

OS EFEITOS DAS MORTES DE PACIENTES NAS PRÁTICAS DE CUIDADOS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

THE EFFECTS OF PATIENT DEATHS ON THE CARE PRACTICES OF HEALTH PROFESSIONALS

Andreana de Borba

Fabiano Furlan

Resumo: O presente trabalho tem por objetivo analisar os efeitos das mortes de pacientes nas práticas de cuidado de profissionais da saúde. Sustentado pela perspectiva psicanalítica, parte-se da compreensão de que a proximidade cotidiana com a morte suscita formas de mal-estar relacionadas à finitude e ao desamparo. Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com seis profissionais da saúde atuantes em contexto hospitalar na cidade de Joinville/SC. O material foi organizado por meio da Análise de Conteúdo e interpretado a partir da Análise Psicanalítica de Discursos de Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016), possibilitando a construção de três categorias temáticas: “Ciclos que se encerram: a fragilidade humana se impõe”; “Luto In(Só)Lito: a dor fica para quem está vivo”; e “Possibilidades de Contornos: medidas paliativas para suportar a vida”. Os resultados evidenciaram que as mortes de pacientes podem produzir impactos subjetivos significativos nos profissionais, manifestados por sentimentos de impotência, sofrimento, tristeza e questionamentos acerca dos limites do cuidado. Também foram identificadas estratégias de racionalização, distanciamento afetivo e dificuldades na elaboração do luto, atravessadas por exigências institucionais que frequentemente silenciam a experiência da perda. Conclui-se que a morte de pacientes não afeta apenas aqueles que permanecem vivos em seu entorno familiar, mas também os profissionais responsáveis pelo cuidado, revelando a necessidade de espaços de escuta e elaboração que favoreçam o reconhecimento dos efeitos psíquicos da finitude no trabalho em saúde.

Palavras-chave: Psicologia, Psicanálise, Finitude, Cuidado.

Abstract: This study aims to analyze the effects of patient deaths on the care practices of healthcare professionals. Grounded in the psychoanalytic perspective, the study is based on the understanding that daily proximity to death gives rise to forms of distress related to finitude and helplessness. This qualitative field study was conducted through semi-structured interviews with six healthcare professionals working in hospital settings in the city of Joinville, Santa Catarina, Brazil. The material was organized using Content Analysis and interpreted through the Psychoanalytic Discourse

Analysis proposed by Dunker, Paulon, and Milán-Ramos (2016), enabling the construction of three thematic categories: “Cycles That Come to an End: Human Fragility Imposes Itself”; “Uncanny Mourning: Pain Remains for Those Who Stay Alive”; and “Possibilities of Contours: Palliative Measures to Endure Life.” The results revealed that patient deaths may produce significant subjective impacts on healthcare professionals, manifested through feelings of powerlessness, suffering, sadness, and questioning regarding the limits of care. Strategies of rationalization, emotional distancing, and difficulties in working through mourning were also identified, permeated by institutional demands that frequently silence the experience of loss. It is concluded that patient death affects not only those who remain alive in the family environment, but also the professionals responsible for care, highlighting the need for spaces of listening and elaboration that promote recognition of the psychological effects of finitude in healthcare work.

Keywords: Psychology, Psychoanalysis, Finitude, Care.

INTRODUÇÃO

A morte para Freud (1930), é o fenômeno que promove o encontro com a fragilidade de nossos corpos, recado da finitude da vida, se constituindo como uma das principais fontes de desamparo humano. Diante disso, o sujeito de forma inconsciente desenvolve recursos imaginários para lidar e afastar sua própria finitude, sendo a exigência de imortalidade um produto advindo de nossos desejos, fato que não é possível reivindicar tal exigência à respeito da realidade. Em seu texto sobre a transitoriedade (1916), discorre que a finitude implica na produção de um valor sobre a vida, que assim como uma rosa que se desmancha no tempo, cíclica, torna-se preciosa justamente por ter um fim.

A discussão sobre a morte e o morrer atravessa a existência humana como uma experiência marcada por impasses, angústias e tentativas de simbolização. No contexto da saúde, esse encontro, que se repete diante das contingências da vida, mobiliza nos profissionais não apenas questões técnicas relacionadas ao cuidado, mas também aspectos subjetivos que os confrontam com seus próprios limites e fragilidades. Nesse sentido, a psicanálise possibilita tecer reflexões acerca desse enigma que acompanha a condição humana. A morte pode produzir diferentes formas de desamparo, mobilizando mecanismos psíquicos de defesa diante daquilo que escapa às possibilidades de controle e elaboração. Tal perspectiva coloca em questão os modos pelos quais os profissionais lidam com esse fenômeno inerente à vida e presente em suas experiências de trabalho.

Boemer (1986) discute que a primeira experiência do ser humano com este fenômeno nomeado por “finitude”, acontece através do encontro com a morte do outro, é a partir do falecer de outrem (*ser-com-os-outros*) que surge a possibilidade da ampliação face à consciência da morte em vários

momentos de nossas vidas. Baroni e Kahhale (2011) discutem que, através do encontro com a morte de um outro, torna-se comum ao sujeito questionar-se sobre seu fim. Estas autoras também apontam que, ao imaginar a própria morte, o sujeito coloca-se como espectador deste fenômeno sobre si, produzindo diferentes desfechos imaginários atravessados que buscam suplantam de forma fracassada a angústia. Diante deste movimento narcísico, o sujeito tende a sustentar uma crença imaginária de infinitude, uma vez que no inconsciente não há representação para a morte e espaço para o fim. Assim, embora a morte componha a condição humana, uma das únicas certezas da vida, o encontro com a finitude mobiliza diferentes formas de negação, defesa e elaboração subjetiva diante daquilo que escapa ao controle do sujeito. Em Lacan (1972, 1973/1985), o real aqui pensado em articulação com a morte, inscreve-se como aquilo que escapa à representação simbólica, convocando o sujeito a uma tentativa incessante de contorno do impossível de ser inscrito: aquilo que não cessa de não se escrever.

Segundo Lima e Buys (2008) a inevitabilidade da morte física e o desejo dos seres de imortalidade é um paradoxo, com isso, a negação da morte é inerente ao homem e discutem o fato de que na atualidade ocidental há uma configuração de um "velar", "inter-dizer" sobre a morte. E afirmam que, na contemporaneidade ocidental, configura-se um movimento de “velar” e “interditar” a morte, afastando-a dos espaços de elaboração coletiva e cotidiana. Contudo, embora frequentemente silenciada enquanto possibilidade de reflexão e elaboração subjetiva, a finitude se impõe fazendo-se presente em notícias que não cessam de escancarar aquilo que está posto para o futuro de todos.

Ao se considerar o contexto das práticas de cuidado dos profissionais da saúde, há que se destacar que ocorre aí algo diferenciado a respeito da experiência com a morte. Ao exercerem práticas de cuidado diante da fragilidade humana e dos limites da vida, esses profissionais convivem continuamente com experiências de perda, sofrimento e finitude, muitas vezes sem espaços institucionais que possibilitem elaboração psíquica acerca destes atravessamentos. Historicamente, entre as décadas de 1930 e 1950, morrer em casa passou a ser compreendido como um inconveniente no contexto das transformações sociais e sanitárias da modernidade. Com isso, os sujeitos em processo de adoecimento passaram a ser encaminhados às instituições hospitalares, deslocando a morte do espaço doméstico para o ambiente institucional. Dessa forma, o hospital, para além de constituir-se como espaço de cuidado e tratamento, também passa a ocupar o lugar onde os processos de morrer são vivenciados e administrados (Lima; Buys, 2008).

