais espaço para sua palavra e suas resoluções (MANNONI, 1995b). Ou seja,

Hoje em dia não há mais resquícios, nem da noção que cada um tem ou deve ter de que seu fim está próximo, nem do caráter de solenidade pública que tinha o momento da morte. O que devia ser conhecido é, a partir de então, dissimulado. O que devia ser solene, escamoteado. É tácito que o primeiro dever da família e do médico é o de dissimular a um doente condenado a gravidade de seu estado (ARIÈS, 1977/2012, p. 219).

Nesse sentido, Oliveira (2002) expõe sobre as novas relações produzidas entre os envolvidos com o sujeito doente, o novo local ideal da morte e as reações decorrentes:

[...] a morte [no hospital] pode escapar da publicidade e passa a ser solitária. Há toda uma disciplina a regular o mundo da assepsia e da higiene. O doente e possível morto, por ser inconveniente, passa a ser escondido do mundo e da sua família, que desejam e necessitam continuar uma vida normal. O silêncio passa a marcar essas mortes (OLIVEIRA, 2002, p. 4).

Por conseguinte, a família se afasta e, gradualmente, vai-se estabelecendo um sentido dramático e pessoal à tradicional atitude do homem diante da morte no ocidente, com a mudança nos rituais de fim de vida e funerários, o aumento da longevidade, o distanciamento social, o novo código de civilidade e o pudor diante das reações de luto (ELIAS, 1982/2001; ARIÈS, 1977/2012). Se não é mais um acontecimento vivido publicamente, as emoções também devem ser privadas e discretas. Espera-se que as manifestações de luto diante da morte sejam evitadas para não causar perturbações, tanto no hospital quanto fora dele, restando a comoção em particular, “às escondidas” (ARIÈS, 1977/2012). Até mesmo os ritos funerários passaram a ser restritos e circunscritos em espaços apropriados, assépticos e que parecem prezar pela discrição; além da “[...] toailete fúnebre [que] tem por objetivo mascarar as aparências da morte e conservar no corpo os ares familiares e alegres da vida” (TAMURA, 2006, p. 5). Isto é, evidencia-se

[...] um sentimento diferente, característico da modernidade: evitar não mais ao moribundo, mas à sociedade, mesmo aos que o cercam, a perturbação e a emoção excessivamente fortes, insuportáveis, causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz, pois, a partir de então, admite-se que a vida é sempre feliz, ou deve sempre aparentá-lo (ARIÈS, 1977/2012, p. 85).

À vista disso, a nova configuração imprime que não apenas a morte é escamoteada – tanto como imagem quanto como processo –, mas também, o sujeito doente é retirado de cena (ELIAS, 1982/2001). A morte, antes considerada “natural”, passa a ser a “morte técnica” e a “morte social” – aquela que precede a morte biológica, a partir do isolamento do moribundo (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009). Segundo Ariès (1977/2012, p. 86), “a morte foi dividida,

parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a consciência [de que se está morrendo pelo silêncio e omissão dos outros] ou aquela em que se perdeu a respiração”.

Nesse sentido, considerando a atual atitude, seu nome não pode mais ser pronunciado. Assim como as questões relacionadas ao sexo, torna-se tabu falar sobre a morte, nos países ocidentais (TEIXEIRA, 2016). Não à toa, até mesmo a palavra é encoberta por outras formas de nomeá-la, para que não fique tão explícita: descansar, partir, ir à óbito, falecer, alta celestial, bater as botas, fazer a passagem, dentre outras. Segundo Derzi (2003), há quem realize um certo floreamento da situação vivida, como um drama, para não se deparar com o que é trágico. Isto é, “o drama aparece nesse momento como um recurso necessário para tamponar o trágico do ser humano, a morte” (DERZI, 2003, p. 6). Ela amedronta, sua palavra é inominável e o sujeito que está morrendo desvela, para quem está ao seu redor, o que se pretende esquecer. Desse modo,

O afastamento é acompanhado de senhas cujo vocabulário coloca já o vivo na posição do morto: “Ele precisa descansar... Deixem o doente dormir”. É preciso que o moribundo fique calmo e descanse. Além dos cuidados e dos calmantes necessários ao doente, esta senha põe em causa a impossibilidade, para o pessoal hospitalar, de suportar a *enunciação da angústia*, do desespero ou da dor: é preciso impedir que *se diga* isso (CERTEAU, 1998, p. 293, grifo do autor).

Constatamos, então, que frente às possibilidades curativas da doença – almejadas na instituição hospitalar – e na busca incessante para tal, os sujeitos implicados nesse contexto também se deparam com o seu contrário, que é a experiência da morte. Não por acaso, nesse espaço ela também não é menos repudiada. Segundo Lo Bianco e Costa-Moura (2020, p. 5),

Vivemos numa época em que a morte é ignorada, neste sentido de que não temos muito a dizer sobre ela que não seja em termos cientificistas, biológicos e médicos. Termos que acabam por excluí-la, colocá-la à margem, afastá-la para os subsolos dos grandes hospitais, para as morgues e necrotérios, onde ela se prova mais do que nunca um evento à parte do mundo dos vivos.

Por isso, conforme foi demonstrado, falar de morte não é algo comum, tampouco fácil para os adultos, na contemporaneidade. Não costuma ser um assunto que surge espontaneamente entre as pessoas, a não ser pelo acometimento de alguma doença grave, a morte de um conhecido ou um acontecimento trágico. Como Freud (1915b/2010) bem evidencia, a morte surge como algo fortuito e não como algo necessário e incontestável. É um tema sempre abordado em situações drásticas e que revelam a fragilidade do ser humano, e talvez seja exatamente por essa vulnerabilidade exposta que ela tem sido, cada vez mais, afastada dos meios sociais.

No contexto hospitalar, habitualmente, o paciente que está morrendo pode estar sendo cuidado e atendido diante de seus sintomas e de suas dores, promovendo-se uma “qualidade de vida” do ponto de vista médico, mas algo do endereçamento do outro se modifica quando sua morte é anunciada. Tal confrontação pode culminar na mudança de posição frente a ele, como uma forma de evitação da finitude. Isto é, o encontro com a morte produz efeitos naqueles que a constata na cena hospitalar, implicando no modo de comparecimento junto ao doente (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). Elias (1982/2001, p. 37) observa que “os viventes podem, de maneira semiconsciente, sentir que a morte é contagiosa e ameaçadora; afastam-se involuntariamente dos moribundos”. E esse afastamento não é apenas físico, mas sobretudo, simbólico (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). A propósito, uma profissional de enfermagem certa vez indagou: “Diante da morte, o que é que se pode dizer?”. Em seu questionamento, interrogava que palavras são possíveis para dar conta da proximidade de si e do outro com a experiência da morte, com a perda e o luto. Segundo Malengreau (1995, p. 88), “a proximidade de uma morte anunciada é acompanhada de uma restrição semântica das palavras”. Por conseguinte, como saída ao que parece inenarrável, a morte no hospital tornou-se um “[...] evento eminentemente medicalizado, um processo inscrito em rotinas institucionais que privilegiam a competência e eficácia da medicina” (TEIXEIRA, 2016, p. 38), como uma tentativa de encobri-la, pois trata-se, antes de tudo, de um fracasso – do corpo, do saber médico, da sociedade, das relações com Deus e com os homens – e não uma contingência da vida (PITTA, 1999).

Se antes a morte era familiar, coletiva e domada – afinal era frequente e presente na vida das comunidades –, hoje, ela é resto, que deve ser descartado e afastado dos homens, pois não é possível de ser assimilada (ARIÈS, 1977/2000, 1977/2012). Todavia, à medida que se evita computá-la no cálculo da vida, imprimem-se também outras renúncias e exclusões que impedem muitas vezes a produção de sentido à existência (FREUD, 1915b/2010; LEITE, 2019; LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). Segundo Leite (2019), não reconhecer o Real da vida entrelaçada à morte é negar a escassez do tempo – que impõe uma restrição do gozo da vida – e tem implicações, inclusive, para a realização do trabalho de luto. É, precisamente, ao reconhecer que o limite é condição inerente ao ser humano que o sujeito pode fazer valer o seu desejo e a sua condição inventiva na vida (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). Como Freud (1916/2010, p. 294) conclui, “valor de transitoriedade é valor de raridade no tempo”, o que é finito assume maior valor de preciosidade e fruição justamente por sua condição de brevidade.

5.2 Algumas considerações sobre o movimento dos cuidados paliativos

Nos dias de hoje, comumente são veiculadas matérias e pesquisas que anunciam estudos sobre o pós-morte, a criogenia humana, modos de “contornar a morte” e a busca por pistas sobre a finitude a partir das experiências de quase-morte. Mas a verdade é que todas essas possibilidades – inconclusivas, diga-se de passagem, pois sempre algo escapa à racionalidade – dizem de uma recusa do ser humano à sua própria condição de ser finito, ao limite da vida e, portanto, relaciona-se com a ilusão de controle sobre a existência e de si próprio.

É preciso reconhecer, no entanto, que se tem tentado produzir e difundir, por parte de alguns e na contramão do discurso pragmático e da lógica biomédica, um novo discurso sobre a morte e morrer, o cuidado ao doente e ao seu processo de fim de vida. Assim, na década de 60, no Reino Unido, a abordagem dos Cuidados Paliativos se consolidou mediante o trabalho da assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders como precursora do moderno movimento *hospice*. Em 1967, fundou o *St. Christopher's Hospice* e desenvolveu seu trabalho cuidando de pessoas com doenças sem proposta curativa e em fim de vida, oferecendo o alívio da dor e o controle de sintomas, como possibilidade de amparo ao sofrimento dos pacientes e dos familiares enlutados; não mais como um doente à espera da morte nem tratado apenas enquanto doença. À época, Saunders dedicava-se, principalmente, a pacientes com câncer em estado avançado e incurável. Conforme Franco (20--, n.p) apresenta,

Dame Cicely Saunders admitiu a inadequação dos cuidados oferecidos nos hospitais às pessoas próximas da morte. Com frequência, familiares e pacientes ouviam a afirmação de que nada mais havia a fazer, afirmação que ela se recusava a aceitar. Durante todo o tempo em que teve atuação plena no *St. Christopher's Hospice*, sua frase padrão foi: ‘temos muito mais a fazer ainda’.

A partir de então, os cuidados paliativos surgiram como uma proposta de mudança do paradigma contemporâneo, reconhecendo os limites da medicina curativa e priorizando a autonomia dos sujeitos com doenças ameaçadoras de vida sobre seu tratamento e sua finitude – preferencialmente, desde o momento de diagnóstico da doença, não apenas em situação de terminalidade. Segundo Menezes (2004, p. 211),

Os Cuidados Paliativos são direcionados aos limites da medicina curativa. Este modelo inovador de assistência expressa uma dimensão crítica à medicina como um todo, à fragmentação de seu olhar e, conseqüentemente, de um exercício profissional dirigido a um doente fracionado e objetificado.

Esse modelo de cuidado interpela o processo de medicalização da morte – asséptica, mecanizada e evitada –, tomando-a como processo inerente à existência do ser vivo e

priorizando o uso de medidas de cuidado que não prolongam nem aceleram o seu processo, mas o deixa seguir seu curso “natural” (ortotanásia). Esta abordagem propõe, portanto, a consideração do sujeito a partir de seus aspectos não apenas físicos/orgânicos, mas também psicológicos, sociais e espirituais, necessitando de uma assistência multidisciplinar para a sua realização. O paciente e sua família são considerados uma unidade de cuidados e devem ser escutados para a tomada de decisões (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009; MONTEIRO, 2017). Isto é,

O foco da atenção, que é individualizada, não é a doença a ser curada, mas o doente em todas as suas dimensões, entendido como um ser biográfico, ativo, com direito a informação e a autonomia plena para as decisões a respeito de seu tratamento. Esse novo modelo de administração do morrer foi denominado de “morte contemporânea” (MONTEIRO, 2017, p. 46).

No Brasil, foi apenas entre os anos 80 e 90 que a medicina paliativa surgiu e organizou-se em serviços mais sistematizados. Identifica-se a sua difusão mediante o envelhecimento da população e o aumento de doenças crítico-crônicas e degenerativas, que provocam impactos na saúde pública do país (MACÊDO, 2015).

No entanto, a sua construção não é sem dificuldades nem consequências. A nível internacional, a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2020) aponta que ainda existem muitas barreiras que dificultam o acesso da população aos cuidados paliativos, como: as políticas e os sistemas de saúde nacionais que, muitas vezes, não incluem este modelo de cuidado; a formação limitada ou inexistente de profissionais de saúde na área; as barreiras culturais e sociais relacionadas às crenças sobre a morte e o morrer; o desconhecimento e os erros de conceito, entre os planejadores de políticas públicas, profissionais da saúde e o público em geral, sobre a assistência paliativa e seus benefícios aos pacientes e aos serviços de saúde; e a falta de acesso a analgésicos opioides necessários, como medicamentos essenciais ao cuidado da dor e ao controle de sintomas.

Além desses obstáculos, Elias (1982/2001) problematiza que, atualmente, há a tentativa de cuidado ao moribundo quanto ao alívio de sua dor e ao seu conforto físico – inclusive pelos avanços da medicina e pelas possibilidades tecnológicas –, mas, muitas vezes, a sobrecarga de trabalho em hospitais atarefados torna a prática dos profissionais um tanto mecânica e impessoal. É possível antever, ainda, que outra dimensão entra em cena quando se cuida de pessoas para as quais a cura não é mais possível, pois “[...] a prática de cuidados paliativos confronta aqueles que chamamos os profissionais de saúde com os limites de seu poder” (MALENGREAU, 1995, p. 87), pois precisará assumir a morte como possibilidade em seu trabalho. Assim, partindo da perspectiva dominante na instituição de saúde, que é

eminentemente curativa e biologizante, “ao se priorizar no hospital o salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável, pode fazer com que o trabalho da equipe de saúde seja percebido como frustrante, sem motivação e significado” (KOVÁCS, 2010, p. 424). Em consonância com esta compreensão, Gonçalves (2001, p. 35) destaca: “É bastante difícil para o médico ter que desviar o foco de sua atenção da cura para a perspectiva da morte. Ele é um profissional que está comprometido com a cura e, a incapacidade de alcançar tal objetivo corresponde a um fracasso de sua parte”.

Em um contexto de UTI, por exemplo, percebemos a dificuldade de alguns profissionais em identificar o paciente que pode ser beneficiado pela abordagem dos cuidados paliativos, pois continuam a realizar todos os procedimentos invasivos e tecnológicos disponíveis, ainda que não haja mais perspectiva de cura ou melhora clínica. A morte é vista como “inimiga” (MONTEIRO, 2017). Salvar a vida do paciente é premente e encobre outras possibilidades, até mesmo pela lógica que rege esse setor, que trabalha ostensivamente junto ao paciente grave. No entanto, não necessariamente se trata apenas de um desconhecimento sobre a assistência paliativa, de um “olhar treinado”, mas também do que é possível de ser reconhecido como limite de seu saber e poder e a angústia que pode irromper nessa constatação. Muitas vezes, há o “choque” de profissionais quando é solicitada assistência à equipe de cuidados paliativos para determinado paciente, pela constatação da morte anunciada – ainda que não seja o caso, pois não se trata apenas de enfermos em fim de vida – e pelo afeto envolvido no cuidado àquela pessoa que morrerá. Como já se escutou de uma técnica de enfermagem: “quando tem a visita dos cuidados paliativos, a gente fica triste, né? Porque pode acontecer o fim”. É por isso também que, muitas vezes, se delega a uma outra equipe esse cuidado, uma vez que será possível afastar-se de tal condição que é reconhecida como fracasso, que é o cuidado ao enfermo que não terá a sua cura alcançada. Segundo Altenbernd e Macedo (2020, p. 18),

Percebe-se que é apenas a partir do reconhecimento das diferentes faces do cuidado que a sensação de insucesso pode se dissipar. É preciso repensar o objetivo de seu fazer e desvinculá-lo de um ideal inatingível [...] A diferença entre cuidar e curar permite-lhe continuar trabalhando.