Então, o cuidado sobre a morte, anteriormente exercido pelos familiares, passa a ser dos profissionais da saúde, que mesmo embebidos de teorias em suas especificidades, que estudam

arduamente para execução de trabalho técnico, amparados pelas ciências, norteados por sua experiência de manejo clínico, ainda são humanos e como humanos possuem fragilidades. Sujeitos que além de profissionais, assim como todos possuem outros papéis sociais, são filhos, mães, pais, tios, avós, amigos, e por vezes, potenciais pacientes, que por tanto vivenciam suas angústias, assim como qualquer outro, mediante a ocasionalidade da morte (Bastos, Quintana e Carnevale, 2018).

Apesar do preparo técnico de muitos profissionais da saúde, as especialidades acadêmicas possuem lacunas significativas tratando-se sobre a morte e o morrer, em virtude da ênfase curricular priorizando aspectos biológicos do ser humano a partir de uma ênfase técnica sob a patologia em sua dimensão orgânica, os quais são relevantes e necessários para os cuidados, mas que por vezes não possibilitam abordar a morte sob o prisma dos afetos que são mobilizados nos profissionais responsáveis pelos cuidados com o paciente (Lima; Buys, 2008).

O nascimento e a morte, são momentos da existência humana que têm sido tratados e estudados com afinco por diversas áreas do setor da saúde, assim falar sobre a morte faz-se necessário nestes espaços. Mediante esta colocação, Boemer (1986), considera necessário tratar este fenômeno não como uma oposição à vida, mas como parte dela, afinal, ir ao encontro do paciente em seu leito, traz junto a possibilidade de que este já não esteja mais lá, desencadeando um mal-estar a esse sujeito que presta seus cuidados, bem como a equipe que o acompanha.

Os profissionais da saúde, em específico estes que estão imersos no ambiente hospitalar, atuando em modelo de assistência, acompanhando o paciente em seu processo de hospitalização e prestando cuidados direto ao leito são os que possuem maiores contatos com os pacientes e seus familiares, e com isso a possibilidade de formar vínculos (Palú, Labronici e Albani, 2004).

Fertonani (2015), discute que o termo "modelo assistencial" possui uma variação de terminologias, principalmente, referenciando-se a saúde; "modalidades de assistências", modelos assistenciais, "modelos de atenção" ou "modelos de cuidado". Para este autor, há uma diversidade de denominações, o que pode tornar complexa a conceituação da prática denominada "assistencial". Portanto, acentuo que ao referir sobre profissionais da saúde de modelo assistencial, referimo-nos aos trabalhadores que em seu labor, estão em contato direto com o paciente em sua necessidade de cuidado, realizando práticas assistenciais direto ao leito, acompanhando o paciente em todo o seu estágio de permanência de internação ou hospitalização.

Silva e Germano (2015) discutem que a imersão nos mais diversificados espaços fomenta a experiência do encontro, que, por vezes, por meio da identificação, possibilita a construção de vínculos. Para Kaës (2011), a vida humana é marcada pelos vínculos, que participam diretamente da

constituição do psiquismo e do delineamento das relações. A morte, por sua vez, é um fenômeno que produz efeitos, seja em contextos nos quais é esperada ou não. O profissional da saúde, ao estudar e atuar, coloca-se em prol da manutenção e preservação da vida, assumindo, muitas vezes, essa tarefa como uma missão. Nesse sentido, a perda de um paciente pode gerar sentimentos de frustração tanto no profissional quanto na equipe, justamente pela incumbência socialmente endereçada a estes de "salvar vidas". Dessa forma, a morte de um indivíduo sob seus cuidados pode desencadear movimentos subjetivos singulares, evocando necessidades, afetos e possíveis lembranças de outras perdas vivenciadas ao longo da trajetória pessoal e profissional (Boemer, 1986).

Para Moreira, Martins e Castro (2012), os processos de adoecimento em ambiente hospitalar são atravessados por aspectos afetivos, tensões e dificuldades relacionadas aos riscos iminentes de morte. Nesse contexto, tais experiências incidem sobre as dinâmicas afetivas dos diferentes sujeitos que ocupam esses espaços. Mediante a discussão proposta, buscou-se analisar os efeitos das mortes de pacientes nas práticas de cuidado de profissionais da saúde, inclinando-se à construção de um espaço de escuta capaz de acolher e compreender as vivências desses sujeitos diante das mortes que permeiam seu cotidiano de trabalho. Tal escuta mostra-se relevante, uma vez que os hospitais, atravessados por uma lógica tecnicista, frequentemente pautada em recursos tecnológicos de controle e previsibilidade, confrontam os profissionais com aquilo que escapa às possibilidades de domínio: a morte e seus efeitos subjetivos. Além disso, discutir a formação dos profissionais da saúde diante da temática da morte torna-se fundamental, considerando as lacunas existentes no preparo emocional para lidar com processos de finitude e luto. Nesse sentido, partindo da perspectiva da Psicanálise, busca-se, por meio das entrevistas, escutar aquilo que a experiência da morte suscita nos participantes e, a partir disso, desdobrar reflexões que evidenciem o entrelaçamento entre as práticas de cuidado em saúde e a dimensão da subjetividade dos profissionais implicados nesse contexto.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho delinea-se como um estudo de campo, de abordagem qualitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa via Plataforma Brasil, sob parecer nº 5.370.263. Para a concretização dos objetivos propostos, participaram da pesquisa 06 profissionais da saúde atuantes em modelo assistencial em hospitais das redes pública e privada da cidade de Joinville/SC, os quais, em sua prática cotidiana, possuem contato direto com pacientes em processo de hospitalização. Da classe de profissionais elencados, foram entrevistados médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e cuidadores, sem critério de tempo mínimo ou máximo de atuação na área. Contudo, levou-se em

consideração que os participantes já tivessem passado pela experiência da perda de pacientes no ambiente hospitalar em sua respectiva área de atuação. Buscou-se profissionais de diferentes áreas, não se resumindo a uma só profissão com o propósito de trazer perspectivas ampliadas sob a experiência de perdas de pacientes e seus efeitos.

Para a estruturação da amostra, a estratégia de acesso aos participantes ocorreu por meio do método Bola de Neve, procedimento que, conforme Dewes (2013), caracteriza-se pela indicação sucessiva de novos participantes a partir dos contatos já entrevistados. A primeira participante da pesquisa foi um contato da pesquisadora e, posteriormente, indicou outros profissionais da área da saúde que atendiam aos critérios estabelecidos para participação no estudo. Os participantes seguintes também contribuíram com novas indicações, possibilitando a ampliação da amostra de forma gradual.