É nesse sentido que se torna desafiador considerar a abordagem dos cuidados paliativos por sua subversão ao que está estabelecido enquanto estrutura discursiva da instituição de saúde e defensiva, do ponto de vista psíquico. Todavia, é interessante perceber que essa prática se revela como meio para “[...] suportar um mal que não pode ser suprimido”, como destaca Malengreau (1995, p. 87). Quer dizer, o

[...] atendimento paliativo refere-se a algo que poderíamos denominar um impossível de suportar. Refere-se a alguma coisa que só podemos suportar, já que não podemos evitá-la. Nos casos que nos ocupam, esse impossível de suportar é um sofrimento ligado à morte devido a um câncer ou à Aids [por exemplo], e que se exprime diversamente vez no corpo, no mundo exterior, nas relações com os outros. Os cuidados paliativos constituem, sob esse aspecto, uma depuração daquilo que se verifica para cada um (MALENGREAU, 1995, p. 87).

Também há de se considerar que os cuidados paliativos e a construção de seus protocolos se situam numa linha tênue entre uma nova posição frente ao sujeito doente e à morte e ao morrer na contemporaneidade e como mais um dispositivo de poder e saber sobre o outro (MENEZES, 2004; SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009). Ou seja, como um refinamento da administração do período de fim de vida do enfermo e uma nova forma de exercício de controle (MENEZES, 2004). Assim, a assistência paliativa exige a mudança na relação de poder entre a equipe e o paciente, mas também evidencia que a crítica à medicina tecnológica desperta um paradoxo:

[...] a própria tecnologia que engendra as condições de desenvolvimento de uma medicina desumana e tecnológica é propiciadora da “humanização” do morrer. Implantados a partir de pesquisas farmacológicas voltadas ao controle da dor, os paliativistas dificilmente poderiam acompanhar tão eficaz e detalhadamente os sintomas do doente, sem o desenvolvimento de técnicas para o alívio da dor (MENEZES, 2004, p. 212).

Isto é, a “morte natural”, hoje, também envolve o uso da tecnologia na administração do morrer e do cuidado aos sintomas (MONTEIRO, 2017). Por fim, Menezes (2004) conclui sobre o lugar de importância da abordagem dos cuidados paliativos juntos aos enfermos e às suas famílias, desde que a reflexão crítica sobre a posição discursiva esteja presente por parte daqueles que propõem a sua realização:

Não se trata, portanto, de cancelar ou condenar a atuação da equipe, mas de refletir sobre seus pressupostos teóricos e sua prática. Não há como negar a importância dos Cuidados Paliativos: sua emergência é representativa de transformações significativas na medicina, especialmente na assistência à dor e às doenças crônicas. Com a perda de sentido da “morte tradicional” e a denúncia do modelo da “morte moderna”, surgiu um hiato relativo à elaboração do morrer ocupado pelo modelo da “morte contemporânea”. O conhecimento da mortalidade é condição central e estruturante da vida social. Atingimos hoje um patamar de desenvolvimento tecnológico em que é possível um certo domínio das circunstâncias do morrer. Os Cuidados Paliativos refletem as preocupações contemporâneas com um prolongamento da vida, às custas de um maior sofrimento para doentes e familiares (MENEZES, 2004, p. 217).

5.3 Morte e luto na pandemia da Covid-19: resgate e construções diante da morte escancarada

Interessa agora destacar que, a despeito do que se constata como a atitude do homem contemporâneo diante da morte, desde 2020, não tem sido mais possível ocultá-la do mesmo modo. Se a realidade contemporânea tende a silenciar e a tornar a morte afastada do meio social, até mesmo por parte dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a sua possibilidade, recentemente, houve uma perturbação nessa condição. O mundo foi assolado por um evento inesperado, a pandemia da Covid-19, que deixou a morte escancarada e à espreita de todos. A partir de então – e em períodos mais ou menos intensos de “ondas” de contágio –, ela ronda e atinge incontáveis pessoas infectadas pelo vírus SARS-CoV-2, que lidam com o imprevisível ameaçador de forma escancarada (JORGE; MELLO; NUNES, 2020). Segundo Drawin (2021, p. 33),

A pandemia é intolerável, não só porque põe em risco a nossa vida biológica, isto é, a vida nua, desprovida de qualquer predicado político e espiritual, mas também porque mutila a nossa liberdade individual, o direito de cada um gozar como quiser. A pandemia, na agudeza de sua manifestação, atualiza vários tipos de morte, entre elas, e não a menos importante, a da nossa fantasia de onipotência; ora, se a morte é um fato bruto e carente de sentido, então é uma realidade intolerável para os tempos hipermodernos e, portanto, não pode e não deve existir.

Não obstante, Leite (2019) desenvolve que, diante da irrupção de um evento traumático, a desilusão frente aos ideais sociais e aos projetos de vida promove, paradoxalmente, a “experiência do despertar”. Fazer face à radicalidade de alguns acontecimentos obriga o ser de linguagem a acordar e a reconhecer o que se evita a todo custo: a ideia da morte. Sendo assim,

Quando somos obrigados a despertar e a encarar a ocorrência de mortes ficamos profundamente atingidos e somos abalados em nosso narcisismo, nossas convicções e referências. Especialmente quando o fato é inesperado, ou seja, quando não nos permite um mínimo de preparação subjetiva. Nossa tendência mais comum é desmentir a morte. [...] Recusar a ideia da morte é uma forma de proteção, legítima, é claro, que nos leva a dar ênfase à causação fortuita, contingente da existência da finitude tal como as doenças, a idade avançada etc. No entanto, quando ocorre um grande número de mortes somos então atingidos de forma direta, profunda e radical, pois o que se revela é a face do sem sentido da vida, do inominável que o cotidiano tende a encobrir (LEITE, 2019, p. 14).

Retomamos, então, o que Freud (1915b/2010) evidenciou diante da Primeira Guerra Mundial, quando lembra que este acontecimento circunscreveu uma outra relação com o tratamento convencional diante da morte, pois não foi mais possível negá-la, foi necessário crer nela frente a tantas pessoas morrendo, já não era mais um acaso. Assim, no atual encontro com

a morte e a dimensão do Real irrompidos pela pandemia da Covid-19, a ilusão da imortalidade que tanto se tenta sustentar foi desbancada e deu lugar ao horror e ao excesso – ainda mais acentuados frente à negligência sociopolítica, o descaso e a negação de governos, como o brasileiro. A morte foi novamente exposta, saiu das coxias, mas não mais como uma experiência inexorável da vida como concebida pelos povos antigos, conforme Ariès (1977/2000; 1977/2012) demonstrou, e sim como resultado da contaminação em massa de pessoas e pela morte de tantas. Entre 2020 e 2021, o Brasil ficou sem leitos para os doentes e sem covas para os mortos nos cemitérios. Em fevereiro de 2023, já são 698.056 mortes confirmadas pela Covid-19⁵ no País.

A pandemia parece ter escancarado a própria condição contemporânea do homem em isolar o enfermo – e a morte – no hospital, a partir das medidas de controle da doença pelo coronavírus, como o isolamento social – o doente sozinho e a família à distância. No entanto, foi esta mesma condição de impossibilidade do comparecimento e dos ritos de despedida a tantas pessoas contaminadas que expôs à sociedade o que havia sido “esquecido”, que antes era privilegiado: a presença junto ao doente, as despedidas, as resoluções de fim de vida, a vivência do luto e os ritos funerários.

Como discorrido anteriormente, se até o século XIX a morte anunciada era preferível, pois dava a oportunidade aos doentes e às suas famílias tomarem suas providências e realizarem seus rituais de despedida, na contemporaneidade ela costuma causar temor, pois traz à lembrança a própria mortalidade. Contudo, frente ao contexto da pandemia, nunca se quis tanto estar junto, falar com o seu ente pela última vez, dar voz às urgências de vida anunciadas pela proximidade com a morte – como as resoluções sociofamiliares, financeiras e as diretivas de fim de vida –, pois não se sabia o porvir. Escutamos a preocupação do doente pela Covid-19 com os familiares distantes, com outros conhecidos também adoecidos, por estar ausente e ser o “provedor” da casa, a sensação de desamparo sentida diante do isolamento e o desejo de se despedir dos que amava. Por outro lado, as famílias viviam a incerteza da sobrevivência, o receio do “abandono” sentido pelo doente devido ao distanciamento compulsório e os lutos atropelados e mal elaborados por outros familiares e amigos perdidos apressadamente. Frente a tantas impossibilidades, não foram poucas as tentativas de resgate dos rituais, os pedidos incessantes para o adeus ou a transmissão de mensagens de um lado – do sujeito adoecido – para o outro – às famílias e aos amigos –, e vice-versa.

Para os profissionais de saúde também não foi menos difícil, encontravam-se

⁵ Informações recuperadas de WHO *Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 25 fev. 2023.

tentando dar conta exaustivamente dos sintomas da doença, por muito tempo desconhecida e descontrolada, como também vivenciavam as supressões simbólicas e afetivas nas relações pelo distanciamento social – inclusive de suas famílias, que tanto temiam contaminar. A própria identificação do profissional entre os integrantes da equipe e pelos pacientes ficou limitada aos seus olhos, devido à paramentação necessária com os equipamentos de proteção individual. E mais, parece que a experiência da pandemia “convocou” os profissionais e tornou escancarada a realidade discursiva presente na instituição de saúde e os seus limites, discutidos no capítulo um, ao considerar que os “restos” do saber, a relação com os sujeitos doentes, a sua subjetividade e suas incidências ficaram em evidência e um “saber-fazer com isso” foi necessário. Sobre a experiência de ser profissional de saúde em um hospital com pacientes contaminados pelo coronavírus, uma técnica de enfermagem relatou: “É como se estivéssemos em um barco que balança de um lado para o outro e precisamos balançar junto, porque senão batemos a cabeça e nos machucamos. Então a gente enjoa [não é sem consequências], mas não bate a cabeça”.

Estes profissionais precisaram, então, adaptar-se aos novos protocolos de biossegurança, lidar com um vírus desconhecido e ameaçador de modo muito próximo e urgente, confrontar-se com o risco e o medo de ser infectado e infectar os outros, encarar o sofrimento dos pacientes e das famílias muito mais explicitamente; além da angústia e da impotência sentidas com a falta de paramentação adequada em alguns dispositivos de saúde devido à emergência mundial e a falta de suprimentos, mas também ao descaso político (MELO *et al.*, 2020; LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). Quer dizer, foi necessário tratar, cotidianamente, da relação entre a impotência e a impossibilidade, recorrendo a recursos individuais e coletivos para lidar com situações inimagináveis, de muitas mortes e perdas – em seus vários sentidos possíveis; mas amparados, também, pelas vidas salvas, pelas pessoas acolhidas e pelos espaços de escuta profissional que puderam ser construídos para dar contorno ao que era inimaginável.

Ademais, as recomendações e as orientações científicas, técnicas e sanitárias, no mundo todo, estabeleceram protocolos para diminuir os riscos de contaminação no manejo dos corpos após a morte, desde os hospitais até o funeral, com medidas restritivas e que tanto causaram impactos emocionais pela supressão da “última despedida”, do “olhar pela última vez” o ente falecido. Isto porque

[...] a recomendação para os rituais fúnebres é que ocorram velórios com poucas pessoas, ou seja, apenas as pessoas mais próximas ao falecido; que o sepultamento seja feito com caixão lacrado, que não haja procedimento de tanatopraxia (limpeza,

tratamento e maquiagem do corpo para o velório) e que, após o velório de, no máximo 1 hora de duração, o corpo seja cremado (COGO *et al.*, 2020).

Apesar disso – ou talvez justamente por isso –, a vivência da pungente realidade da pandemia também produziu invenção e resgate do que já fora experienciado no passado e a história pôde ensinar. Fez-se urgente retomar e elaborar outra relação com a morte, para possibilitar a construção de recursos de enfrentamento ao momento vivido, pois até então sustentava-se sob denegações, exclusões e renúncias quanto aos limites da vida (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). Como ressalta Leite (2019, p. 12), “[...] paradoxalmente, são essas situações extremas que convocam os sujeitos em sua capacidade mais primária de criação, ou, ainda, de recriação, no campo da cultura e dos laços sociais”.

Assim, contraditoriamente ao que parecia tão estabelecido quanto à nova atitude do homem diante da morte no ocidente – em sua premissa de distanciamento e ocultação – criaram-se formas de aproximação das famílias aos doentes hospitalizados, ainda que virtualmente (SCHMIDT, 2020; CRISPIM *et al.*, 2020; GUIMARÃES *et al.*, 2022), como possibilidade de sustentação do laço social e conferindo o resgate à importância do trabalho de luto e dos ritos de despedida. As reações diante das inúmeras perdas já não eram mais “às escondidas”, pois passaram a ser vividas coletivamente, na busca pela sobrevivência física e psíquica do acontecimento (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). Aos pacientes, às famílias e aos profissionais de saúde, que também se viram ameaçados física e psiquicamente, foi urgente a oferta de um lugar para a circulação da palavra e contorno do Real, visando um processo singular de elaboração sobre a experiência, a partir da sustentação de uma escuta que não recuasse com a emergência do limite – limite do símbolo e da vida mesma –, como orientada pela psicanálise (MORETTO, 2019a).

Assim, o trabalho psíquico necessário foi o de assumir a morte como contingência da vida – como os cuidados paliativos já tentam resgatar e transmitir – e foi necessário “despertar”, pelo menos neste momento, pois:

[...] o que a psicanálise revela é que o inominável traumático é parte da existência, insistindo e retornando, de um modo ou de outro ao longo da vida, convocando-nos para uma reflexão sobre a importância do trabalho psíquico e da atividade de criação como possibilidade de contorno do não representável na experiência humana compartilhada. A devastação ocasionada pelos desastres naturais, assim como pela guerra, ou mesmo pelos momentos de violência social, nos confronta, antes de qualquer coisa, com a fragilidade das conquistas civilizatórias, com o fato da finitude e com a necessidade do luto (LEITE, 2019, p. 12).

Leite (2019), então, anuncia a importância da experiência compartilhada, do reconhecimento da alteridade para a viabilização de um lugar de elaboração e enfrentamento

individual e coletivo das perdas e dos traumas sociais. Segundo Moreira, Silva e Silva (2021), é na medida em que o luto privado é partilhado com o outro que à morte dá-se um sentido e cria-se espaço para o trabalho psíquico de luto. Lo Bianco e Costa-Moura (2020) complementam sobre a experiência dos ritos funerários e sua importância ao trabalho frente à morte,

[...] os ritos ligam o individual ao coletivo. Organizam o pulsional e o colocam em forma com uma dimensão de inscrição no corpo. No caso do luto e da morte, o rito permite que se dê uma resposta à irrupção do *real* da morte, e, colocando um véu sobre o buraco que tal irrupção causa. [...] dá as condições para que se reinstitua a identidade dos sujeitos bem como seu pertencimento ao coletivo, depois do enfrentamento da morte de um objeto amado (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020, p. 7, grifo do autor).

Portanto, as experiências individuais e coletivas de produção frente ao Real da pandemia dão lugar à possibilidade de contorno e atravessamento do momento arrasador. Moretto (2019a) ressalta que um acontecimento potencialmente traumático não é assim determinado apenas pelo evento em si, mas pelo fato de não haver o reconhecimento dessa experiência no campo da alteridade, produzindo um sujeito invisível ao outro. Indica, portanto, a importância da alteridade nesse processo, enfatizando que o valor traumático de uma experiência dependerá – ainda que haja sempre um limite no cerne de toda simbolização – do fracasso de seu testemunho frente a um outro “[...] que não está disponível e que, por meio de sua indiferença em relação à experiência de sofrimento, também o desautoriza, transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade” (MORETTO, 2019a, p. 23).

A indiferença frente à morte do outro põe em risco a vida em sociedade, na queda a um gozo mortífero e que ocasiona o não reconhecimento do outro enquanto sujeito – nem o que se foi, nem aqueles que sofrem o luto, nem os que estiveram no exaustivo trabalho nas instituições de saúde (FUKS, 2017; LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020). E a importante advertência que Lo Bianco e Costa-Moura (2020) fazem, a partir do reconhecimento da alteridade, é a de que o acontecimento da morte não seja apenas a diferença entre o vivo e o inerte, que a indiferença não prevaleça nesse momento; inclusive porque também tem a ver com o modo que se trata o paciente, como sujeito ou objeto, quando ainda em vida.

Pensar o massacre traumático da pandemia da Covid-19 no Brasil, por exemplo, é revelar, também, um enorme quantitativo de mortes ocasionadas pela indiferença e pelo descaso políticos, pelo congelamento de investimentos destinados à saúde, pela impossibilidade de acesso à grande parte da população à atenção básica e ao saneamento, pela escassez e a negação

dos tratamentos necessários, como a vacina, pela acentuação da precariedade e da miséria da vida de tantos e, sobretudo, pela não responsabilização e o não reconhecimento do outro como alteridade (MOREIRA; SILVA; SILVA, 2021; LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020; JORGE; MELLO; NUNES, 2020). Segundo Moreira, Silva e Silva (2021) e Rodrigues (2021) discutem a partir da problematização proposta pela filósofa contemporânea Judith Butler sobre o luto, desprezar e silenciar tantas mortes é, portanto, discriminar radicalmente quem é enquadrado político e historicamente como digno e indigno. Quais são as vidas dignas ou não de serem vividas e enlutáveis – (des)considerando aquele que morreu e os que se põem em trabalho de luto (MOREIRA; SILVA; SILVA, 2021; RODRIGUES, 2021). Assim, para Butler, a condição de “[...] ser enlutável é condição para que uma vida seja cuidada desde o seu nascimento [e não apenas quando a morte acontece], é condição para que uma vida seja reconhecida como vida” (RODRIGUES, 2021, p. 87).

Fuks (2017) nos adverte que as experiências coletivas do século XXI de massacre social (as catástrofes históricas, o genocídio em massa, as ditaduras violentas, o racismo e o terrorismo) provocam traumas coletivos e revelam a crueldade e a compulsão à destruição dos homens, tendo inclusive os progressos tecnológico e científico como aliados. A indiferença e a agressividade mortífera são postas a favor de um gozo que elimina o outro sem sequer reconhecer a responsabilidade por sua morte, explicitando o “[...] afrouxamento das normas éticas de convívio entre o ‘nós’ e o ‘outro’” (FUKS, 2017, p. 116).

O que atentam Rodrigues (2021) e Moreira, Silva e Silva (2021) a respeito da tragédia grega de Antígona, de Sófocles e sua reivindicação quanto ao direito de reconhecimento dos mortos e a vivência de seu luto também se relaciona com o que hoje se vive na pandemia da Covid-19 – assim como frente a tantas outras mortes que já eram silenciadas, como as de negros, pobres, mulheres, pessoas LGBTQIA+, dentre outras:

[...] Antígona nos fala sobre coragem: ela reivindica o direito de enterrar seu irmão, cujas honras fúnebres haviam sido proibidas, sob pena de morte, por seu tio, que então assume o trono. Ela luta para poder viver o luto do irmão morto. Concluimos, pois, que precisamos resgatar a força ética da personagem, quando pontuamos a força individual e coletiva que o trabalho de luto público tem para uma sociedade (MOREIRA; SILVA; SILVA, 2021, p. 62).

Portanto, “insistir na mera continuação da vida *como se* nada tivesse acontecido, como se a morte, por ser o destino natural da vida, não fosse também de uma brutalidade sem nome, é negar aos mortos o seu lugar na memória” (RODRIGUES, 2021, p. 17, grifo do autor). Se é verdade que o ser humano existe pelas relações que mantêm uns com os outros em sociedade (SILVA; RIBEIRO; KRUSE, 2009), é também por estas relações que há história e

memória (FREUD, 1912-1913/2010); bem como a partir das inscrições que asseguram a memória póstuma, mas também favorecem a marca do fim e de sua conseqüente elaboração, como os ritos fúnebres, o atestado de óbito e a lápide (LEITE, 2019). Aqui se demarca, inclusive, o memorial virtual “Inumeráveis”, idealizado pelo artista Edson Pavoni e muitos voluntários, dedicado à memória e à história de cada pessoa vítima do coronavírus no Brasil.⁶ Nesse sentido, Drawin (2021, p. 60) conclui que

Somente os animais falantes têm história, transcrevem a sua vida no tempo, amarrando com os fios da memória o seu hoje e o seu ontem e lançando-os adiante na perscrutação do amanhã. A linguagem, sendo depositária do tempo, e sendo este o registro do caráter efêmero das coisas, então aquela também é a guardiã da morte.

E, com Leite (2019, p. 17), reafirmamos a importância do reconhecimento da alteridade, da morte do outro e daquele que sofre a dor da perda:

Para aqueles que nem sequer puderam dizer a última palavra, porque encontraram a morte repentina, resta a possibilidade de reconhecimento na memória daqueles que ficaram. Resta, ainda, o apoio a ser dado às famílias que sofreram com essa tragédia. A ideia de solidariedade no direito romano expressava, primitivamente, as responsabilidades individuais em relação à comunidade. Tal ideia aponta para a importância da memória social como fator que traz para cada indivíduo de uma comunidade o sentimento de pertencimento tão fundamental ao convívio humano. Seguindo Freud, podemos apostar que as marcas, os restos deixados pelo que foi destruído são também as marcas de um possível recomeço que tenha como referência o sentimento comum da solidariedade.

À vista disso, para além da importância do registro simbólico e documental que se faz ao apresentar a realidade da pandemia e de suas incidências no social e nos serviços de saúde, inclusive como profissional atuante neste tempo e como uma marca que se imprime diante do vivido, constatamos, também, que a morte escancarada pela Covid-19 produziu (e ainda produz) efeitos importantes nos profissionais de saúde. Essa observação se verifica, principalmente, para aqueles que trabalham nas unidades de terapia intensiva, a partir da intensificação da confrontação com a experiência de finitude dos pacientes, com o sofrimento dos familiares enlutados e com a vulnerabilidade do corpo que já se fazem presentes nesses setores, a despeito da pandemia, como será discutido a seguir.

5.4 A terapia intensiva e o profissional de saúde: (des)encontros com a morte

Percebemos, portanto, que o tratamento de pacientes em contexto de proximidade

⁶ O memorial pode ser acessado pelo site <https://inumeraveis.com.br/>. Seus idealizadores pretendem, ainda, transformá-lo em uma experiência física e aberta à população, na cidade de São Paulo, como apresentado no site.

com a morte é recorrente na atuação dos profissionais de saúde nas instituições. Segundo Pitta (1999, p. 28), “na Idade Média, a morte estava nas salas de visitas; hoje, ela se esconde nos hospitais, nas UTIs, controlada por guardiães nem sempre esclarecidos da sua penosa e socialmente determinada missão: o trabalhador da saúde”. Monteiro (2017) destaca que, se por um lado os encargos da morte foram delegados à equipe hospitalar, por outro, verificamos que não houve a preparação adequada para as incidências subjetivas sobre os profissionais. Como consequência, o paciente também sofre os efeitos dessa afetação. Nesse sentido, cabe

[...] aos que trabalham no hospital produzir uma homeostasia entre vida e morte, entre saúde e doença, entre cura e óbito que tende a transcender suas impossibilidades pessoais de administrar o trágico e, por cumplicidade, caberá também ao enfermo comportar-se com elegância e discrição, de modo a fazer com que a dura tarefa seja mais suave para eles e para quem os assiste (PITTA, 1999, p. 32).

Logo, defrontar-se com os opostos vida/morte, saúde/doença e sucesso/fracasso parecem condição intrínseca do trabalho no hospital. É a partir desse “jogo” que Pitta (1999) põe em evidência que algo resvala para aqueles que ocupam o lugar “privilegiado” de (suposto) poder sobre a vida. Isto porque a dor, a morte, o sofrimento e o choro também estarão presentes em seu cotidiano, muitas vezes de forma escancarada, e apontando para o “não saber tudo” sobre a vida (KOVÁCS, 2010; VIEIRA; MARQUES, 2012).

Também não há como saber, a priori, as motivações de cada um para a escolha do trabalho na área da saúde – sobretudo num contexto que revela os limites da vida, como a terapia intensiva, que tanto se busca encobrir –, mas é presumível que, de maneira mais ou menos consciente, os profissionais a fazem a partir de aspectos de sua história envolvidos com o cuidar, a morte e o morrer, com a dor e as perdas (KOVÁCS, 2010). Em se tratando da profissional de enfermagem, essa relação parece ainda mais particular, já que ela realiza seu trabalho mais intimamente com o paciente e seu corpo em todo o seu ciclo vital, inclusive no processo de morte e na “preparação dos corpos” (DE PAULA *et al.*, 2020). Sendo assim, tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde, entendemos que o hospital é um lugar propício à vivência do desamparo humano, a partir das experiências com o adoecimento e com as perdas que podem remeter a questões veladas, como a própria morte (PETRILLI, 2015). Derzi (2003, p. 3) salienta que, nesse contexto, “[...] histórias trágicas ocorrem, pois ele é um espaço de acontecimentos inesperados, onde se presentificam situações de perdas”.

Dentre os vários setores que compõem um hospital, sabemos que, ao adentrar uma UTI, vida e morte estarão “pulsando” (SECCHIN, 2006). Esta é a unidade hospitalar mais tecnológica, de alta complexidade e com maior monitorização e intensificação dos cuidados aos pacientes em estado crítico, tanto por aparelhos quanto por profissionais, contando com

recursos técnicos e humanos especializados. A aparelhagem cumpre a função de órgãos que não estão bem – como o ventilador pulmonar que dá suporte à respiração, a bomba de infusão para dosar a quantidade correta de medicações intravenosas, o desfibrilador em caso de parada cardiorrespiratória, a máquina que filtra artificialmente o sangue, dentre outros – e os leitos dos pacientes ficam posicionados de forma que estejam “vigiados” sob os olhos e os ouvidos de todos da equipe (SECCHIN, 2006; FAGUNDES NETTO, 2009; MONTEIRO, 2012). Também é o ambiente do hospital onde deve se configurar como o mais asséptico possível, silencioso e ao mesmo tempo ensurdecido com os bipes de tantos aparelhos, com iluminação artificial e refrigeração – sendo considerada, portanto, uma unidade “fechada” (BALDO, 2011; FAGUNDES NETTO, 2009). Logo, apesar do risco de morte ser constante pela gravidade dos pacientes, trata-se, essencialmente, de um lugar de possibilidade de vida por toda a estrutura disponível e investida (OLIVEIRA, 2002).

Não obstante, ainda assim, Vieira e Marques (2012, p. 99) destacam que a terapia intensiva “[...] é um ambiente no qual as angústias e esperanças se confrontam cara a cara. Por um lado, a equipe de saúde tenta manter o corpo vivo, trazendo com isso esperança para a família; por outro, os familiares sofrem por ser o último lugar no hospital ao qual podem recorrer”. Como já se escutou de uma técnica de enfermagem: “a UTI é o final do hospital”. Assim, de acordo com Moraes (2012, p. viii), “[...] apesar de ser um local onde a cura é pretendida, acaba por ser vista não como o local da vida e da plenitude, mas como o lugar da separação, da impotência, da ameaça real de morte”. Sobre o trabalho na terapia intensiva, Fagundes Netto (2009, p. 105) ainda lembra que, todos aqueles que circulam neste setor, “[...] 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”. Considerar a sua presença na UTI, então, é inevitável, pois como Derzi (2003) ressalta, esse setor apresenta, a priori e radicalmente, o corte vida/morte.

À vista disso, há de se considerar que, no espaço hospitalar, a ocultação da morte parece necessária, do ponto de vista psíquico, como uma forma de proteção àqueles que assumem o lugar de cuidado e se deparam com esse inominável recorrentemente (VIEIRA; MARQUES, 2012). Sobre isso, atestam as profissionais de enfermagem ao dizer que “a gente se blinda, tenta sair um pouco da realidade e faz automático para não se afetar tanto” e “não é que a gente vai ficar fria (característica do ambiente da UTI), mas é pra gente não sofrer tanto”.

Além do mais, na unidade de terapia intensiva, a morte, enquanto experiência que se aproxima com o Real proposto por Lacan, por sua face sem sentido e inominável, aparece de modo mais manifesto do que em outros setores, onde surge eventualmente. Isso quer dizer que

os diversos setores no hospital, compreendendo diferentes níveis de complexidade quanto ao adoecimento e ao cuidado, convocam as pessoas que ali circulam a deparar-se com diferentes situações e fantasias em torno da vida e da morte. Na enfermaria, por exemplo, o doente está mais próximo de sua recuperação e de ir para casa do que em uma UTI, onde a gravidade está posta e muitas vezes escancarada. Inclusive, quando ocorre a transferência do paciente internado da terapia intensiva à enfermaria, é um sinal de vida, de melhora e alta hospitalar em breve. Outrossim, o adoecimento por câncer tem o sentido para o adulto mais próximo à morte do que outra doença que não é socialmente tomada por essa representação, ainda mais quando se trata da “morte anunciada”, associando-se a uma doença sem possibilidade curativa (GUIMARÃES, 2017).

Por conseguinte, ainda que a UTI seja uma unidade hospitalar que tem por objetivo a intensificação do cuidado às pessoas, o confronto com o Real parece inevitável em se tratando de pacientes gravemente enfermos, como apresentado. Quer dizer que se trata de um atravessamento não apenas na experiência daqueles que estão doentes ou que acompanham seus entes adoecidos, mas também daqueles que exercem a função de cuidar direta e continuamente, como a equipe de enfermagem. Para essa, os cuidados intensos expõem a necessidade de lidar diariamente com a dor e o sofrimento do paciente sem que haja espaço para dar conta de suas próprias angústias diante do que pode se apresentar (BALDO, 2011). De acordo com Malengreau (1995, p. 88), cuidar de pacientes em fim de vida é defrontar-se com o insensato, na medida em que a morte “[...] mobiliza, até mesmo desaloja, a subjetividade de cada um”. Frente a frente com a morte de um paciente e com as emoções desencadeadas nos familiares, a profissional da enfermagem sente a afetação do que não está prescrito nos protocolos, “a gente não tem reação, mas tem que ter ação”, e precisa seguir trabalhando. Em sua maioria, são as profissionais da enfermagem que seguirão cuidando do corpo do paciente – e em contato próximo com o familiar enlutado –, no momento de sua morte até a sua preparação para a saída do hospital com a empresa funerária.

Assim, a iminência e/ou a concretização da morte podem gerar na equipe um estado de tensão (MORAES; GRANATO, 2014), pois, como dito, a experiência da morte do outro suscita a consciência da própria morte (OLIVEIRA, 2002; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018), assim como a de suas perdas e de seus processos de luto. Daí a função da ilusão de controle, uma vez que é preciso seguir trabalhando junto a tantos pacientes que estão na situação-limite da vida e a tantos outros para os quais a cura ainda é possível. Vieira (2016, p. 186) destaca que “a iminência da morte pode ser constatada nas entrelinhas do texto como algo que também se relaciona com o horror. Confrontar-se com a morte constitui-se em uma experiência desafiadora

das crenças, dos saberes e das convicções que sustentam inclusive a atuação profissional”. Ou seja, “[...] caso não se protegessem dos afetos desencadeados pela iminência da morte, esses profissionais seriam tomados por angústias intoleráveis, que comprometeriam a realização dos procedimentos necessários” (MORAES; GRANATO, 2014, p. 481).

Logo, essa condição de exposição à finitude tantas vezes iminente na unidade de terapia intensiva pode refletir na dificuldade dos profissionais em envolver-se com o paciente e/ou com sua família, e mais, em lidar com a possível morte daquele e os afetos desencadeados. Portanto, conforme Moraes e Granato (2014) e Martins *et al.* (2022) desenvolvem, o distanciamento afetivo de profissionais com pacientes tem relação com o drama vivido e a defesa psíquica pela lógica da indiferença; de modo a não comprometer o “bom atendimento profissional”. Por isso pode ser mais “fácil” responder às demandas a partir da objetividade e do que está prescrito (VIEIRA, 2016; DAL FORNO; MACEDO, 2019; ALTENBERND; MACEDO, 2020), como discutido no capítulo um, mesmo porque parece não haver outro *modus operandi*. Quer dizer, nessa posição, encontram-se submetidos à lógica da instituição “[...] que pretende aprisionar tanto o médico [e a enfermeira] quanto aquele que adoece; [no qual engloba] prescrições a serem seguidas tanto por um quanto por outro” (SOUZA, 1999, p. 36). Observamos, nesse sentido, uma anulação das posições subjetivas, tanto do profissional da saúde quanto do paciente, submetidos a uma estrutura que silencia o sofrimento na instituição de saúde e não permite a circulação da palavra e a sua inscrição numa dimensão simbólica que permita a elaboração da experiência.