Todas as entrevistas ocorreram de maneira individual e presencial, em locais escolhidos pelos próprios participantes, considerando disponibilidade, conforto e sigilo. As entrevistas foram realizadas após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado que todos os envolvidos participaram da pesquisa de forma voluntária e espontânea. Como forma de preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram substituídos por personagens da Tragédia Grega. Tal escolha foi realizada em razão da aproximação entre os atravessamentos humanos presentes nas tragédias e os temas discutidos nesta pesquisa, como sofrimento, perda, finitude e desamparo. A definição surgiu ainda durante a elaboração do pré-projeto e foi reforçada a partir da sugestão de uma das participantes, que propôs a utilização do nome Diana para substituí-la, em referência à sua relação com os cuidados e proteção. A partir dessa sugestão, optou-se pela utilização de personagens da Tragédia Grega que apresentam ligação direta ou indireta com os temas investigados.

Os dados coletados foram analisados a partir do instrumento Análise de Conteúdo que, conforme ressaltado por Moraes (1999), possui como matéria-prima materiais oriundos da comunicação verbal e não verbal. Na perspectiva do autor, as falas, em seu estado bruto, necessitam passar por um processo de organização, levantamento, separação e categorização, de modo a possibilitar maior compreensão do conteúdo analisado. Tal procedimento tem por finalidade a identificação de elementos simbólicos, bem como a realização de interpretações e inferências acerca do material produzido. O material foi trabalhado de forma separativa, por unidades captadas da fala dos participantes e separadas por classes, identificando-se semelhanças e discrepâncias emergentes do material analisado, as quais foram posteriormente agrupadas em categorias de análise. Para

Moraes (1999), a Análise de Conteúdo consiste em um processo interpretativo realizado pelo pesquisador a partir de suas percepções acerca do material investigado, fundamentadas em hipóteses previamente estabelecidas ou construídas ao longo da pesquisa. Nessa perspectiva, toda leitura implica uma interpretação, tornando impossível uma apreensão neutra dos dados. Assim, o conteúdo proveniente das entrevistas passou por um processo de tratamento que possibilitou a constituição de unidades de análise, posteriormente organizadas em categorias para interpretação teórica.

Para a interpretação do material produzido, utilizou-se a Análise Psicanalítica de Discursos, fundamentada nas perspectivas lacanianas propostas por Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016). Tal abordagem compreende que as formações discursivas podem emergir de diferentes materiais que operam pela linguagem, sejam eles verbais ou não verbais. Nesse sentido, os conteúdos expressos nas falas dos participantes foram analisados a partir da Psicanálise, construindo-se uma trama interpretativa atenta aos processos inconscientes do sujeito, considerando suas falas, repetições, associações e elaborações produzidas acerca da temática investigada.

A partir da organização dos dados, buscou-se subsídios na Teoria Psicanalítica, bem como em autores da Psicologia e áreas afins à temática proposta, que dialogassem com os estudos sobre a morte e os impactos produzidos na subjetividade de profissionais da saúde. Após o tratamento do material, foram construídas três categorias para discussão: “Ciclos que se encerram: a fragilidade humana se impõe”, “Luto In(só)lito: a dor fica para quem está vivo” e “Possibilidades de Contornos: medidas paliativas para suportar a vida”. A seguir, apresenta-se a primeira categoria de análise.

Ciclos que se encerram - *A fragilidade humana se impõe*

A proposta inicial desta categoria consiste em debruçar-se, a partir das falas dos entrevistados, sobre os impactos e efeitos produzidos pelo contato com a morte por meio da experiência da perda de pacientes, bem como sobre as compreensões construídas acerca desse fenômeno. De acordo com Boemer (1986), a morte torna-se companheira de trabalho, presente no cotidiano dos profissionais da saúde. Companheira de trabalho não desejada, mas frequentemente compreendida como necessária diante das contingências da vida e dos limites impostos pela condição humana. Ao analisar as falas dos participantes da pesquisa, foi possível identificar diferentes modos de relação com a morte, os quais a compreendem como um ciclo que se encerra. Os entrevistados tecem narrativas atravessadas pela fragilidade do corpo, pelos limites da vida e pela dor daqueles que vivenciam a perda de alguém amado.

Nas narrativas apresentadas nesta categoria de análise, busca-se destacar o quanto a sensação de impotência diante da morte do paciente mobiliza os profissionais a trazerem à tona cenas que os marcaram ao longo de suas trajetórias. Tais relatos evidenciam os efeitos produzidos pela inevitabilidade da morte, que se impõe aos profissionais da saúde como um encontro com os limites do cuidado e com aquilo que escapa às possibilidades de controle.

Como profissional e como pessoa, na minha opinião morte é um ciclo que tem que acontecer na vida das pessoas. Não é um ciclo fácil de ser encarado, a gente não é preparado para lidar com a morte [...] No começo da minha carreira, por assim dizer profissional da assistência com a enfermagem, eu via a morte como algo muito triste e muito tenebroso, atualmente vejo mais como algo tranquilo. A parte difícil é lidar com os familiares, porque quem morreu ali descansou (Diana, Téc. Enfermagem/UTI).

A fala de Diana evidencia um movimento de transformação na forma como a morte é significada ao longo da trajetória profissional mediante sua atuação na UTI - Unidade de Terapia Intensiva por dois anos. Se no início, a morte era percebida como um acontecimento "triste" e "tenebroso", a convivência cotidiana com situações de adoecimento e finitude parece ter produzido uma nova significação frente a esse fenômeno, compreendido posteriormente como parte de um ciclo inerente à vida. Entretanto, embora a participante afirme perceber a morte de maneira natural, seu relato desloca a atenção para aqueles que permanecem vivos diante da perda. Ao afirmar que "quem morreu ali descansou". Nesse sentido, Diana expõe que o convívio com a morte torna o sofrimento dos familiares um dos aspectos mais difíceis de sustentar no contexto hospitalar. As falas dos participantes vão anunciando que a experiência da morte não mobiliza apenas os familiares à beira do leito, mas também os profissionais que os acompanham e que, cotidianamente, se dedicam à preservação da vida que vai de encontro com a fala de Irene, técnica de enfermagem de setores de internação com cinco anos vivência hospitalar e pacientes em tratamento renal crônico: "você fica ali sempre zelando, cuidando do paciente, de alguma forma tu sabes que vai acontecer, mas não quer acreditar", "não espera".

De acordo com Kovács (2011), o hospital constitui-se como um espaço atravessado pela expectativa de salvar vidas, tal expectativa encontra-se presente no paciente que busca cuidados, aos familiares que o acompanham e também naqueles que assumem o cuidado como ofício. Essa compreensão ajuda a pensar a ambivalência presente na fala de Irene, que embora a morte seja reconhecida como uma possibilidade iminente, seu acontecimento parece não deixar de causar

surpresa e impacto. O relato da participante evidencia uma tensão entre o saber racional acerca da finitude e o desejo de que ela não se concretize, sobretudo quando o profissional encontra-se implicado nos processos de cuidado e investimento dirigidos ao paciente.

Neste contexto, Irene, técnica de enfermagem, relata que ao longo de seus anos de atuação, acompanhou pacientes por extensos períodos no setor de nefrologia, especialmente aqueles submetidos à hemodiálise em razão da insuficiência renal crônica. Esse tratamento, realizado por meio da máquina de diálise, frequentemente denominada "rim artificial" por substituir parcialmente as funções renais ao filtrar e bombear o sangue, exige acompanhamento contínuo e periódico. E com isso, os profissionais convivem por longos períodos não apenas com os pacientes que dependem das máquinas para a manutenção da vida, mas também com seus familiares, construindo vínculos que atravessam o cotidiano do cuidado e os processos de adoecimento.

Reflete-se então, que o fato de esses profissionais não conseguirem afastar, evitar ou adiar a morte, tampouco aliviar o sofrimento do sujeito sob seus cuidados, por vezes, os colocam diante de seus próprios limites. Tal experiência pode produzir angústia e sentimentos de fracasso, uma vez que o sentido atribuído à profissão frequentemente está relacionado à preservação da vida, objetivo para o qual se especializam. De acordo com Kovács (2011) quando ocorre uma morte, a equipe tende a se fragilizar e os sentidos do trabalho, voltados à difícil missão de manutenção da vida, podem ser momentaneamente abalados. Esse cenário configura uma das causas centrais do estresse ocupacional e do colapso do trabalhador, podendo contribuir para o desenvolvimento de adoecimentos psíquicos. Observemos como a participante relata os impactos de sua primeira experiência diante da perda de um paciente:

*Ca morte do meu primeiro paciente fiquei sem reação para ser sincera, sem reação, meus colegas que vieram me dar um suporte, porque foi o primeiro óbito, algo que eu não tinha **visto** pessoalmente e fiquei um pouco abalada. **Impactada** durante alguns dias, com o passar do tempo outras mortes foram acontecendo no meu ambiente de trabalho e com o tempo passei a ver como algo natural (Diana, Téc. Enfermagem, grifo nosso).*

Vejamos agora o relato de Héstia, cuidadora a dois anos, que acompanhou o paciente em sua casa em hospitalização, estava em um Pronto Atendimento, aguardando leito de internação, houve uma intercorrência e precisou retirar-se do quarto. Neste tempo a equipe de enfermagem tentou reanimá-lo, mas o paciente não resistiu. Voltou à sala para pegar um item que havia esquecido e

deparou-se com o sujeito “arrumado” com ataduras e sem vida, “a ficha caiu”, “não deveria ter voltado”, “não pela morte em si, mas pelo que eu vi depois” diz a cuidadora:

*Quando voltei ao quarto ele já estava arrumadinho na cama, sabe? Colocaram uma faixa porque a boca dele estava meio aberta, eu achei muito **impactante** essa parte. Ai que me toquei, caiu a ficha que ele faleceu, pensei “**não deveria ter voltado**”, devia ter ido com todas as enfermeiras lá, tava as enfermeiras ainda, não deveria ter esquecido nada lá dentro, ter pedido para alguém buscar, foi bem impactante assim (Héstia, Cuidadora, grifo nosso).*

Ao analisarmos as cenas entrelaçadas, Diana remete a discussão de Lacan (1998), que ao propor uma temporalidade própria do sujeito, e portanto a temporalidade própria do inconsciente, nos leva a considerar a relação com o real. Diana, ao olhar algo que não tinha visto, ocorre um desconcerto, um abalo em função de algo que lhe imputa a falta de significantes que permitam dar um sentido. Por isso, não há reação, ocorre a paralisia diante de algo que não pode ser representado. Já, no caso de Héstita é o seu lapso, seu esquecimento que lhe coloca diante de algo que passa por uma nomeação da experiência traumática “caiu a ficha que ele faleceu”. É uma formação do seu inconsciente que lhe coloca diante de um corpo sem vida. Talvez no caso de Héstita o que se coloca é um movimento inconsciente de querer saber, testemunhar que a vida se ausenta, que há um limite naquilo que pode ser feito, que é algo da ordem do impossível, não há como reanimá-lo.

Nestes recortes demarca-se que há um dado momento em que a morte é recebida (vista) e inicialmente são “impactadas”, mas à medida que é compreendida através da experiência, e pelo contato cotidiano com o fenômeno, ela passa a ser compreendida de outras formas. Ou como descrito por Lacan (1998) em seus tempos lógicos: o instante de ver, o tempo de compreender e o momento de concluir. Nesse percurso, parecem constituir-se camadas psíquicas que funcionam como formas de mediação frente ao desamparo mobilizado pelo encontro recorrente com a finitude. Como relata Hígia, médica atuante há sete anos em unidades de terapia intensiva pediátrica: “Não diria que a gente fica indiferente, mas a gente fica menos emotiva com o tempo, vai ficando meio calejada dessas coisas e a gente sente um pouco menos, mas não deixa de sentir”.

Para Kovács (2011), compreender a morte como parte de um ciclo da vida constitui um recurso desenvolvido pelos profissionais para lidar com o sofrimento inerente ao trabalho, muitas vezes por meio do isolamento de medos e angústias. No entanto, conforme demonstra a fala da participante, essa racionalização não os protege do mal-estar. Afinal, acompanhar a terminalidade de perto é confrontar-se constantemente com a própria finitude e com a possibilidade da perda daqueles

que se ama. Nesse sentido, emerge também o sentimento de culpa diante dos limites da atuação profissional: “A gente se culpa porque a figura responsável por impedir que aquilo acontecesse é o médico de plantão [...] passa um filme muito grande na cabeça, de será que eu fiz tudo que poderia fazer?” (Hígia, médica pediatra).

No contexto hospitalar, cabe ao médico, enquanto responsável técnico, a tarefa de comunicar a morte. Contudo, esse anúncio frequentemente é vivido como uma "tarefa de ninguém", por constituir um momento difícil e doloroso, em contraste com a função historicamente atribuída aos profissionais da saúde, voltada à manutenção e preservação da vida. Diante da perda, resta-lhes comunicar o óbito ou realizar os procedimentos pós-morte, como o preparo do corpo (Kovács, 2011). Nesse sentido, Hígia, médica pediatra, relata identificar-se mais com o lugar de quem anuncia a perda aos familiares do que com o de quem consegue impedir sua ocorrência: “Sou muito mais a pessoa que dá a notícia para o familiar do que perdeu”.

A formação desses profissionais, especialmente nos cursos de Medicina e Enfermagem, privilegia a dimensão técnica do cuidado e dedica pouco espaço à elaboração dos aspectos psicológicos envolvidos no processo de morte. Em grande parte, o primeiro contato dos estudantes com a morte ocorre por meio do estudo da anatomia em cadáveres ou peças anatômicas, em uma formação marcada pela despersonalização da experiência (Kovács, 2011). Diante disso, emerge entre os profissionais o questionamento acerca do próprio preparo para lidar com a morte e seus desdobramentos no cotidiano do cuidado. Observemos, na fala a seguir, como essa questão se apresenta:

A gente também não é preparado 100% para isso na faculdade, temos muitas aulas de técnica de como se portar, como falar, os gestos, a linguagem corporal. O que não pode ter em uma situação dessa, não o que tem que ter, mas o que não pode fazer em uma situação dessas. Usar palavras claras, sem fazer rodeios, mas é muito diferente sentir isso na pele, quando se sai do laboratório e acontece de verdade, a responsabilidade, o peso é outro (Hígia, Médica pediatra).