Em contrapartida, é também quando a equipe é confrontada com a morte próxima e “pessoal”, de um parente querido, por exemplo, que o Real novamente irrompe e o “lado profissional” pode ser afetado, como declarou uma enfermeira, sobre o seu plantão na terapia intensiva, após a morte do esposo de quem cuidara: “queria *ver* o paciente [para além do corpo], mas não conseguia [porque remetia ao esposo que morrera recentemente]”. Questionou, com isso, como conseguiria cuidar e considerar a possibilidade de vida do paciente se o fez com o esposo e o desfecho foi a sua morte. Isto é, o cotidiano no hospital pode atravessar o sujeito e enlaçar-se com a sua própria história. Em outro momento, na UTI pediátrica, uma técnica de enfermagem se afastou da criança de quem cuidava para não presenciar o seu fim de vida. Fala sobre perdas recentes em sua família que lhe atravessam e, de algum modo, a fazem lembrar e não conseguir sustentar o “lado profissional”. Por vezes, mostra-se difícil sustentar até mesmo o que consta nos protocolos. Sobre isso, Malengreau (1995, p. 87) conclui que “a existência de cada um é feita de encontros com alguma coisa que não pode ser evitada. E é isso que a proximidade da morte real presentifica e mobiliza na estrutura subjetiva”.

Carvalho (2011) ainda aponta que a morte evidencia a castração da equipe de saúde, fazendo-a confrontar-se com suas limitações técnicas. Lembra-se do que uma profissional de enfermagem certa vez afirmou: “sempre há o questionamento sobre a morte, independentemente da idade”. Conforme Mannoni (1995b, p. 46) destaca, “a resistência do meio hospitalar à morte é proporcional à impotência sentida pelo médico quando não pode prolongar a vida de seus pacientes”. É por isso que não é raro que os profissionais, por exemplo, solicitem suporte psicológico aos pacientes e/ou aos seus acompanhantes diante do adoecimento ou de alguma “emergência psíquica”. Esperam que o saber “psi” entre em cena para que se dê conta de tais situações – que podem estar indicando algo de insuportável também para si –, propiciando-se uma melhor adaptação e, conseqüentemente, um melhor funcionamento das práticas exercidas (SOUZA, 1999). É a dimensão do “resto” que se tenta tamponar, discutida no primeiro capítulo. É frente a esse cenário que os desafios de um psicanalista que atua na instituição hospitalar se apresentam, no emaranhado de demandas que surgem nessa tríade – dos pacientes, de seus familiares e da equipe de saúde – sem que, necessariamente, estejam em consonância e visando às mesmas respostas e “resoluções”; assim como na sustentação de cada ato, em meio às padronizações e aos protocolos instituídos (COSTA; SZAPIRO, 2016).

Não obstante, em paralelo, se entre a tríade a morte é um tema interdito, essa posição pode provocar entraves e efeitos na relação de cuidado e nos modos de enfrentamento de cada um (KOVÁCS, 2010). Quer dizer, distanciar-se da morte – manifestado pelos profissionais a partir do afastamento do paciente sem possibilidade curativa, por exemplo – resulta na instrumentalização de seu corpo, na automação das práticas e no não envolvimento com o paciente e sua família que sofrem (MORAES, 2012; VIEIRA, 2016; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). Isto é,

[...] o aparato tecnológico existente na UTI parece ter uma dupla função: em termos concretos, tem a função de evitar a morte, mantendo o doente vivo e estabilizado dentro de padrões médicos “esperados” para uma situação grave, como é o caso do paciente de UTI. No entanto, desde uma perspectiva emocional, este mesmo instrumental pode estar investido da ilusão de que o domínio de técnicas e tecnologias pode deter o próprio rumo da vida em direção à morte. Entretanto, se esta experiência de ilusão não evoluir para o reconhecimento das próprias limitações, haverá uma tendência da equipe ao uso exacerbado de mecanismos de defesa contra essa conscientização, como a negação, a onipotência e uma postura narcísica de superioridade frente à morte (MORAES; GRANATO, 2014, p. 480).

Assim, os vários sujeitos envolvidos nesse espaço se deparam com o Real desvelado e se apresentam das mais diversas formas (AZEVEDO, 2018). O enigma se coloca aí, sobre qual posição cada um, singularmente, assumirá nesse encontro e quais os efeitos sobre o outro

de quem cuidam. De acordo com Malengreau (1995, p. 88),

O encontro com pacientes em estado terminal [...] impõe ao profissional uma escolha. Esta escolha pode ser chamada ética, na medida em que implica, do lado do profissional, um julgamento sobre sua ação. Trata-se para ele de saber se esta ação é adequada não apenas ao objetivo que ele se dá, mas igualmente ao que a situação tem de mais real para o próprio paciente [e à sua família].

Percebemos como a linha é tênue, se a negação da morte e de suas vicissitudes gera a impossibilidade de criação e movimento desejante, na UTI, ela assume um caráter protetivo para os profissionais, mesmo que nem sempre nem absolutamente. Mas, e para os pacientes, qual o seu efeito, já que se trata do singular de cada vida (e morte)? Como essa posição se lança a eles? Certamente, os profissionais da terapia intensiva não têm sequer chance, espaço ou tempo para acessar este aspecto – e, muitas vezes, nem mesmo quem os escute. A lógica operante é outra. Nesse sentido,

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 (FAGUNDES NETTO, 2009, p. 107).

Na UTI, o tempo é urgente, atravessado radicalmente pelo Real (CALAZANS; AZEVEDO, 2016). Para os pacientes internados, trata-se de um tempo indeterminado, para os familiares é limitado, pois há o controle de acesso ao setor “fechado”, enquanto, para os profissionais, é um tempo ininterrupto, denso, “não há tempo a perder” – inclusive, quando um paciente morre, logo outro ocupa seu lugar no leito. Consequentemente, “não sobra tempo” para dar conta de outras inquietações – como o próprio “despertar” diante da experiência – que não a realização de seu trabalho técnico. Na lógica médico-institucional não costuma haver brechas para os “restos”. Sendo assim, o silêncio impera, seja do paciente, da família ou da equipe; é a marca do ambiente da UTI, com exceção dos alarmes incessantes dos aparelhos (VIEIRA; MARQUES, 2012). É o silêncio diante do inominável da morte. Como Freud (1915b/2010) evidenciou, a forma de colocá-la de lado, eliminá-la da vida, é reduzindo-a ao silêncio. Todavia, é este silêncio que também impede a possibilidade de expressão, não só dos que sofrem diretamente as consequências da doença como os pacientes e suas famílias, mas também dos profissionais de saúde.

Assim, examinando tais questões de modo ainda mais particular: ao adentrar nas unidades de terapia intensiva que tratam de bebês e crianças, como elas se fazem presentes (ou ausentes) nesse contexto? Parece que algo diferente toca essa relação quando se trata do

trabalho no eixo pediátrico. Há algo que (co)move, como será discutido a seguir.

5.5 A morte da criança, a equipe de enfermagem e a presença do psicanalista na instituição de saúde

“Falar da morte, para que a morte psíquica não invada tudo, para que ela não predomine sobre a morte do corpo” (MATHELIN, 1999, p. 90).

A criança, diante do adoecimento orgânico e da necessidade de sua hospitalização, depara-se com uma realidade estranha e invasiva, assim como estará sujeita a limitações e imposições oriundas não só de sua condição de enferma, mas também de seus pais e, sobretudo, do saber médico (ANDRADE, 2019; COUTO; CASTRO, 2019; GUIMARÃES; PEREIRA, 2018; MORETTO, 2020). A partir de então, ela será cuidada, durante um tempo indeterminado, por uma equipe de saúde que exercerá um trabalho sobre seu corpo doente. As condutas médicas são estabelecidas em seu caráter mais ou menos invasivo a depender do seu quadro clínico, visando sua cura. E mais, em se tratando de uma doença grave, que apresente instabilidade e risco de morte, demandando “respostas curativas, imediatas e urgentes” (FAGUNDES NETTO, 2009, p. 104), ela precisará de constante monitoramento de seus parâmetros em um centro de terapia intensiva pediátrica, ainda que tais cuidados não sejam garantia de sua melhora e recuperação. Ficará sob os cuidados intensivos dos profissionais e sem a presença constante de seus pais.

Lembrando o que vem sendo discutido, Gomes e Próchno (2015, p. 786) destacam que “o hospital é uma instituição que personifica o mito da cura e do poder sobre a vida, sobre a doença e sobre a morte”. Em contrapartida, a terapia intensiva é imaginariamente concebida como um ambiente que concretiza a possibilidade de morte do indivíduo, haja vista os cuidados intensivos e os aparatos tecnológicos necessários que sustentam o trabalho de busca à recuperação da saúde do paciente em estado grave. A ambivalência permeia a concepção desse espaço, pois pensa-se que é o local onde se morre no hospital, mas é também a unidade onde os pacientes graves têm mais chances de viver a partir dos cuidados empreendidos. Vida e morte parecem andar lado a lado, dos pacientes, de seus familiares e da equipe.

Sendo a UTI considerada uma unidade “fechada”, Moraes (2012) lembra que o acesso e a circulação não só dos profissionais, mas também dos familiares, são controlados mediante horários de visitas para entrada ao setor. Isso indica que a equipe de saúde, mais especificamente a enfermagem, é que mantém maior proximidade com o doente, seu corpo e

seu sofrimento. Logo, na condição de assepsia e distanciamento dos familiares, as enfermeiras e técnicas de enfermagem passam a ter mais contato com a criança adoecida do que os pais, e são elas as responsáveis pelos cuidados diários – podendo incluir aqui, inclusive, a dimensão maternal e afetiva: do toque, da palavra, do olhar e do cuidado com o corpo da criança. Desse modo, a criança e o bebê internados na terapia intensiva serão submetidos a excessivos cortes, invasões e restrições e as funções de cuidado mais elementares (de alimentação, banho, trocas de fraldas, dentre outras) serão delegadas a outros que não as suas figuras conhecidas de cuidado. A profissional de enfermagem está, assim, diária e intimamente cuidando da criança e de suas demandas, desde a sua admissão na unidade até a sua saída, seja por transferência de leito ou mesmo por sua morte.

Em se tratando da morte na infância, essa imagem parece tratar-se mais de uma contradição do que de uma possibilidade, pois “a pediatria é esperança [de vida e de futuro]”, como se escutou uma médica pediatra enfatizar, “criança é movimento, alegria, funcionalidade”, afirmou a fisioterapeuta, e “criança não é pra tá parada num leito de hospital, doente. Criança é pra brincar, correr”, disse uma técnica de enfermagem. Em referência a essas falas, é possível apresentar, com Vorcaro (1999), que a criança assume o estatuto de representação narcísica dos pais e da cultura, lugar de realização do que aqueles não fizeram, lugar de prevenção e de ortopedia em direção ao ideal da civilização. Segundo Marques *et al.* (2013, p. 826), “a valorização da vida em seu desabrochar, da criança, como símbolo de um ‘vir a ser’, revela a necessidade da comunidade humana de proteger seu próprio futuro e renovar a esperança em novas gerações”. E mais, sequer há palavra para definir a perda de um filho (que dirá quando ainda criança), esse acontecimento aproxima-se ao lugar do indizível. Logo, à infância é reservada a inocência, a despreocupação e o cuidado do outro (GOMES; COUTINHO, 2013), enquanto “ainda não se começou a viver” (ARIEËS, 1986), como socialmente pode-se apreender esse momento da vida – embora sobre isso a psicanálise faça ressalvas importantes.

Então, como conceber a sua morte se “sua vida ainda nem iniciou”? De acordo com uma técnica de enfermagem da UTI pediátrica, “[a morte de uma criança] é completamente diferente, mais difícil. Porque o adulto a gente sabe que *já viveu*”. Por isso, para os adultos, a morte da criança atinge a ordem do “não natural”, subverte o curso da vida, conferindo-lhe lugar apenas na velhice – ainda que aqui ela também assuma formas de ser encoberta. Segundo Rodrigues (2006), a morte na infância é considerada “insólita”, não é esperada nem aceita. Sendo assim, é reconhecida como uma morte “precoce”, que escancara o mal-estar, o desamparo do adulto e a própria morte dos ideais construídos.

Mesmo assim, também já se escutou certa contradição ao pensar a morte em diferentes “tempos de vida”: a morte de um bebê prematuro internado na UTI neonatal pode ser “mais fácil” do que a de uma criança maior que “já foi para casa, cresceu e conviveu”, pois o primeiro “não deu tempo de criar o vínculo ainda” (com a equipe?); e o idoso que morre, em comparação, pode gerar aceitação por ser previsto, uma vez que “já viveu, conseguiu chegar na idade de ficar velhinho e morrer”. Para mais, o caso de crianças saudáveis que sofrem um acidente e a sua morte é súbita ou aquela que já nasce com um quadro clínico agravado e impõe o processo de luto “antecipado” por sua vida “frágil” produzem experiências diferentes em relação à morte de uma ou outra, no que diz respeito a “ser esperada” ou não a sua partida. Mas, em qualquer uma delas, escuta-se a comoção por tratar-se de uma criança, seja aquela que morreu tragicamente ou a que foi cuidada enquanto foi possível.

No entanto, de acordo com Ariès (1986), nem sempre a criança assumiu esse lugar social, muito menos no que diz respeito à sua morte e consequente comoção. Somente a partir do século XVI a infância foi reconhecida e, gradativamente, a criança passou a ocupar um lugar diferenciado do adulto na sociedade. Até então, tratava-se de um período de transição, enquanto um adulto em miniatura, e que também morria em grande número como qualquer outra pessoa. Essa indiferença era consequência da grande ocorrência de mortes e das condições demográficas da época; isto é, assim como os adultos, as crianças também morriam. Conforme Costa (1983) evidencia, a imagem da criança frágil, merecedora de cuidado e afeto, é uma visão recente. Isso não quer dizer que as diferenças entre adultos e crianças não fossem percebidas, mas elas não possuíam o mesmo valor que foi reconhecido posteriormente. Segundo o autor, a criança somente saiu de seu anonimato a partir dos estudos sobre evolução, diferenciação, gradação e heterogeneidade, passando a ser reconhecida individualmente em relação ao adulto e assumindo um novo lugar na família e na sociedade.

Levando em conta essa construção social, Mannoni (1995b, p. 94) destaca que, na contemporaneidade, “a morte de uma criança toca o adulto em suas forças vivas, a ponto de poder estancar seu próprio gosto de viver”. A partir dos estudos de Shimizu e Ciampone (1999) em uma UTI, a equipe de enfermagem ressaltou que a morte dos pacientes é uma das situações mais difíceis de ser enfrentada e elaborada, principalmente quando são jovens e crianças em longa permanência hospitalar. Assim, podemos pensar que estar diante da possível morte do outro, principalmente da criança, é ter a verdade da finitude da vida revelada, inclusive em sua dimensão universal, evidenciando o trágico do ser humano e, por excelência, a sua castração (GUIMARÃES; PEREIRA, 2018). Em vista disso, seu distanciamento pode ser a saída para evitar essa constatação, pois ter ciência da morte do outro é deparar-se com a possibilidade da

sua própria e é isso que causa temor aos homens, é o seu conhecimento que se torna um problema (ELIAS, 1982/2001). Rodrigues (2006, p. 17) ainda ressalta que “para um ser pensante, não é a morte, categoria geral e indefinida, que coloca um problema, mas o fato de que ele, sujeito pensante, morre – o fato de que ‘eu’ morro”.

Fazemos um acréscimo, aqui, à tentativa de distanciamento psíquico frente ao morrer quando se pensa na dificuldade que os adultos têm em considerar a visita de crianças dentro do contexto hospitalar, para reverem e/ou se despedirem de seus entes queridos adoecidos. Parece mais um cenário de exposição ao que se tenta manter velado. Quer dizer, a criança solicita a visita, uma vez que percebe a ausência do familiar internado, mas há o temor em “traumatizá-la”, caso visualize o doente. Seu adoecimento e sua gravidade muitas vezes são encobertos, na fantasia de que a criança “não sabe o que está acontecendo”. Mas e o que dizer da criança que fica alheia ao “desaparecimento” do outro que ama? Percebemos que os adultos se angustiam, na verdade, com a revelação da cena também para si, com o que devem falar à criança, como prepará-la e como será a sua reação. E se surpreendem, na realidade, com a espontaneidade e o afeto envolvidos no encontro tão esperado, com as palavras ditas expressamente ou nas entrelinhas, com o silêncio sustentado pelo olhar afetuoso, com a curiosidade sobre quem cuida de seu parente e sobre quem são seus “companheiros de quarto” que também estão doentes ou mesmo com os desenhos construídos para colocar na cabeceira do leito do seu familiar de quem sente saudade. Sobre isso, Pitta (1999, p. 37) lembra: “hesita-se ainda em deixar exteriorizar a dor por receio de impressionar as crianças e os mais velhos na sociedade de hoje, como se esses não a sentissem tantas e tantas vezes”.