Quando se analisa esta dificuldade relatada pelos participantes acerca da falta de preparo, da impotência em contornar o perecimento do corpo, bem como, sentir "isso na pele" ao precisar dar notícias da morte a um familiar, o que se pode observar é o quanto o aspecto humano, subjetivo, é mobilizado pelas vicissitudes do trabalho como profissional da saúde. Assim, antes de qualquer prática, técnica, o que se antecipa é a subjetividade, em especial, o determinismo do inconsciente, instância decisiva da vida psíquica, sede dos afetos. Em que se pese o aprofundamento técnico necessário para esses profissionais fazerem a manutenção da vida de seus pacientes, há que se

considerar também que a vida se situa nas trilhas afetivas dos profissionais, as quais são mobilizadas a partir do que os pacientes lhes suscitam, o que dá vazão para a discussão de nossa próxima categoria.

Luto In(só)lito - “A dor fica para quem está vivo”

Esta categoria aborda as relações, os vínculos e os atravessamentos subjetivos produzidos pelas experiências de perda dos profissionais entrevistados. Para iniciar a discussão, apresenta-se a fala de Diana, técnica de enfermagem que acompanhou um senhor durante seu período de hospitalização e que, segundo ela, remetia à imagem de seu avô. Após um diálogo vivido como marcante pela participante, o paciente veio a óbito. Ao rememorar essa experiência, Diana destaca a identificação estabelecida com o paciente: “Ele realmente lembrava muito meu avô, com todos os traços, como se fosse alguém da minha família, alguém que eu não conhecia, mas com quem senti uma conexão muito grande”.

Diante desta afetação recorremos a Nasio (2007) que discute que a perda de alguém investido afetivamente, pode mobilizar sofrimento psíquico, angústia e sentimentos de vazio diante da ruptura de um vínculo significativo. Quanto maior o investimento afetivo direcionado ao outro, maiores podem ser os atravessamentos subjetivos produzidos pela experiência da perda e pelo confronto com a finitude. Nesse sentido, o contato contínuo com processos de morte no ambiente hospitalar pode aproximar os profissionais de experiências de desamparo, limites e fragilidade humana, colocando-os diante daquilo que escapa ao controle e remete à condição de falta e castração. Tal aspecto aparece na fala da participante ao afirmar: “A gente não quer perder, óbvio, não quer perder coisas, imagina pessoas” (Diana, Técnica de Enfermagem).

A partir da fala da profissional, é possível aproximar tal vivência da noção de que a castração diz respeito não somente aos limites do corpo, mas também aos limites impostos pela cultura, vivenciando-se, então, o preço da angústia. Tal experiência é renovada incessantemente ao longo da existência e, conforme Nasio (1997), consiste em admitir, com dor, os limites do corpo, estes que são tão estreitos quanto os limites do desejo.

Freud (1917/2010), ao discutir o luto, compreende-o como uma reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que ocupe seu lugar. Para o autor, a experiência da perda mobiliza intenso sofrimento psíquico, produzindo um esvaziamento do interesse pelo mundo externo e exigindo do sujeito um trabalho de elaboração diante da ausência do objeto amado. O luto então, não se configura como um processo linear ou definitivamente concluído, mas como uma experiência,

um trabalho singular, atravessado pelos modos de relação que o sujeito estabelece com seus vínculos e investimentos afetivos. Ao aproximar esta discussão do contexto hospitalar, pode-se pensar que os profissionais da saúde, ao presenciarem repetidamente processos de morte e perda, também são atravessados por experiências de ruptura, ausência e desamparo. Assim, os vínculos estabelecidos com determinados pacientes podem mobilizar angústias e afetos que ultrapassam a dimensão técnica do cuidado, especialmente quando a morte convoca o sujeito ao encontro com seus próprios limites e com a impossibilidade de controle sobre a vida.

De acordo com Palú, Labronici e Albani (2004) esta ruptura e esse demarcar de vazio não atinge somente quem convive com quem partiu, essa falta reflete em toda uma rede social de pessoas que estão enlaçadas ao sujeito. Vejamos este demarcar de um sentimento de vazio na fala de Irene, téc. de enfermagem, mediante a perda de seu primeiro paciente quando estagiária “Foi a primeira vez que eu me deparei com a morte de um paciente e eu lembro que parece que ficou um vazio que não dá para explicar”. Nas instituições hospitalares, existe uma fala antiga que circunda os ambientes “enquanto há vida, há esperança” o que nos coloca sob a mercê existencial de que a morte é sinônimo de algo negativo e penoso e que é a vida que possui valor, a morte resulta em extinção de algo, que nos leva à reflexão de que ainda que se tente, não há preparo, pois no inconsciente, não existe representação para a morte (Baroni e Kahhale, 2011).

Para Kaës (2011), em algum momento o sujeito haverá de se deparar com a morte, sobretudo com as mortes daqueles que o atravessam afetivamente. Em muitos casos, a perda de um paciente com o qual o profissional vinculou-se pode mobilizar lembranças e afetos relacionados a experiências pessoais de perda, evidenciando como as dimensões profissional e subjetiva se entrelaçam no exercício do cuidado. Tal aspecto pode ser observado na fala de Quíron, enfermeiro do setor oncológico a mais de 20 anos: “Minha mãe faleceu no meio disso [...] a gente é humano, não tem como não misturar as coisas, a gente sofre, chora, não existe cuidar do ser humano e não sofrer”.

Observa-se que as relações entre paciente e profissional de saúde, embora tenham como ponto de partida, as práticas de cuidado, ou seja, relações que ocorrem mediante as condições do tratamento, está atravessada por aspectos afetivos, que acabam por constituir um processo de vinculação entre estes sujeitos. Para Kaës (2011), os vínculos estabelecidos entre os sujeitos são atravessados pela realidade psíquica e pelas experiências singulares que constituem cada um. Nesse sentido, aspectos relacionados à história do sujeito, seus desejos, conflitos e vivências participam diretamente da forma como este se relaciona com o outro.

Com isso, o profissional pode vivenciar a perda do paciente para além das exigências técnicas

e institucionais do trabalho, sendo atravessado por questões relacionadas à sua própria subjetividade. Em determinados encontros, alguns pacientes podem mobilizar identificações inconscientes, especialmente quando remetem a figuras, experiências ou afetos familiares ao profissional. Nesse sentido, o sofrimento diante da morte não se produz de maneira homogênea, mas pode intensificar-se quando o paciente ocupa, imaginariamente, um lugar de proximidade afetiva com aspectos da própria história do sujeito.

Palú, Labronici e Albani (2004), discutem que os investimentos afetivos e os processos identificatórios participam diretamente da forma como o sujeito se relaciona com o outro. Assim, determinadas experiências de cuidado podem convocar angústias relacionadas à perda, ao desamparo e à própria finitude, sobretudo quando a morte do paciente toca algo da ordem narcísica e daquilo que o profissional reconhece, consciente ou inconscientemente, como semelhante a si ou às suas relações de afeto.

Diante disso, sempre haverá mortes que lhe tocarão mais, isto está evidenciado na fala dos participantes, assim cuidar é muito mais do que uma ação técnica, é levar em consideração a subjetividade humana, é além do "tratar" um corpo padecido, é tocá-lo também com palavras e muitas vezes esses cuidados estendem-se a família "Já fui ao velório de pacientes" relata Quíron enfermeiro, reafirmado pela fala da técnica de enfermagem Diana: "Só que tem toda a família que a enfermagem precisa dar um suporte, um abraço, uma palavra, porque a dor fica para quem está vivo".

Os profissionais da saúde, ao acompanharem determinados pacientes durante o processo de hospitalização, podem estabelecer relações de proximidade afetiva, compartilhando expectativas de melhora, acompanhando o sofrimento dos familiares e sendo atravessados pelas experiências de perda decorrentes da morte. Nesse contexto, alguns participantes relataram vivências de sofrimento emocional diante do falecimento de pacientes, especialmente em situações nas quais havia maior envolvimento afetivo no processo de cuidado, de acordo com Kovács (2011), os profissionais podem se haver com este luto não autorizado.

Observa-se, na fala de Quíron, enfermeiro, que a expressão do sofrimento diante destas perdas nem sempre encontra espaço de acolhimento no contexto institucional, aparecendo, por vezes, associada à expectativa de maior distanciamento emocional por parte dos profissionais: "já sou mais de me apegar mesmo com os pacientes então eu sofro muito, sofro mais que o normal, até já foi chamada atenção". A fala do participante evidencia tensionamentos entre o envolvimento afetivo produzido no cuidado e as exigências institucionais frequentemente direcionadas à manutenção de uma postura entendida como mais "fria" ou distante frente às mortes vivenciadas no ambiente

hospitalar.

Institucionalizam-se regras para um distanciamento, um não envolvimento visando uma não fragilização que impacte em seus processos produtivos. No entanto, para os trabalhadores da saúde, especialmente para a enfermagem que o cuidado é o sentido do trabalho, compreende-se que cuidar está muito além de manusear este corpo acamado, mas está envolto de uma experiência digna considerando o sujeito em sua plena humanidade (Kovács, 2011).

Embora Iaconelli (2007) discuta o luto no âmbito da maternidade, o termo “Insólito” utilizado pela autora pode ser aplicado à lógica dos profissionais da saúde, pois são eles que exercem cuidados, alimentam, banham, colocam para dormir. Deste modo, a maternagem é cuidado e, no entanto, os profissionais da saúde também cuidam. Constata-se que há um luto vivido in(só)lito, velado e em solidão presente na fala de Quíron, pois em sua prática cotidiana não há espaço para essa elaboração, precisa ser “funcional”, precisam velar e este velar pode gerar efeitos para negação de algo a se elaborar sendo um escopo de dor psíquica movida por sentimentos de tristeza, culpa e impotência. Aqui, damos sequência a fala de Diana:

Imagina, os pacientes em estado terminal, em estado vegetativo, quem faz tudo por eles são quem? Máquinas! Então quando eles morrem, normalmente eles estão conscientes, o último sentido que falha é o que? A Audição. Então imagina a pessoa ser lúcida consegue entender tudo ao seu redor e não poder fazer absolutamente nada, acredito eu que de maneira consciente o psicológico dela fica muito abalado, a gente vê também muita entrega (Diana, Téc. Enfermagem).

A entrega seria começar a não reagir a alguns estímulos, mais ou menos isso, a gente sabe que vai chegar um momento que organismo vai parar, não vai dar conta, mas em alguns casos a pessoa vai se entregando. Um exemplo, paciente oncológico, observo muito uma entrega, mas por que? Ele está cansado. Do meu ponto de vista a morte para eles é como se fosse a solução de um problema (Diana, Téc. Enfermagem).

Vejamos então como a dor possui relação direta com a vida e em certas circunstâncias, quando a ciência nada mais pode fazer, só a morte que resolve essa dor “A morte é uma maneira de remover aquela dor que você sente e não tem nada no mundo que possa ser resolvido que você possa fazer para aquilo passar, só morrendo” (Diana, téc. de enfermagem).

Essa “entrega” reaparece no discurso de Héstitia que relata ter acompanhado um paciente na sua residência, em cuidados paliativos que decidiu-se por parar de se alimentar e realizar atividades cotidianas que outrora, lhe davam prazer “chegou um certo tempo que ele decidiu que não queria

mais nada, alimentação, tomar sol, ir lá fora, decidi que queria morrer e foi o que aconteceu” (Héstia, cuidadora).

Desta forma (nesta entrega) a morte se coloca como um alívio, como uma emancipação das tensões psíquicas provocadas por um corpo que se debilita em um sujeito com uma vida marcada pela dor. Assim, morrer em determinados casos mostra-se como um “remédio”, a única saída frente a uma dor que não cessa de se impor, a única alternativa para apaziguar o mal-estar, desse que sofre amparado por máquinas, mas também, deste que cuida que lida diariamente com este mal-estar, sob o corpo que está sob seus cuidados “que só falta morrer”.

Como podemos observar na fala a seguir, a experiência da morte frequentemente assume a forma de culpa, sentimento presente nos relatos de todos os profissionais entrevistados: “poderia ter feito mais?” ou “deixei passar algo?”. Hígia expressa esse movimento ao revisitar retrospectivamente sua atuação na tentativa de encontrar uma intervenção que pudesse ter alterado o desfecho: “Será que se 3 dias atrás eu tivesse feito tal coisa isso teria impedido esse diagnóstico, esse desfecho? São coisas que a gente não sabe, né? Foge do controle, quem sabe no dia do juízo final a gente descubra” (Hígia, médica pediatra).

A fala evidencia o confronto entre a responsabilidade assumida pelo profissional e os limites de sua atuação. Ao mesmo tempo em que busca atribuir sentido ao ocorrido, Hígia reconhece que determinados desfechos escapam ao controle e à previsibilidade. Nesse contexto, a morte convoca um constante questionamento sobre a própria prática, produzindo sentimentos de culpa, impotência e insuficiência diante daquilo que não pode ser evitado.

Além desses sentimentos, os participantes relatam a angústia de sustentar intervenções destinadas a prolongar a vida, mesmo quando estas podem aumentar o sofrimento do sujeito adoecido. A utilização de medicamentos, procedimentos invasivos e tecnologias de suporte à vida coloca os profissionais diante de decisões difíceis, marcadas pela incerteza, pela responsabilidade e pelos limites do cuidado. Soma-se a isso a necessidade de dialogar com familiares que buscam respostas e garantias acerca da evolução clínica do paciente, respostas que nem sempre podem ser oferecidas (Kovács, 2011). Observemos, a seguir, o sofrimento presente na fala da participante diante do prolongamento da vida em um processo de finitude. Enquanto fala a profissional gesticula e faz movimentos como ao ato de retirada de tubos¹.

¹ Faz-se necessário frisar a crise sanitária Covid-19, cuja proporção provocou o aumento significativo de internações em leitos de UTIs, havendo uma grande necessidade de pacientes internados com a necessidade de ventilação mecânica e que muitos dos participantes da entrevista considerados recém-formados se inseriram nas práticas de cuidados no ambiente hospitalar no período pandêmico.