Assim, retornando à discussão, como Freud (1915b/2010) apontou, a morte é inevitável e intrínseca à vida. Isso quer dizer que ela existe para todos, não tem idade, ainda que inconscientemente o ser humano acredite ser imortal. Segundo ele,

Essa postura cultural-convencional diante da morte é complementada pelo total colapso que sofremos quando morre alguém que nos é próximo. [...] Enterramos com ele todas as nossas esperanças, ambições, alegrias, ficamos inconsoláveis e nos recusamos a substituir aquele que perdemos (FREUD, 1915b/2010, p. 231).

Em “Mal-estar na civilização”, Freud (1930/2010) também expressa que uma das fontes de sofrimento humano é a percepção de fragilidade do próprio corpo. Acrescentamos: deparar-se com o outro e seu corpo que adoece e morre, é defrontar-se com aquilo que também diz de si. Então, estar na presença de uma criança em processo de terminalidade é ter a consciência, de modo escancarado, de que se é também mortal, uma vez que “a criança hospitalizada nos confronta com esse real de que a morte não é o fim da vida, mas o que

estabelece o fim à vida” (CARVALHO, 2011, p. 7).

De outro modo, a relação da criança com a sua doença, assim como o sentido dado à morte, difere daquele vivido pelo adulto. Muitas vezes, a criança sequer fala sobre sua enfermidade e isso não quer dizer que ela não saiba o que está se passando com seu corpo, pelo contrário, ela sabe – pois sente –, mas isso não é uma questão como é para os adultos, uma vez que estes se confrontam com algo de outra ordem, como mencionado. Andrade (2019) discute sobre os efeitos da hospitalização para uma criança, pois,

[...] ao ser hospitalizada, [ela] perde muito de sua subjetividade. [...] A situação nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) pediátricas é ainda mais complexa: horários de visitas rígidos, maiores intrusões ao seu corpo, como sondas, acessos, fistulas, constantes retiradas de sangue e aferição de dados vitais. Todos esses processos apagam pouco a pouco a particularidade, o que há de único nesse sujeito dividido (ANDRADE, 2019, p. 5).

Por isso, a demanda da criança, frequentemente, é outra, não diz respeito à doença que ela tem e a possibilidade de morte, mas às limitações impostas e às renúncias necessárias diante de seu adoecimento, ao desamparo sentido frente ao desconhecido – intensificado quando não se fala o que está acontecendo com ela –, às questões de seu lugar enquanto sujeito, e, sobretudo, ao seu próprio desejo. Inclusive, constantemente, convocam as profissionais de enfermagem que estão ao seu lado diariamente para serem continentes frente ao lugar de desamparo vivido no contexto da terapia intensiva – por meio do choro, do grito, da palavra, da irritação, da não adesão ao tratamento, do comportamento que chama atenção, do pedido por acalento. Por conseguinte, frente a estas convocações do paciente pediátrico, contrariando os protocolos e o que se espera da relação instituição médica-doença, descobrimos que pode acontecer a “intensificação” do cuidado clínico e afetivo da equipe de enfermagem sobre os bebês e as crianças. Como indicado, parece existir “algo a mais” que retorna aos profissionais e reflete no tratamento que será ofertado no eixo pediátrico e no que lhes sustenta neste setor, a despeito da dureza que é revelada no trabalho na terapia intensiva e a confrontação com a experiência da morte. De acordo com Mathelin (1999, p. 93), “as enfermeiras preocupam-se bastante em tentar decifrar os apelos do bebê e em lhe proporcionar o máximo de conforto possível”.

Esse lugar “especial”, assumido pelas técnicas, é inclusive reconhecido pelas mães quando vão visitar seus filhos, pois é para elas que primeiramente recorrem querendo notícias sobre como está o seu estado de saúde. Segundo uma técnica de enfermagem, isso ocorre porque o médico não é “exclusivo”, precisa cuidar e avaliar muitos pacientes, assim como a equipe multiprofissional se distancia em determinado momento, já a equipe de enfermagem, não. Situa-

se próxima e continuamente, na beira do leito com o paciente. Isto é, “querendo ou não, *sobra pra gente*. É a gente que vai recepcionar [a mãe quando chega no setor], é a gente que tá ali”. O que “sobra” parece ter relação justamente com os “restos” que a cientificidade não dá conta, o para-além dos protocolos, como abordado no capítulo um.

De acordo com Mathelin (1999, p. 99), a relação da profissional com o paciente também pode ser transposta à mãe, confirmada por uma técnica que declara que “a gente tem muito apego também à mãe, né? Quando é uma mãe que cuida, que quer aquele bebê”. Isto é,

As enfermeiras tranquilizam as mães, autorizam-nas a ver o bebê, permitem conversas mais “leves” e a cumplicidade. As mães com frequência preferem conversar com as enfermeiras a conversar com os psicólogos do serviço, com quem se sentem menos livres, julgadas, e que sobretudo não têm contato direto, corpo a corpo, com o bebê. É do bebê delas que querem falar, não delas, não, em todo caso, num primeiro tempo (MATHELIN, 1999, p. 99).

Logo, as profissionais de enfermagem situam-se entre aquelas que melhor conhecem e cuidam do paciente, naquele contexto, mas reconhecem a posição difícil que é estar nesse lugar, pois o que acaba “sobrando”, também, é quando o paciente não vai bem clinicamente e as mães lhe questionam. Apressam-se em dizer “se dirija ao médico”, “pra tirar um pouco da responsabilidade da gente”, pois “querendo ou não, a gente absorve mais, a gente sente mais a dor do parente quando chega [...] a gente presencia e sente aquela dor”. Por outro lado, na hora de sua morte, são elas que cuidam de seus corpos com afeto e oferecem à mãe para pegar no colo como despedida. Por mais fragilizadas que possam estar, muitas vezes, fazem questão de ser a responsável pela preparação no pós-óbito, pois foi quem cuidou desde o início – mas não sempre, às vezes as próprias colegas percebem o sofrimento diante da morte do “seu bebê” e oferecem para cuidar do processo final, “tira ela de perto, não deixa ela [a técnica] ver”. Assim, a equipe de enfermagem parece funcionar sob seu próprio regimento – fazem até “rodízio” entre os pacientes depois de determinado tempo de internação, como meio para dar conta da “intensificação” dos afetos –, atentas ao que há de afetação e impossibilidades em seu trabalho junto aos pacientes e às famílias na terapia intensiva.

Ademais, é também a profissional de enfermagem que parece, muitas vezes, resgatar a criança ou o bebê do lugar de assujeitamento no hospital pela relação simbólica e de proximidade que se estabelece. Gomes e Próchno (2015) advertem sobre os mecanismos de desterritorialização e de desassenhramento no contexto de hospitalização, onde o sujeito é destituído de si, pela perda de controle sobre seu corpo doente, e por ser atravessado por uma nova rotina, outras vestes, não há privacidade; assim como a possibilidade da finitude desbanca o campo das certezas e produz cisão e sofrimento. Quanto ao resgate do paciente enquanto

sujeito, no caso de bebês internados que serão institucionalizados para adoção, a relação investida pela equipe parece tomar um sentido particular. Mediante o investimento das profissionais, o bebê sai do anonimato, comemoram seus meses de vida, “idealizam” seu nome (até que seja legalmente registrado) e sua história passa a ser escrita, também, a partir de sua passagem durante a hospitalização com a equipe. De acordo com Mathelin (1999, p. 97), nesses casos,

O investimento da equipe parece então ser diferente. Quem não tem em um momento ou outro o fantasma de levar para casa esse bebê abandonado? A vocação de boa mãe adquire então toda a sua extensão. [...] Tudo se passa como se a ausência da mãe de nascimento nas horas de visita permitisse investir esse bebê de modo bem diferente.

À vista disso, do lado da equipe de enfermagem, verificamos o respeito com a criança e com seu corpo, zelo em seus cuidados. Inclusive, Moretto (2006, p. 105) lembra da importância do Outro para que o organismo passe a ser corpo, “ao ser investido de fantasias e revestido por palavras”; consideração essencial quando se trata da terapia intensiva e do tratamento de bebês e crianças, por exemplo. Ou seja, ressaltamos a importância do endereçamento do profissional que se deixa “capturar” pela criança, aceitando a interação e a troca, não apenas como observador ou manipulador de seu corpo (MATHELIN, 1999). Enlace também fundamental, pois, como Mathelin (1999, p. 93) destaca, “para ser continente, é preciso poder dar algo de si mesmo. É isso que nos parece essencial nesse laço da equipe com os bebês”. À propósito, não é incomum de se escutar quando uma técnica de enfermagem diz sentir-se “responsável” por determinada criança, pois, na ausência da mãe, é ela quem, além de cuidar do aspecto clínico, “conversa e dá carinho” – mesmo que o paciente esteja sedado e sem interação, pois “o colo também é curativo”. São profissionais que, por vezes, consideram-se “mais mães dos pacientes do que as próprias mães” devido aos seus cuidados maternos diários. Nessa identificação à posição da mãe no cuidado, tem momentos que até mesmo se confunde se estão falando de si ou dos pais do paciente em questão. Sobre essa relação, Mathelin (1999, p. 90) aponta:

Em certos serviços de neonatologia, as auxiliares de enfermagem são também chamadas as acalentadoras; são elas que têm por missão, além dos cuidados habituais, “encantar” os bebês. Elas os conhecem bem, sabem com frequência dizer o que eles sentem, o que querem, falam mais facilmente do caráter ou dos hábitos deles do que falam os médicos. O ritmo da respiração, a insistência do olhar, o desejo de retraimento ou de evitação são imediatamente identificados. No momento da toailete, pode-se às vezes brincar e, apesar da carga de trabalho, elas gostam de conversar um pouco com eles. Dão um banho mais longo naquele que parece sentir mais prazer nisso, são mais rápidas com aquele outro que se mostra angustiado. Esta cumplicidade que elas sabem criar com a criança é extremamente preciosa.

São relações de cuidado e investimento simbólico e afetivo estabelecidos com cada criança, mais ou menos identificadas à sua própria história e ao que é possível de ser realizado. Assim, escutamos constantemente o impasse da equipe entre o “pessoal” e o “profissional”, suas atitudes para se deixar ou não capturar e cuidar da criança para além da mera instrumentalização. Julgam precisar de limites para “não sofrerem tanto”, “não entrar muito”, pois acabam “levando e sofrendo em casa”, em todo processo de separação – seja pela alta hospitalar seja por sua morte. Apesar disso, uma enfermeira, certa vez, também reconheceu, diante do cuidado a crianças em longa permanência hospitalar: “Meu esposo diz que não é pra eu ficar me apegando a essas crianças. Mas como não vou me apegar? Fico todo dia com elas!”. Quanto a isso, Mathelin (1999, p. 97) diz que

A problemática do luto está constantemente presente numa equipe como esta. As crianças estão quase sempre em perigo de morte, pelo menos durante os primeiros dias de sua entrada no serviço. Quando se curam, às vezes após longas semanas, deixam o serviço com os pais. A equipe deve fazer seu luto de ser uma boa mãe todopoderosa que daria a vida aos filhos. É a este preço que um lugar pode ser dado às mães no serviço.

Deste modo, a tarefa de cuidado que estabelecem, com cada criança e com seus pais, parece ter relação com suas experiências pessoais – por exemplo, quando determinada profissional diz não suportar cuidar de crianças mais velhas na UTI pediátrica e faz a associação à própria filha e à sua maternidade ou quando indagam e reclamam sobre determinada mãe ou pai e sua relação parental “insuficiente”. Segundo Telles (2006, p. 7), “[...] a concepção de cuidados que o enfermeiro possui é forjada não somente a partir de um aprendizado intelectual adquirido dentro na vida acadêmica, mas também em um aprendizado pessoal relacionado à vida familiar”. Por outro lado, também é interessante que, por mais que afirmem “se proteger” quanto ao envolvimento com os pacientes, surpreendem, pois sabem exatamente o que cada um precisa quando chora, sabem daqueles que gostam de banho no ofurô, de “ir pra pracinha dar uma volta” (dentro da própria unidade, trata-se de tirar o bebê do berço e levá-lo no colo para a poltrona), qual é o bebê “manhoso” ou o “fofoqueiro”.

Quer dizer, a sustentação de seu trabalho em uma unidade que expõe a relação limítrofe entre a vida e a morte, justo de bebês e crianças, pode ser pautada no que cada um recolhe de sua história pessoal, de sua posição frente aos pacientes e dentro da equipe de saúde; assim como também no que há de vida a ser cuidada e pela qual se é “capturado”. Talvez seja, então, porque não é só da morte que se trata nesse espaço, mas também da vida, das “surpresas das crianças”, o que fica enquanto marca para cada profissional nessa relação; por mais que a morte também faça seu corte e escancare o Real em algum tempo. Sobre isso, disse uma técnica

de enfermagem: “O que me leva a continuar é que *as crianças surpreendem*. [...] De achar que é o fim, depois volta pro começo. É um aprendizado todo dia. Mesmo que evolua pro óbito, *a gente faz tudo que pode*”. Portanto, no hospital, podemos agora reconhecer que não é só a morte em sua dimensão concreta – o paciente que morre – de que se trata, mas o que retorna e atravessa os profissionais a partir da relação estabelecida com os pacientes e de suas confrontações com o Real.

Na relação com a morte do outro, Lo Bianco e Costa-Moura (2020) declaram que o que está em jogo é o lugar de cada um, como sujeitos. O trabalho de luto que se exige nesse momento diz respeito ao lugar de cada um na relação com aquele que morreu. Quer dizer, “[...] se trata não apenas de saber o que o morto representa para mim, mas que lugar me era dado na vida social pela minha relação com quem morreu” (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020, p. 7). Quanto aos profissionais de saúde, também é desse lugar que se pode falar, principalmente quando a relação com o paciente e sua família se apresenta tão “intimamente” como a estabelecida pelas profissionais de enfermagem. E Leite (2019, p. 17, grifo nosso) ainda lembra que

Talvez o mais difícil de todos os trabalhos clínicos, e que mais nos coloca à prova, seja o processo de acompanhar alguém com uma doença terminal ou mesmo ouvir um discurso sobre a morte. Isso porque somos obrigados a nos aproximar da finitude e nos encontrar com o não senso radical da vida. [...] De certa forma, *fazer o luto de nós mesmos* é a proposta da psicanálise. Processo de destituição subjetiva, onde precisamos rever nossos ideais, aproximando-nos de um encontro consentido com o inominável. *Para que isso seja possível é preciso, indiscutivelmente, a presença do outro*. Testemunha, interlocutor, que possa ouvir e reconhecer com total desapego a palavra que advém do sujeito em sofrimento. Essa é a função do psicanalista.

Há, portanto, uma certa inversão, pois o trabalho é sobre o paciente, mas a sua “execução” tem a ver, de forma mais ou menos consciente, com o que diz e sabe sobre si mesmo. A questão é o que irrompe aos profissionais, para além do que as técnicas e os protocolos dão conta, merece ser escutado para que seja possível um “saber-fazer” com isso que é seu e que tem efeitos no outro. O que é da ordem do sujeito merece ser escutado para que encontre palavras que façam borda ao Real ameaçador e ao inexorável da vida, abrindo espaço para o “despertar”, a simbolização e o deslizamento na cadeia significante. “É, portanto, sob a perspectiva de um trabalho que reinstaura o lugar perdido do sujeito que podemos entender o luto como parte de uma reverência feita à morte, particularmente quando pensamos em sua dimensão impossível de ser desmentida” (LO BIANCO; COSTA-MOURA, 2020, p. 7).

Que seja possível considerar o que há de intrínseco ao hospital não mais como os meros opostos vida/morte, mas fusionais, não excludentes, assim como a relação entre as

pulsões de vida e de morte propostas pela teoria freudiana (FREUD, 1920/2020). Mas, como Freud (1917 [1915]/2010) também enfatizou, a realização do luto se dá aos poucos, com a aplicação de tempo e energia de investimento. E, para tanto, possibilitar a circulação da palavra e a inscrição da perda na cadeia significante para a efetivação desse trabalho pode ser necessária. No contexto hospitalar, essa relação temporal, assim como o espaço de expressão, dificilmente se apresenta – ainda mais quando se considera o ordenamento para continuar o trabalho de cuidado às outras crianças, mesmo com a morte de um paciente.