O que não é natural do meu ponto de vista em todo o contexto de morte é o sofrimento que o paciente está passando antes de chegar ali, no momento do óbito, no momento da morte, todo o sofrimento antes, mas quando morre acredito eu que descansou, dessa maneira, que descansou, a dor dele foi removida (Diana, Téc. Enfermagem).

Para Kovács (2011), a forma caricata que melhor representa o ser humano que não pode morrer é através de tubos. Adereços embutidos em máquinas que vão de encontro com esse corpo aleitado, através de seus orifícios, objetificado, acompanhado por ponteiros e ruídos das máquinas, de modo que o sujeito fica assim, “expropriado” de sua própria morte. Isso torna penosa a atividade dos profissionais da saúde que acompanham o paciente gravemente enfermo em sua fragilidade, postergando seu tempo de vida.

Este prolongamento de vida, mas também de tempo da doença fomenta convívio entre pacientes, familiares e a equipe que presta cuidados, gerando assim o aumento de estresse e risco de colapso da saúde mental destes trabalhadores: “se a gente perde 1 paciente, mas se a gente salva 99, a gente não lembra dos 99 que a gente salvou. A gente lembra daquele 1 que a gente perdeu e se sente um lixo” (Hígia, médica pediatra).

Falar sobre a morte, é neste sentido falar da própria falta, da impotência em socorrer o outro de seu fim, assumir sua incompletude que apesar das técnicas e artifícios tecnológicos que tentam facilitar o trabalho do profissional da saúde, o que se observa é um triunfo do perecimento do corpo, o qual habitado por um sujeito, que vê vacilar aquilo que até então se colocava como força constante que fazia a manutenção da vida. Esta força agora claudica, e o que se evidencia é o que Freud (2010) denomina como a aspiração de todo ser vivo: o retorno ao inanimado. Tal retorno se coloca como destino último, pois as tensões produzidas de forma constante pela vida agora encontram um corpo que ao ser objetificado pela técnica se deserotiza não sendo mais capaz de criar recursos simbólicos para contornar a tensão de viver de maneira desvinculada de seu próprio desejo.

Possibilidades de Contornos - Medidas paliativas para suportar a vida

Adentramos a terceira e última categoria, tal qual possui o objetivo de discutir os efeitos da morte na vida e trabalho desses profissionais, bem como a possibilidade de elaborações que encontram para lidar com o convívio marcado pela finitude. Sentir na pele e ter o próprio corpo atravessado pela dor do outro são experiências recorrentes nos relatos apresentados até aqui. O contato constante com a perda convoca os profissionais não apenas a lidar com a morte do paciente, mas também com questões fundamentais da vida.

Nesse sentido, retomamos a discussão proposta por Freud (1929), ao problematizar a busca pela felicidade como uma constante, mas tal meta não se coaduna com o princípio da realidade, pois a experiência de desprazer é muito mais facilmente encontrada, e também, pela justificativa de que o ser humano não suportaria subjetivamente um prazer prolongado e absoluto.

Socialmente esse objetivo de felicidade perpétua possui imensos entraves e obstáculo e um desses obstáculos vai de encontro com as próprias restrições sociais que são impostas ao desejo humano, esse desejo então é destinado ao fracasso, e justifica, a vida é árdua, afinal o princípio da realidade é mais forte que o princípio do prazer e o sujeito há de se haver com suas fontes de desamparo.

Freud (1929) afirma que o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: da fragilidade do próprio corpo, condenado à decadência e dissolução, à morte; da força superior da natureza, sobre a qual não exercemos domínio; e, por fim, das relações humanas, frequentemente atravessadas por conflitos, perdas e frustrações. É precisamente nesse entrecruzamento entre finitude, relações e sofrimento que se inscrevem as experiências narradas pelos profissionais de saúde entrevistados.

Para tanto, apresento um singelo apontamento de Freud em *O Mal-Estar na Civilização*, quando o autor questiona o que os sujeitos pedem da vida e o que nela desejam realizar. Sua resposta é direta: “Esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer” (Freud, 1974, p. 94). O sujeito busca, portanto, a satisfação e a obtenção de prazer, orientando-se pelo ideal de uma vida feliz.

Entretanto, diante das inevitáveis experiências de sofrimento, o ser humano cria recursos para tornar a vida suportável já que a felicidade não é e não pode ser uma constante, não suportaríamos. Freud (1974) aponta que os sujeitos recorrem a diferentes medidas paliativas para lidar com o mal-estar: os avanços da ciência e da tecnologia, os entorpecentes, a religião como produtora de sentidos e, especialmente, a arte, que, por meio da fantasia, da música, da dança e de outras expressões criativas, possibilita a sublimação. Trata-se de formas de dar vazão à dor e à angústia, transformando-as em produções que adquirem significado para si e para o mundo.

Mediante essas colocações de Freud, observamos o relato de Gaia, técnica de enfermagem atuante em Pronto Atendimento e Internação Clínica Adulto e Pediátrica, que narra sua experiência de perda, considerada um “marco”, que lhe fomentou muitas reflexões acerca de suas escolhas profissionais e que essa vivência produziu mobilizações afetivas que reverberam no andamento de sua vida pessoal/profissional. E associações que a mesma trouxe mediante ao questionamento, “o que se faz com isso?”. Demonstrando-lhe muita aflição. Nesta ocasião a participante recebe uma criança

na sala de emergência em condição de Cetoacidose² e através de seus relatos evidencia-se um processo identificatório com a paciente:

Além dela ser diabética, foi uma morte muito conturbada [...] lembro que fiquei bem assustada que cheguei a sonhar com a menina, nove anos, a idade da minha irmã. Achei que era a Reia³ sentada na cama, falei “Reia, o que tu quer?” e ela não me respondia, daí puta merda, acendia a luz e não tinha ninguém, até hoje fico se eu vi se era sonho. Mas enfim, desliguei a luz e rezei um pouco (Gaia. Téc. Enfermagem).

Lembro que na época eu fiquei assim, por ser diabética né, pensando caramba o que poderia ter acontecido? Será que poderia ter sido eu quando era mais nova? Comecei a pensar, será que quero fazer engenharia ainda? Será que quero fazer enfermagem? Não quero ficar no hospital, não quero ficar tão próxima assim, daí comecei a ir para nutrição (Gaia. Téc. Enfermagem).

A participante discorre sobre como essa morte gerou mudanças em suas ações e recepções com pacientes, bem como tratamento com seus familiares ao acolher e explicar sobre o cuidado com o diabetes, mas também sobre sua escolha profissional. E ao encaminhar-se para o final da entrevista, relatou sobre a morte de seu avô: “A última pessoa que morreu foi meu avô! Inclusive morreu numa festa, foi uma morte feliz, ele estava em uma festa assim, bailão de velho, a gente brinca que até hoje ele ainda está dançando” (Gaia, Téc. de Enfermagem).

A história relatada por esta profissional situa-a em uma condição essencialmente humana atravessada pelo outro, o qual mobiliza uma cena significativa de sua existência, a qual evoca a presença de um outro que fora amado e que se encontra ausente. Importante observar que a cena recordada pela participante é um momento em que a morte invade a vida, surgindo assim, a finitude em meio a um momento de felicidade, dança e música. Ao final da entrevista a participante pede licença para aplicar sua insulina. A entrevista de Gaia parece significativa ainda, pelo ato de aplicar insulina, o qual convoca a atenção da pesquisadora, de modo que o significante “diabetes”, o qual articula ela, a paciente, a irmã, e a morte, acaba ganhando a cena não só com palavras, mas em ato. Pode-se depreender das palavras e do ato desta participante, um movimento em direção a sustentação da vida, e ao afastamento da morte que se presentifica com o fantasma da “diabetes”.