Sobre isso, Lo Bianco *et al.* (2020) ratificam a importância de um lugar de fala e reflexão por parte da equipe de saúde, a partir do que desenvolvem em seu Grupo de Trabalho no hospital:

[...] ressalta-se o lugar criado para que os profissionais reflitam sobre as questões que enfrentam na prática e que dizem respeito não apenas à técnica, mas ao envolvimento de sujeito no desempenho de suas ações clínicas. O profissional não é aqui apenas um distribuidor de serviços, mas acompanha seu trabalho com a reflexão e as justificativas de porque faz o que faz e como é afetado em sua própria vida pelo que faz (LO BIANCO *et al.*, 2020, p. 3).

Contudo, habitualmente, como já discutido, não há tempo nem espaço para essa realização na instituição médica, uma vez que a rotina de trabalho e sua estrutura não permitem, pelo contrário. Sobre o “resto” e o Real não se quer ou não se pode falar, mas sentem-se os efeitos desse silenciamento. Por vezes, nem mesmo os profissionais sabem que é disso que se trata, até que lhes seja oferecido o lugar de fala e a confrontação com o próprio dizer. A construção de um dispositivo clínico de escuta do profissional de saúde na instituição pode se constituir como fundamental, assim, nesse entrecruzamento discursivo, a partir da posição ética da presença do psicanalista na instituição, do estabelecimento da transferência e das aberturas possíveis no (des)encontro consigo mesmo. Ao buscar o espaço para falar sobre aquilo que causa inquietação em sua prática, o profissional confronta-se com o que é revelado: o que diz, essencialmente, sobre si mesmo, nisso que se queixa e nos efeitos sobre o outro em relação.

Azevedo (2018, p. 211) lembra que, no hospital, “[...] a emergência e o mal-estar subjetivo não precisa de convite, há algo do sujeito que não cessa de se apresentar, pois onde está presente a linguagem estão presentes também seus efeitos, inclusive aqueles que se situam para além da consciência”. Por isso, a possibilidade de dar voz ao sujeito e ao seu desejo retira-o da função de “mero distribuidor de serviços” (LO BIANCO *et al.*, 2020). Permite ao sujeito a reflexão sobre o que lhe atravessa e faz questão, na possibilidade de que “o luto de si mesmo” possa ser produzido; considerando o que antes era tomado como verdade, impregnado de sentido e tamponava as possibilidades de expressão, mas foi desbancado por algum encontro

na prática do hospital. À propósito, Altenbernd e Macedo (2020) destacam sobre o fazer clínico da enfermagem, sustentado não apenas pelo conhecimento técnico, mas também, pelo reconhecimento do que há de singular, no encontro com o Real:

É evidente o valor da oferta de capacitações profissionais, porém, também, se faz inquestionável a necessidade de que essas não se restrinjam ao aprimoramento dos protocolos. A combinação entre o rigor técnico e a capacidade criativa, decorrente da abertura sensível ao real, sustentará uma efetiva prática de cuidado exercida pelo sujeito profissional no contexto de Enfermagem (ALTENBERND; MACEDO, 2020, p. 29).

À vista disso, Andrade (2019) aborda sobre a possibilidade de atuação do psicanalista e seu propósito na instituição de saúde diante de pacientes e familiares, mas que também é possível transpor e considerar os efeitos da escuta analítica aos profissionais atuantes nesse espaço:

O sujeito, ao saber que existe um campo em que possa falar sobre suas questões, permite que a cadeia significante, antes interrompida, volte a deslizar. Esse campo de fala que possibilita o deslizamento da cadeia permite também que o sujeito volte a fazer laço social, laços que foram afetados ou interrompidos pela situação de hospitalização [e de confrontação com a morte]. [...] Não é um trabalho de recuperação, e sim de invenção (ANDRADE, 2019, p. 5).

É por isso que o analista deve permitir que o sujeito deslize em sua cadeia significante e possa produzir novos sentidos para a situação em que vive, de modo a enxergar alternativas e saídas para o que, “[...] no discurso médico, muitas vezes é dado como um destino único e certo” (CARVALHO, 2011, p. 35). A propósito, lembramos do que uma técnica de enfermagem pôde produzir a partir da vivência do luto de sua mãe e da abertura para falar sobre sua perda: “Como uma ferida que tá aberta, e *a fala ajuda a colocar uma coberta, para unir as bordas, como um curativo*. Quando ainda tá doendo muito, é como se estivesse necrosado por fora e dentro tá mais feio ainda”. Assim, conforme sublinha Azevedo (2018, p. 214, grifo do autor), a respeito da posição do analista na instituição: “buscamos ocupar um lugar que acolha a contingência, o imprevisto, as surpresas, o encontro com o real, possibilitando, assim, a abertura de um tempo de compreender que possa ser marcado pela possibilidade de um instante de ver e um momento de concluir *a posteriori*”. Para mais, de acordo com Mathelin (1999), a possibilidade de encontro entre os profissionais de uma equipe para falar sobre sua prática, juntamente à inserção do discurso analítico, também tem um efeito importante, para trabalhar “com” e não “contra” o discurso médico:

Propor-lhes, por outro lado, falar das dificuldades que encontram, fazer com que entendam uma outra abordagem do bebê e de sua família, questionar conosco a transferência da equipe e as reações de uns e outros diante da história diferente de

cada criança parece-nos ser uma posição mais frutífera (MATHELIN, 1999, p. 83).

Portanto, nesse percurso de escuta, constatamos o que Moretto (2019a) alertou, sobre o risco que se apresenta diante da exclusão da subjetividade. Isto é, “[...] num contexto onde a subjetividade é tomada como um risco, a Psicanálise vem trabalhar com a hipótese de que o arriscado é, justamente, a exclusão da subjetividade” (MORETTO, 2019a, p. 26). À vista disso, é a partir da experiência de sustentação da escuta analítica por parte do psicanalista na instituição de saúde que os profissionais também poderão se reconhecer e serem reconhecidos em sua radical singularidade, inclusive a partir de sua relação com o inexorável da vida, sobre si e com o outro de quem cuidam.

5.6 Uma aproximação com o que se vivencia

A seguir, será apresentado um recorte do que se vive num contexto de terapia intensiva, considerando as angústias, as fantasias, as implicações subjetivas e a condução dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado a um bebê com adoecimento grave. Não são aprofundados elementos do caso para preservar a identidade dos envolvidos e por considerar mais importante a sua apresentação em articulação com o que foi discutido no decorrer desta dissertação do que os detalhes biográficos e da escuta clínica propriamente dita. É preciso destacar, ainda, que o caso foi atendido por duas profissionais do serviço de psicologia, em tempos diferentes, devido à condição de contrato temporário de uma delas. A pesquisadora começou a acompanhar quando o bebê tinha quatro meses.

A psicóloga foi chamada pela equipe multiprofissional, como pedido de ajuda, para avaliar a situação da mãe de um bebê, que pouco comparecia ao hospital, “recusava” colocá-lo no braço e, aparentemente, não demonstrava afeto materno. Pensando no ideal de maternidade esperado e propagado no contexto da neonatologia, ela fazia todo o seu contrário. A equipe se angustiava se ela estava “entendendo” a gravidade do estado de saúde do bebê – internado desde que nascera –, que apresentava elevado comprometimento neurológico decorrentes de falta de oxigenação e paradas cardiorrespiratórias desde poucas horas de vida; por isso necessitava de aparelhos para respirar e para se alimentar. Questionavam se era o caso de estimular a presença materna e o contato com o bebê, que estava internado na instituição desde o primeiro mês de vida, e quais as condutas seriam tomadas a partir da ausência familiar e da dificuldade de compartilhamento das intervenções. Havia a dúvida sobre o que se tratava essa ausência: desinvestimento afetivo, “um filho não desejado”, dificuldades socioeconômicas, sofrimento

emocional, conflitos externos ou todas essas opções. Quer dizer, a mãe pouco comparecia ao hospital, não aceitava as ligações telefônicas da equipe e mantinha resistência ao contato e às comunicações quando decidia visitá-lo, inclusive da psicóloga quando a encontrava.

Em determinado momento, quando se conseguiu realizar uma reunião com a genitora, a equipe assistente e a equipe de cuidados paliativos, a mulher desabafou “não sei porque não desligaram os aparelhos ainda”, gerando espanto nos profissionais. Frase, esta, dita após as últimas atualizações do estado clínico de seu filho, que já era muito grave neurologicamente, irreversível, e estando, portanto, em cuidados paliativos, com a priorização de seu conforto e do controle dos sintomas. Desde então, passou a ir ainda menos ao hospital e o contato com a equipe ficou mais escasso. Durante todo esse tempo, a equipe de enfermagem estabeleceu as funções maternas, mantiveram o cuidado e construíram o afeto com o bebê, como se quisessem suprir a ausência.

Eis que a mãe compareceu ao hospital novamente, o bebê já com quatro meses, após convocação da equipe de saúde, e pediu para falar com o médico ao final da manhã. A psicóloga foi prontamente solicitada pela equipe para ir ao setor, “a mãe está aqui”. O pedido não era apenas para ela, mas também para os profissionais angustiados, para que o caso fosse mais bem elucidado e pudessem seguir com a proposta de extubação paliativa – procedimento de retirada do tubo e da ventilação mecânica que mantém a respiração artificialmente –, considerando a não perspectiva de melhora clínica e, na verdade, a progressão de sua doença e atual manutenção da vida apenas por aparelhos. No entanto, todo o impasse era a respeito do quanto a mãe também acessava (e aceitava) essa possibilidade. Do ponto de vista clínico e objetivo, sabia-se sobre o bebê e seu prognóstico, mas na hora de acessar subjetivamente a mãe, a equipe se sentia impotente – inclusive pela angústia dos profissionais em relação ao desejo exprimido pela mãe, anteriormente, e o contato com o que não se esperava nem constava nos protocolos.

Ao chegar na unidade, a mãe estava com o bebê nos braços – neste dia, contrariamente aos outros, havia solicitado segurá-lo –, a psicóloga se apresentou e comunicou que retornaria posteriormente, para acolhê-la e saber dela como estava; possibilitando que ficasse à vontade com o filho em seu colo. A mulher não se opôs e foi receptiva. Em seguida, durante sua escuta, em uma sala privativa na própria unidade, logo revelou que “não está fácil”, expressou seu sofrimento pelo estado de gravidade do filho, verbalizando em detalhes sobre os exames e as comunicações da equipe no decorrer dos meses, quando pontualmente comparecia ao hospital. Demonstrou estar em processo de luto pelo filho “perdido”, diferente do idealizado e desejado, como também daquele com quem estabeleceu o primeiro contato logo que nasceu

e reagiu ao contato materno. Neste momento, seu filho era mantido por aparelhos, “não sabe nem que está vivo”, “não irá falar, enxergar, andar, ir para a escola”, estava “como um móvel”. Falou sobre o seu sofrimento, que se confundia com o sofrimento que supunha no próprio filho, diante da sua manutenção de vida apenas artificialmente, por “não estar mais aqui com a gente”. Reconheceu a dificuldade que era verbalizar e desejar que o filho “partisse”, mas era o que queria para ele.

Quanto a isso, Mathelin (1999, p. 101) lembra que

Diante do bebê doente, a mãe, às vezes, com seu desejo em pane, não pode mais reconhecer-se como mãe, nem reconhecer o filho como sendo o seu. Afastar-se do filho é então o único meio que lhe resta para demonstrar seu instinto do materno. É preciso ainda que nesse instante ela seja compreendida e ajudada pelos membros da equipe do serviço.

A mãe confessou que comparecer ao hospital e vê-lo era insuportável, “não era mais” o seu bebê. Afirmou que se deslocar para o hospital por questões financeiras nunca foi um impeditivo, mas sim, sua dor. Ao final, disse que já havia compartilhado com o esposo e com sua família sobre a situação e revelou que manter o filho como estava seria intensificar o sofrimento de ambos, maior do que “deixar partir” (retirar o suporte de vida artificial, “desligar os aparelhos”). Interessa destacar que a equipe ainda não havia compartilhado essa possibilidade, mas ela já sabia e desejava, divergindo do que os profissionais supunham ou julgavam sobre seu comportamento. Era isso que queria falar para o médico que cuidou de seu bebê em todos esses meses e estava determinada a fazê-lo neste dia. O tempo de quatro meses já havia transcorrido e o filho não havia “reagido”, continuava grave, e o seu trabalho de luto também estava em andamento. Para ela, quanto mais tempo demorasse para uma nova conduta ser definida, maior o sofrimento de todos.

Quanto ao pai do bebê, nunca compareceu ao hospital por questões pouco faladas pela mãe, mas que indicavam dizer respeito à violência social e à demarcação de território (já que a família era do interior e precisava se deslocar de município para visitar o bebê internado). Mas a mulher disse que ele sabia de tudo que era comunicado pela equipe e, também, de seu processo enquanto mãe de um filho que “já havia partido”, afirmando que era dele que tinha amparo para suportar a vivência atual, além de sua espiritualidade.

Após o compartilhamento com a equipe sobre aspectos da escuta da mãe do bebê e a sua própria conversa com o médico, definiu-se a extubação paliativa para dois dias depois. Nesse instante, percebemos que quem, também, precisava de uma escuta eram as profissionais que se situavam mais proximamente neste tempo, como a técnica de enfermagem e a fisioterapeuta, a qual foi oferecida. Foi, então, necessário o “alinhamento das condutas”, a partir

de momentos de conversas e escuta com os profissionais da equipe, a respeito da definição e de sua realização. Ficou evidente que cada pessoa tinha estabelecido uma relação com aquele bebê de quem cuidaram nestes meses, além do atravessamento de aspectos “pessoais” dos profissionais frente à decisão.

Ainda que reconhecessem “tecnicamente” e “profissionalmente” que a extubação era a indicação adequada para o caso, algumas destacaram que “aceitar”, “participar” ou “concordar” com a definição, “pessoalmente”, beirava o insuportável – inclusive por questões religiosas. Nesse sentido, houve a profissional de enfermagem que se opôs, aquelas que se afastaram e outras que, mesmo sendo difícil, estiveram presente durante toda a condução da retirada dos suportes artificiais (inclusive realizando seus processos de cuidado com seu corpo e de despedida para com o bebê). A mãe não quis estar presente, considerando ser “muito difícil”. Ficaria aguardando em sua casa “outras notícias” (a partida de seu filho). A extubação foi realizada, o conforto clínico e a palavra foram oferecidos ao bebê pelas profissionais que se mantiveram proximamente, que morreu ao final do dia.

A equipe, que desde muito tempo era quem demandava suporte “profissional” e “pessoal”, também esteve amparada pela psicóloga e pela equipe de cuidados paliativos. Tempos depois, descobrimos por meio da médica dos cuidados paliativos que a técnica de enfermagem responsável pelos cuidados do bebê, que escolheu estar ausente no dia da extubação, por “não suportar”, referiu “agora entender e aceitar” o que fora definido. Não houve a oportunidade de escutá-la para saber o que aconteceu no tempo transcorrido, mas algo reverberou em sua experiência diante da morte.

Por fim, concluímos com o que Mathelin (1999) destaca, em aproximação ao caso apresentado,

Os casos mais dolorosos para a unidade são os de falecimentos de crianças quando se decide parar a reanimação, após dias de luta encarniçada para que sobrevivam. Quando o estado das crianças se agrava realmente, decidir renunciar a prosseguir a reanimação é sempre difícil para a equipe. Aquela criança não viveria sem eles. Que vida terá se o atendimento for prosseguido custe o que custar? É este custo que deve ser avaliado a cada vez pelos médicos. Avaliação ainda mais delicada na medida em que o estado atual dos conhecimentos científicos nem sempre permite estabelecer com precisão o “montante da fatura”. Os médicos, remetidos, aí ainda, ao fantasma de todo-poder, terão de tomar uma decisão não só enquanto técnicos, mas inevitavelmente também enquanto seres humanos. Aí ainda encontrarão seus próprios limites. Devemos manter a vida a qualquer preço? (MATHELIN, 1999, p. 112).

6 MOMENTO DE CONCLUIR

O desenvolvimento desta pesquisa possibilitou o (re)encontro com o entrecruzamento discursivo presente nas instituições de saúde e com a sua incidência naqueles que agenciam as diversas posições, inclusive a partir da entrada do discurso analítico nesse contexto. Se é verdade que a lógica que predomina na instituição é aquela que silencia os sujeitos e objetifica as relações a partir do saber científico, valorizando apenas aquilo que nele possa se inscrever, também foram percebidos, *a posteriori*, os furos possíveis e o destino aos “restos” com que se deparam os profissionais.

No que tange ao discurso médico, aproximado ao discurso do mestre pela anulação das posições subjetivas, evidenciamos que a sua operação incide sobre todos aqueles que fazem parte do hospital, sejam profissionais de saúde sejam pacientes e familiares. E mais, trata-se de um discurso que não é agenciado por uma pessoa ou categoria específica, qualquer um pode assumi-lo, e há uma função em seu ordenamento. Nesse sentido, preconiza-se a relação instituição médica-doença, na medida em que a sua realidade discursiva subtrai qualquer proximidade do agente com o doente e daquele com a própria subjetividade. Faz-se a constante recomendação que a via estritamente “profissional” opere para a realização técnica de seu trabalho, uma vez que a produção de cuidado na lógica biomédica é pautada no corpo e no que nele está inscrito enquanto sintoma. O que há de “pessoal” não pode comparecer, pois é desnecessário do ponto de vista objetivo e compromete a sua prática. No entanto, o que descobrimos e já adiantamos, é que esta objetificação dos modos de cuidado e de sua relação com o outro também tem consequências importantes no tratamento do sujeito doente, sobretudo do bebê e da criança.

Sendo assim, o que ultrapassa os limites do conhecimento científico expõe aos profissionais de saúde a própria confrontação com o lugar de não saber e de impotência; e isso se tenta tamponar e rechaçar, pois são “restos” de que não se quer saber. Isto é, tudo aquilo que emerge enquanto enigma ao saber científico, o que não pode ser respondido a partir de seus signos, não tem espaço e provoca incômodo. Entretanto, percebemos que a anulação subjetiva também pode gerar impasses, quando o profissional é convocado a partir do cuidado com o outro, como mencionado no decorrer da pesquisa a partir da equipe de enfermagem. Assim, a questão, que agora se revela, é como cada profissional de saúde lida com as inquietações e as afetações de sua prática, submetidos e/ou identificados, mais ou menos, a este discurso e ao que se apresenta.

A equipe de enfermagem, por exemplo, em todo seu processo formativo, também

se situa pertencente à ordem médica e à cientificidade, sustentando um saber que se pretende inteiro e resolutivo sobre o outro. Os processos de cuidado são assentados em modelos de atenção à saúde, que prezam pelo ideal de cura e pela proteção da vida e do corpo, independente das condições singulares dos sujeitos envolvidos. Inclusive, constatamos, frequentemente, a submissão dessa equipe ao saber médico e às suas determinações no contexto hospitalar. Entretanto, é também por seu trabalho diário e intimamente realizado com o corpo do sujeito doente, a partir de suas funções primordiais e maternas, que as profissionais de enfermagem também se deparam com aquele de quem cuida, em sua dimensão subjetiva. Ou seja, confrontam-se com o que não consta nos protocolos, nos manuais e na sintomatologia das doenças, com o que não é respondido pelas prescrições médicas.

Logo, essas profissionais comumente estabelecem uma relação que ultrapassa a dimensão tecnicamente determinada, assim como também observamos um endereçamento dos próprios pacientes e familiares a esta equipe, que comparece diária e proximamente em seus leitos. Situam-se numa relação “privilegiada” em comparação aos outros profissionais da equipe, por sua “intimidade”, mas são confrontadas com as histórias, as vulnerabilidades e o sofrimento alheio, que se encontravam silenciados e provocam incidências subjetivas. Destarte, o conhecimento aprendido e o puro seguimento de regras mostram-se insuficientes para o que insiste em comparecer, que não se enquadra no que está previsto pela via da cientificidade. Os limites da atuação são impostos pelo discurso médico, mas no encontro com o outro de linguagem e sua história, um outro lugar é desvelado, como foi abordado. Em face a isso, como uma direção “subversiva” ao que está estabelecido pela ordem médica, para além dos protocolos, há profissionais da enfermagem que buscam um saber-fazer com isso. Tem-se em conta o que é exigido a nível institucional, mas também o que toca a dimensão do Real, no singular do um a um e em sua condição não toda explicada pelo saber médico-científico. Há quem se enderece à teoria psicanalítica, inclusive, na busca por uma prática distinta do cientificismo predominante, aproximando-se de uma “clínica do sujeito”.

Portanto, percebemos que a equipe de enfermagem está atenta ao que faz furo no saber médico, ainda que nem sempre conscientemente, revelando uma particularidade no seu fazer clínico em relação com os sujeitos adoecidos, em sua dimensão não toda identificada àquele saber. Conforme foi apresentado, descobrimos uma posição junto à criança doente que remete ao lugar da maternagem, do cuidado de um sujeito singular, que se expressa e pode ser escutado em seus “gostos e desgostos”. Observamos, então, as profissionais dirigidas e endereçadas à criança doente, de tal modo que resgatam sua condição de sujeito diante do processo de hospitalização.

Desse modo, constatamos a implicação e a inquietação quanto às reverberações de seu ofício em sua dimensão subjetiva, mas nem sempre se sabe qual seu “destino” nem há “recurso” que possibilite amparo. Por vezes, esse impasse se “soluciona” na forma de sofrimento psíquico, sintomas, adoecimentos e/ou na relação um tanto mecânica e “impessoal”. Logo, a mudança de posição não é fácil nem sem consequências, mesmo porque são profissionais que se encontram subjugadas numa relação, também hierárquica, à figura do médico e às exigências institucionais.

Ademais, conforme foi discutido no capítulo dois, compreendemos que o contexto hospitalar é marcado pela urgência do adoecimento orgânico, pelos protocolos e pela busca da cura das doenças, não conferindo lugar ao que desvia da ordem e de seu saber, como a morte. Nas unidades de terapia intensiva, essa realidade se acentua diante da gravidade dos doentes e da experiência com a morte em iminência atravessando a todos, pacientes, familiares e profissionais. Sendo um setor de alta complexidade, com estrutura tecnológica e intensificação dos cuidados, a premissa é a de salvar vidas. Confrontar-se com o seu contrário, portanto, é tido como “fracasso” e escancara a dimensão do Real que, ao ser desvelada, incide subjetivamente das mais diversas formas.

O estatuto conferido à morte nem sempre foi o mesmo no decorrer dos tempos e das culturas, como foi possível abordar com Philippe Ariès, Norbert Elias e outros pesquisadores contemporâneos. Muito menos quando se articula com a infância. Atualmente, a construção social contemporânea situou a morte enquanto um tabu, promovendo seu distanciamento para os hospitais, como uma tentativa de mantê-la velada – embora o movimento dos cuidados paliativos proponha aberturas e durante a pandemia da Covid-19 essa relação também tenha sofrido transformações, como foi apresentado no segundo capítulo – e produzindo efeitos no momento de sua confrontação. Inclusive, apontamos para a importância de pensar no avanço destas articulações com as discussões que tratam da necropolítica nos tempos atuais. Logo, a experiência com a morte passa a fazer parte do cotidiano dos trabalhadores da saúde e a atuação frente a esta realidade manifesta-se de diferentes maneiras, a depender do conhecimento técnico, da implicação subjetiva, da história de vida, das defesas psíquicas de cada um e das possibilidades de enfrentamento e elaboração de suas questões.

Além disso, verificamos que o encontro com a experiência de morte da criança confronta os profissionais de saúde com o que há de mais íntimo, pois diz respeito, essencialmente, a si mesmo, à relação com a sua própria história e com os ideais de futuro construídos. A morte, que aparece a todo momento no contexto hospitalar, expõe a necessidade de olhar para a (sua) vida. Se vida e morte são inconciliáveis, a princípio, morte e infância são

da ordem do inexprimível, como foi apresentado. E mais, nesse contexto, a abordagem dos cuidados paliativos expõe o desafio de ser sustentada na contramão da realidade discursiva da instituição de saúde e de sua dimensão defensiva, do ponto de vista psíquico, diante dos “restos” e do Real desvelados.

Nessa condição, a equipe de enfermagem, que está comumente muito próxima aos pacientes por sua função, também se aproxima intensamente da experiência com a morte, inclusive em sua face mais “crua”, quando precisa preparar os corpos no pós-óbito, e “íntima”, quando se relaciona com o paciente e seus pais. Envolvem-se com as crianças e os bebês de quem cuidam tão proximamente, sabem seus gostos e o que cada um precisa; assim como sofrem quando percebem a iminência de sua morte e o luto de seus familiares. São as profissionais que melhor conhecem o paciente, e sentem-se orgulhosas por isso, mas também reconhecem a difícil tarefa que é estar nesse lugar que “sobra” para elas. Principalmente quando decidem manter-se ao lado da criança e de seus pais também no momento da morte e da preparação de seu corpo.

Sendo assim, as profissionais de enfermagem na terapia intensiva pediátrica – individual e/ou coletivamente – precisam produzir, a cada tempo (mesmo sem tempo diante das urgências), meios para dar conta de suas afetações e das impossibilidades em seu trabalho junto aos pacientes e às famílias, já que sustentam sua prática em um contexto que não proporciona abertura para a sua subjetividade. O que constatamos é que as incidências de seu trabalho se articulam com o que é recolhido na história de cada profissional a partir daquilo com que se é confrontado e atravessado pela dimensão do Real. Não se trata apenas da morte real, concreta, mas o que se recolhe na proximidade com aquele que recebe o cuidado e está morrendo. Percebemos, então, o que há de “surpresas” no cuidado a esses sujeitos, pelas quais se deixam “capturar” e que se articula com um modo de sustentação de seu fazer, inclusive diante da morte.

No entanto, verificamos que nem sempre é fácil desempenhar o trabalho técnico e ainda sustentar a relação de proximidade física, simbólica e afetiva, que se distancia da ordem médica estabelecida. Nem há tempo para elaborar os efeitos dessa posição, como também nem sempre é possível manter o equilíbrio entre o “pessoal” e o “profissional” e sente-se o efeito do silenciamento da instituição. Isto é, dois extremos podem se manifestar: de um lado, a mera instrumentalização do corpo, fundamentada nas prescrições médicas, e do outro, a inundação dos afetos que gera sofrimento pela identificação estabelecida. Assim, à medida que se distanciam demais, isso tem efeito no cuidado com a criança, e à medida que se aproximam demais, isso tem efeito sobre as profissionais.

Apontamos, ainda, para a pertinência de pesquisas que articulam a presença das mulheres no contexto de atuação profissional, especialmente, no campo da saúde. Consideramos o contingente de mulheres que compõem uma unidade hospitalar e observamos as especificidades de seu fazer e sua posição, inclusive mediante as relações de cuidado e as suas reverberações.

À vista disso, a partir da experiência enquanto analista na instituição e da possibilidade de sustentação do discurso analítico frente aos sujeitos nas mais diversas situações expressas nesta pesquisa – seja mediante os encontros com as profissionais participantes da proposta metodológica inicial, do espaço de escuta oferecido aos trabalhadores da saúde diante da pandemia ou pela integração enquanto membro das equipes – evidenciaram-se as contribuições do resgate do sujeito pela consideração da subjetividade e do inconsciente, em um contexto onde não há espaço para a circulação da palavra. Seu efeito se verifica na medida em que se propõe um giro discursivo do discurso do mestre ao discurso psicanalítico e a abertura para superar as dicotomias entre objetividade e subjetividade, vida e morte, sucesso e fracasso, curar e cuidar. Comumente se oferece a escuta aos pacientes internados e a seus familiares, mas pouco se discute sobre a importância e os efeitos de um dispositivo clínico que seja oferecido, também, aos profissionais de saúde. Efeitos esses que também retornam ao próprio trabalho realizado na instituição, junto aos pacientes e aos seus familiares.

Assim, é diante desse contexto que se revela um outro lugar para o psicanalista atuar na instituição hospitalar, oferecendo ao profissional de saúde um espaço para a palavra e a simbolização, pois é a partir da aposta no sujeito e em suas construções subjetivas que ele poderá dar destino às suas angústias e às suas vivências diante do Real irrompido em seu fazer; abrindo espaço para seu desejo e para suas questões que foram silenciadas. Apostamos, ainda, na possibilidade de reverberações entre os próprios membros das equipes, a partir do reconhecimento da subjetividade e do cuidado entre si, além de seu efeito na relação com aqueles de quem cuidam; inclusive quando se deparam com suas limitações e com a experiência da morte.

Sabemos que não é simples fazer operar uma outra posição na instituição, mesmo para os profissionais que se interessam em falar sobre suas experiências e sobre si, dado que não é desse lugar que se costuma produzir. Mas é a partir do estabelecimento da transferência e da construção contínua de um espaço de escuta, de discussão e de trabalho clínico que será possível colocar em cena a fala de cada um e atravessar o aspecto apenas técnico e “profissional”. Não se constituindo como uma nova estrutura discursiva dominante na instituição, mas sim, um espaço de circulação da palavra e dos afetos, que reconhece as

diferenças, as proximidades, o sofrimento, a história de cada um e os efeitos sobre si, sobre o outro e na relação institucional. Para mais, não se trata de desbancar o discurso médico – isso não é possível nem cabível, pois ele também cumpre a sua função no hospital –, mas propor, mediante a presença ética do psicanalista na instituição, a interlocução com os outros saberes e não mais negar a implicação subjetiva dos profissionais no cuidado oferecido, inclusive em consonância com a PNH.

Isto posto, que seja possível considerar as várias cenas com que os trabalhadores da saúde se deparam em seu cotidiano de trabalho, mas sem precisar manter-se em posições extremas, entre o “profissional” e o “pessoal”. Que seja possível transitar de um lado ao outro, como uma dança, um passo de cada vez e percebendo seu ritmo. Ou seja, de um lado, um bebê em cuidados de fim de vida, do outro, a mãe que segura nos braços o seu pela primeira vez; e em meio a essas experiências, a equipe de enfermagem que oferta seu cuidado a ambos. Talvez seja isso que também sustenta o seu trabalho, as “surpresas” que se revelam, lidar não só com a morte. Sem ignorar suas particularidades, mas também sem ser absorvido por elas. Mas, para isso, é preciso se perceber dançando, reconhecer os tropeços e rever os passos para conseguir seguir. É nesse momento que a escuta do analista pode se apresentar e reverberar.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, S. Psicanálise: a última flor da medicina. *In*: ALBERTI, S.; ELIA, L. (org.). **Clínica e pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. p. 37-55.
- ALBERTI, S. Psicanálise e Hospital: uma prática rigorosa. **Rev. SBPH**, v. 22, n. spe, p. 6-18, 2019.
- ALBERTI, S. *et al.* Encaminhamentos e dispersão: questões para a psicanálise no hospital. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 42-57, abr. 2008.
- ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. Fortaleza, 2009.
- ALMEIDA, A. N. S. *et al.* Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.1, n. 6, p. 213-231, jan./mar. 2014.
- ALMEIDA, M. D. **A criança com tumor de sistema nervoso central**: considerações da psicanálise para a área da saúde. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- ALTENBERND, B.; MACEDO, M. K. Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, v. 10, n. 1, p. 9-33, maio/out. 2020.
- ANDRADE, A. K. A criança com doença crônica e o hospital: as contribuições da Psicanálise. **Analytica**, São João del Rei, v. 8, n. 14, p. 1-13, jun. 2019.
- ANSERMET, F. Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido (1998). Tradução de Vera Avellar Ribeiro. **Opção Lacaniana Online**, [s.l.], ano 5, n. 13, p. 1-5, mar. 2014.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- ARIÈS, P. **O homem perante a morte** (1977). Tradução de Ana Rahaça. Mem Martins: Publicações Europa-América, 2000.
- ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias (1977). Tradução de Priscila Viana de Siqueira. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012. (Coleção Saraiva de Bolso).
- AZEVEDO, E. Da pressa à urgência do sujeito: psicanálise e urgência subjetiva. **Analytica**, São João Del-Rei, v. 7, n. 13, p. 208-217, jul./dez. 2018.
- BADIN, M.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Contribuição da transferência para o processo de enfermagem psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 2161-

2168, 2018.

BALDO, M. A. **A experiência do técnico de enfermagem em UTI: aportes psicanalíticos sobre o cuidado e a dor.** 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2011.

BARBOSA, L. R. *et al.* Urgência subjetiva na Psicanálise e Enfermagem: revisão integrativa. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, n. 29, v. 2, p. 63-74, jul./dez. 2021.

BATALHA, E. *et al.* Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 24, p. 25-33, dez. 2020.

BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 15, n. suplemento, p. 11-16, 2005.

BORGES, E. M. N. *et al.* Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, p. 1-5, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CALAZANS, R.; AZEVEDO, E. C. “Não há tempo... A perder”: questões sobre a atuação do psicanalista no hospital geral. **Vínculo – Revista do Nesme**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 56-64, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CANCINA, P. **La investigación en psicoanálisis.** Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 2008.

CARVALHO, A. M. S. **Psicanálise e hospital: há ato analítico?** Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

CASTRO-ARANTES, J. M.; LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2515-2522, 2013.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano.** 3. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1998.

CLAVREUL, J. **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico.** São Paulo:

Editora Brasiliense, 1983.

COGO, A. S. *et al.* Processo de luto no contexto da COVID-19. *In*: NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 163-170.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução Cofen nº 564/2017. 2017. Brasília. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 14 set. 2021.

CORDEIRO, S. N.; MIRANDA, F. S. A vida por um fio: a escuta clínica entre a urgência subjetiva e a urgência médica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 11, n. 3 supl., p. 132-145, dez. 2020.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2. ed., 1983.

COSTA, N. G.; SZAPIRO, A. M. Saúde, sujeito e invenção: o trabalho clínico em oncologia pediátrica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 57-69, mar. 2016.

COUTO, D. P.; CASTRO, J. E. de. A criança entre a subjetividade dos pais e o ideal médico-científico. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica** [online], v. 22, n. 1, p. 19-30, 2019.

CRISPIM, D. *et al.* **Visitas virtuais durante a pandemia do COVID-19**. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. 2020.

DAL FORNO, C.; MACEDO, M. M. K. Do protocolo aos desafios cotidianos: a experiência profissional de bombeiros militares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 1-15, 2019.

DE PAULA, G. S. *et al.* A enfermagem frente ao processo de morte e morrer: uma reflexão em tempos de Coronavírus. **J. Nurs. Health**, v. 10, n. esp., p. 1-10, 2020.

DERZI, C. A. M. Da tragédia... à beleza do sujeito. *In*: MOURA, M. D. de. (org.). **Psicanálise e hospital 3 – Tempo e morte. Da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2003, cap. 1, p. 3-8.

DESGAGNÉ, S. Conceito de pesquisa colaborativa: a ideia de uma aproximação entre pesquisadores universitários e professores práticos. **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 29, n. 15, p. 7-35, maio/ago. 2007. Tradução de Adir Luiz Ferreira e Margarete Vale Sousa.

DOR, J. **Estrutura e perversões**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DRAWIN, C. R. A morte e a modernidade: meditações nos tempos da pandemia. *In*: MOREIRA, J. O. (org.). **Luto e morte em tempos de pandemia: reflexões a partir da psicologia** [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: EdUEMG, 2021. Cap. 1. p. 25-46.

ELIA, L. Psicanálise: clínica & pesquisa. *In*: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs.) **Clínica e Pesquisa em Psicanálise**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos** (1982). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

FAGUNDES NETTO, M. V. R. O analista na Unidade de Tratamento Intensivo: um retorno a Freud. **Psicanálise & Barroco em revista**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p. 103-117, dez. 2009.

FAGUNDES NETTO, M. V. R.; KERNKRAUT, A. M. Contribuições da psicanálise à medicina: grupo com residentes em um programa de cancerologia clínica. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 133-156, jun. 2019.

FARIAS, C. N. F. **Leitura psicanalítica do sintoma em pacientes com doenças inflamatórias intestinais**. 156 pp. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FERENCZI, S. A criança mal acolhida e sua pulsão de morte (1929). *In*: **Escritos Psicanalíticos 1909-1930**. Rio de Janeiro: Editora Taurus, 1988, p. 313-317.

FERREIRA, D. M.; CASTRO-ARANTES, J. M. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. **Analytica**, São João Del-Rei, v. 3, n. 5, p. 37-71, jul./dez. 2014.

FERREIRA, B. S. *et al.* O enfrentamento da morte entre os profissionais de enfermagem em uti pediátrica: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 4, p. 2561-2568, out./dez. 2011.

FIGUEIREDO, A. C.; MACHADO, O. M. R. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 65-86, dez. 2000.

FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FRANCO, M. H. P. **Cicely Saunders por Maria Helena Pereira Franco**. [20--]. Disponível em: http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/cicely_saunders.pdf. Acesso em: 23 jan. 2023.

FREUD, S. A transitoriedade (1916). *In*: **Obras Completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, v.12, 2010, p. 247-252.

FREUD, S. O inconsciente (1915a). *In*: **Obras Completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 12, 2010, p. 99-150.

FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915b). *In*: **Obras Completas, volume 12: Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. São Paulo: Companhia das Letras, v. 12, 2010, p. 210-246.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917 [1915]). *In*: **Sigmund Freud, Obras Completas**. São Paulo: Companhia das Letras, v.12, 2010, p. 170-194.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930). *In*: **Obras completas, volume 18: O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 18, p. 13-122.

FREUD, S. Totem e Tabu (1912-1913). *In*: **Obras Completas, volume 11: Totem e tabu**,

contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 11, p. 89-106.

FREUD, S. Conferência XVII (1916). O sentido dos sintomas. *In: Obras completas, volume 13: Conferências introdutórias à psicanálise (1916-1917)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, v. 13, p. 343-364.

FREUD, S. O infamiliar [Das Unheimliche], seguido de O Homem da Areia (1919). *In: Obras incompletas de Sigmund Freud*. Trad. Ernani Chaves, Pedro Heliodoro Tavares e Romero Freitas. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

FREUD, S. Além do princípio de prazer (1920). *Obras incompletas de Sigmund Freud*. Belo Horizonte: Autêntica, 2020, p. 57-220.

FUKS, B. B. “Da guerra e da morte. Temas da atualidade” de Sigmund Freud: um século depois. *Revista de Psicologia*, v. 7, n. 2, p. 110-117, 2017.

GÓES, A. P. F. **A ética e a ameaça de morte em crianças com câncer**. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOMES, J. P.; COUTINHO, F. M. A. A arte perdida de amarrar raminhos de flores. *Revista de Letras*, Fortaleza, v. 2, n. 32, p. 53-60, ago./dez. 2013.

GOMES, D. R. G.; PRÓCHNO, C. C. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 780-791, 2015.

GONÇALVES, M. O. Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 21, n. 1, p. 30-37, mar. 2001.

GUIMARÃES, F. C. **A escuta da criança no hospital: incidências subjetivas do discurso médico frente à experiência da morte**. 2017. 75 f. Monografia (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

GUIMARÃES, F. C.; PEREIRA, C. L. A criança e a “morte anunciada”: considerações sobre a escuta analítica na oncologia pediátrica. *Estilos da Clínica*, v. 23, n. 2, p. 242-261, ago. 2018.

GUIMARÃES, F. C. *et al.* Atuação da psicologia a partir das visitas virtuais: estratégia de cuidado a pacientes hospitalizados com Covid-19. *In: MOREIRA, F. J. F.; MEDINA, L. L. G. (org.). Enfrentamento à covid-19: a construção da coragem coletiva*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2022, p. 191-204.

IRIBARRY, I. N. O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora*, v. VI, n. 1, p. 115-138, jan./jun. 2003.

JORGE, M. A. C. Discurso médico e discurso psicanalítico. *In: CLAVREUL, J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983, p. 7-25.

JORGE, M. A. C. A psicoterapia conduz ao pior: apontamentos sobre a querela psicanálise/psicoterapia. *In*: ALBERTI, S; FIGUEIREDO, A. C. (org.). **Psicanálise e saúde mental**: uma aposta. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006, p. 127-139.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud e a Lacan, v. 2**: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan: v. 4**: o laboratório do analista. 1a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

JORGE, M. A. C.; MELLO, D. M.; NUNES, M. R. Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimento – e luto: afetos do sujeito da pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], v. 23, n. 3, p. 583-596, 2020.

JORGE, M. A. C.; TRAVASSOS, N. P. **Transexualidade**: o corpo entre o sujeito e a ciência. Rio de Janeiro: Zahar, 2018.

KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 420-429, 2010.

LACAN, J. O lugar da psicanálise na medicina (1966). **Opção Lacaniana**, n. 32, p. 8-14, dez. 2001.

LACAN, J. **O Seminário, livro 17**: O avesso da psicanálise (1969-1970). Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LACAN, J. **O Seminário, livro 22**: R.S.I. Tradução não publicada. 1974-1975.

LEITE, S. O inominável e a transitoriedade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 22, n. 1, Editorial, p. 11-19, mar. 2019.

LIMA, D. W. C.; VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 1, n. 24, p. 154-160, ago. 2015.

LIMA, M. S. *et al.* Sofrimento psíquico do enfermeiro assistencial em hospital geral: desafios e possibilidades. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, p. 286-293, fev. 2014.

LO BIANCO, A. C. O saber inconsciente e o saber que se sabe nos dias de hoje. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 165-173, jul./dez. 2010.

LO BIANCO, A. C. *et al.* Corpo e Finitude: Relato de Uma Experiência em Hospital de Câncer. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. 1-11, 2020.

LO BIANCO, A. C.; COSTA-MOURA, F. Covid-19: Luto, Morte e a Sustentação do Laço Social. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. v. 40, p. 1-11, 2020.

LUACES, S. M.; SOMOZA, A. S. Intervención profesional en niños, ¿ingenua o cómplice? **La Infancia Amenazada**, Buenos Aires, n. 25, p. 66-70, Semestral, jun. 2004.

MACÊDO, J. A. L. J. **Cuidados paliativos no Brasil**: revisão sistemática. 2015. 38 f. Monografia (Graduação) – Curso de Medicina, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Brasil/Coordenado por Maria Helena Machado. Rio de Janeiro: NERHUS-DAPS-ENSP/Fiocruz/COFEN, 2017.

MALENGREAU, P. Para uma clínica de cuidados paliativos. **Opção Lacaniana**, São Paulo, n. 13, p. 87-90, 1995.

MANNONI, M. **Amor, ódio e separação**: o reencontro com a linguagem esquecida da infância. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995a.

MANNONI, M. **O nomeável e o inominável**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995b.

MARQUES, C. D. C. *et al.* Significados atribuídos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica ao processo de morte e morrer. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 823-830, out./dez. 2013.

MARTINS, W. T. S. *et al.* Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam [Internet]**, [s. l], v. 14, p. 1-7, jan. 2022.

MATHELIN, C. **O Sorriso da Gioconda**: clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MELO *et al.* Recomendações gerais. *In*: NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 20-27.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond; Editora FIOCRUZ, 2004.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, [s. l], v. 12, n. 2, p. 245-250, maio 2012.

MONTEIRO, M. C. **A morte e o morrer em UTI**: família e equipe médica em cena. Curitiba: Appris, 2017.

MORAES, C. J. A. **Narrativas de uma equipe de enfermagem diante da iminência da morte**. 2012. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-graduação em Psicologia, Campinas, PUC – Campinas, 2012.

MORAES, C. J. A.; GRANATO, T. M. M. Narrativas de uma Equipe de Enfermagem diante da Iminência da Morte. **Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 4, p. 475-484, dez. 2014.

MOREIRA, J. O.; SILVA, A. C. D.; SILVA, T. M. P. Do luto privado ao luto público: desafios do luto em massa pela covid-19. *In*: MOREIRA, J. O. (org.). **Luto e morte em**

tempos de pandemia: reflexões a partir da psicologia [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: EdUEMG, 2021. Cap. 2. p. 47-65.

MORETTO, M. L. T. Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. spe, p. 19-27, jun. 2019a.

MORETTO, M. L. T. **Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde.** São Paulo: Zagodoni, 2019b.

MORETTO, M. L. T. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”.** 2006. 262 p. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do psicólogo, 2001.

MORETTO, M. L. T. Abordagem psicanalítica do sofrimento na experiência de adoecimento e iminência de morte na infância: a sutil diferença entre cuidado e violência. *In:* MARIOTTO, R. M. M.; MOHR, A. M. (org.). **A vivência da morte e do luto na infância e na adolescência:** recortes psicanalíticos. Salvador: Ágalma, 2020, p. 138-156.

MORETTO, M. L. T.; PRISZKULNIK, L. Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 287-298, dez. 2014.

MOURA, M. D. Um lugar para o sujeito a partir de diferentes práticas discursivas. *In:* KAMERS, M.; MARCON, H. H.; MORETTO, M. L. T. (org.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde.** São Paulo: Escuta, 2016, p. 17-24.

MUSSI, F. C.; MELO, C. M. M. de. Descuidado em saúde e em enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, Bahia, v. 32, p. 1-9, out. 2018.

NICOLAU, R. F.; BARROS, I. P. M. de. Psicanálise e prática multidisciplinar: (im)possíveis desdobramentos do trabalho com crianças autistas e pais. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. 1-12, 2021.

OLIVEIRA, E. C. do N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 1-11, jun. 2002.

ONOCKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, jul. 2005.

PETRI, R. Os embates entre psicanálise e medicina na instituição médica. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 51-57, 1997.

PETRILLI, R. de T. Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 74-88, ago./dez. 2015.

PINTOR, L. A.; TOLEDO, V. P.; GARCIA, A. P. R. F. Cuidado de enfermagem na

perspectiva do sujeito do inconsciente e sua contribuição ao Projeto Terapêutico Singular. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, [s. l], v. 14, n. 1, p. 20-27, jan./mar. 2018.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 11-28, 2000.

RAIMBAULT, G. **A criança e a morte: crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1979. Tradução de Roberto Côrtes Lacerda.

RODRIGUES, C. **O luto entre clínica e política: Judith Butler para além do gênero**. Belo Horizonte: Autêntica, 2021.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da Morte**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

ROSA, R. R.; QUIROGA, C. V. Vicissitudes da experiência laborativa de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 28-50, jun. 2019.

SANTOS, Y. S.; JESUS, L. C.; PORTELLA, S. D. C. A enfermagem e a abordagem da morte infantil: um estudo de trabalhos QUALIS A. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s. l], v. 2, n. 1, p. 112-131, ago. 2013.

SCHMIDT, B. *et al.* Orientações às (os) psicólogas (os) hospitalares. *In*: NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 66-84.

SECCHIN, L. S. B. UTI: onde a vida pulsa. **Epistemo-Somática**, Belo Horizonte, v. 2, n. III, p. 223-230, set. 2006.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p. 95-106, mar. 1999.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade? **Ver. Bras. Enferm**, Brasília, v. 3, n. 63, p. 451-456, 2009.

SILVA, A. B. H. C. O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 166-187, dez. 2017.

SILVA, T. C.; KIRSCHBAUM, D. I. R. Psicanálise como método de pesquisa que se desenha na prática clínica: contribuições para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 486-490, set. 2008.

SILVEIRA, L. C.; FEITOSA, R. M. M.; PALÁCIO, P. D. B. A escuta do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho: contribuições da psicanálise para o cuidado em saúde. **Psicol. rev.**

(**Belo Horizonte**), Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 19-33, 2014.

SOUZA, M. L. R. de. Os diferentes discursos na instituição hospitalar. **Revista Percurso**, São Paulo, n. 23, p. 35-42, 1999.

TAMURA, C. **O recalçamento da morte na contemporaneidade**. Campinas-SP: IEL-UNICAMP, 2006.

TEIXEIRA, A. L. **Morte e morrimentos**: cartografando os (a[mor]te)cimentos do Viver. 2016. 183 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2016.

TELLES, K. K. P. **Os sentidos do cuidar**: uma escuta psicanalítica sobre a atuação profissional do enfermeiro. 2006. 163 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2006.

VIEIRA, A. N. **Tecendo o cuidado clínico de enfermagem abordando as sobras da racionalidade científica**. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

VIEIRA, A. N. *et al.* Reflexão acerca das contribuições da psicanálise para o cuidado e para a clínica da enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE Online**, Recife, v. 8, n. 2, p. 450-455, fev. 2014.

VIEIRA, C. A. L.; MARQUES, G. H. Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. **Psicanálise & Barroco em revista**.v.10, n. 1, p. 97-108, jul. 2012.

VIGANÒ, C. Trabalho em equipe na rede: a enfermeira e a instituição parceira. **CliniCAPS**, Belo Horizonte, v. 1, n. 3, p. 1-22, dez. 2007.

VORCARO, A. **Crianças na psicanálise**: clínica, instituição, laço social. Rio de Janeiro/RJ: Companhia de Freud, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Palliative care**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 23 jan. 2023.