Gaia nos leva a refletir que deparar-se com a morte é entrar em contato com a finitude, mas não sob a própria exclusivamente, mas a outro que se ama, a terminalidade, a transitoriedade é

² Complicação grave (mortal) do diabetes.

³ Reia é irmã de Gaia na Mitologia Grega e nome utilizado para preservar a identidade da irmã da participante.

onipresente a todos, e estes profissionais vivenciam isso diariamente. E com isso, há dor, a dor de amar e a morte de um ser que nos é querido torna-se então um grande desamparo, observemos os questionamentos instalados nestes sujeitos: “trabalho na saúde, mas não sei como lidaria com a morte de familiar meu, consigo dizer claramente que é um ciclo, que as coisas começam e que elas terminam, mas se fosse comigo, com um familiar, para ser bem sincera não estou nenhum pouco preparada” Diana, téc. de enfermagem. Vejamos a reafirmação do questionamento da finitude do outro que se ama na fala a seguir:

Penso assim na minha irmã, se ela morrer meu deus do céu eu até paro para pensar no que eu vou fazer, como vai ficar meus pais o que eu vou fazer com isso? Será que minha mãe vai ter depressão, será que vai ficar ruim, será que meus pais vão continuar juntos? [...] Será que eu vou continuar sendo a mesma pessoa? Será que eu vou namorar depois disso? Agora mesma coisa meus pais, como ficará a Reia em relação a isso (Gaia, Téc. Enfermagem).

O que muda face ao que se perde? Quem somos nós sem o objeto amado? Frente ao olhar da psicanálise, estes encontros com a finitude evocam no sujeito esse encontro com o Real, que escancara a fragilidade de nossos corpos, fadados a dissolução, à mercê da força superior da natureza, do próprio tempo, do qual não temos controle, e face às relações, que são também fontes de angústias pois evocam essa ambiguidade de prazer e desprazer, pelos encontros e desencontros promovidos pelo fenômeno nomeado vida (Flecha, 2021).

Freud (1914) menciona que é preciso amar para que não venhamos adoecer, seria então o amor uma das fontes de desamparo (nossos relacionamentos) mas também um sentido de amparo? Afinal, viver sem se vincular ao outro é uma tentativa impossível, conforme resgato Kaës (2011) o vínculo é parte do processo formativo de uma constituição psíquica. O encontro com o real, pede elaboração, Freud (1974, p. 103) refere-se sobre formas de contornar esse mal-estar, retornamos então as medidas paliativas para suporte a vida “não existe uma regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo ele pode ser salvo”. É necessário que o sujeito encontre formas de dar vazão a esse sofrimento, que possa transformar essa dor o que se evidencia na seguinte fala: “É preciso uma válvula de escape”, “procurar a música ou a dança, alguma coisa para você tá mudando a chave” Quíron, enfermeiro. Observemos alguns relatos dos participantes referindo-se a tentativas de apaziguar seu paciente através da música “Ele gostava muito de Roberto Carlos, uma hora estava cuidando dele e coloquei a música no celular na cabeceira, nesse dia ele faleceu”.

Para além da arte, a religião, ou espiritualidade demonstram-se permeados pelo discurso de todos os participantes que são majoritariamente católicos, vejamos o relato da Médica, Hígia: “Peço para o papai do céu me mostrar se fiz alguma coisa errada de alguma forma”, “eu rezo”. De acordo com Camara e Bassani (2019), ao analisar as falas apresentadas, percebemos modos de operar a angústia da perda através da espiritualidade (em busca de sentido) na tentativa de driblar a perda e a impotência “eu faço minhas orações para que a criança faça uma boa passagem, para tentar acalmar meu coração minha angústia” (Hígia, médica pediatra).

Essa análise suscita uma associação interessante: em espanhol, a palavra *luto* é traduzida como *duelo* em suas derivações, termo que remete tanto ao processo de elaboração de uma perda quanto à ideia de um enfrentamento. Já em português, *luto* deriva do latim e relaciona-se à dor, à mágoa e à aflição. Nesse contexto, a religiosidade ou a espiritualidade surgem como possibilidades de amparo, oferecendo sentidos para a vida e para a morte, compreendida não como um fim absoluto, mas como uma passagem/travessia. Ao recorrer a uma instância transcendente, muitas vezes representada pela figura de um pai protetor, o sujeito encontra um suporte simbólico para amenizar a culpa e sustentar o peso imposto pelo encontro constante com a finitude. Evidencia-se, assim, o esforço humano em construir formas de lidar com o desamparo diante daquilo que escapa ao controle e que, em última instância, não pode ser vencido. Freud (1930) coloca a religião como uma experiência que pode dar propósitos da vida humana e caso fosse demonstrado que na vida não há propósito, isso resultaria na perda do valor de se viver. Mas também menciona a Arte, esta que nos proporciona fazer uso da fantasia para tornar a vida mais bela, e assim, "suportável", medidas paliativas para suportar a vida.

A sublimação apresenta-se como um dos destinos da pulsão e um modo de tratamento do Real, possibilitando ao sujeito criar algo a partir dos vazios instaurados pela perda do outro. Trata-se de um recurso que permite transformar o sofrimento e encontrar alguma satisfação pulsional, frequentemente associada ao reconhecimento social e à gratidão relatada pelos participantes. Contudo, não é possível sublimar tudo, pois as pulsões de vida e de morte permanecem intrincadas. Nesse sentido, a sublimação pode ser compreendida como um recurso paliativo diante do sofrimento. Para além dela, os sujeitos também constroem suas próprias "válvulas de escapes" para lidar com as pressões e os atravessamentos produzidos pelo trabalho (Gutierrez; Ciampone, 2006).

"Mudar a chave", expressão utilizada por Quíron, enfermeiro, convida-nos a interrogar os significados que esse significante assume diante do trabalho marcado pela finitude. Torna-se necessário encontrar formas de contornar o vazio instaurado pela perda daqueles que estiveram sob seus cuidados e, ao mesmo tempo, compreender de que maneira esse trabalho produz sentido para o

próprio sujeito. Se a morte evidencia os limites do cuidado, os vínculos construídos e os efeitos produzidos no encontro com o outro também podem sustentar aquilo que pulsa em direção à vida. Ao retomar Voltaire, Freud (1974) afirma que é preciso cultivar nosso próprio jardim, com isso torna-se evidente o cuidado à saúde mental que esses trabalhadores precisam estar envoltos de atenção, uma vez que escancare-se a fragilidade da vida a todo momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi lançado com a proposta de analisar como as mortes de pacientes impactam nas práticas de cuidados de profissionais da saúde de linha assistencial. Justamente por estes profissionais possuírem maior possibilidade de vinculação com esse outro, que também é sujeito e também incide na subjetividade do profissional da saúde. O processo de análise dos dados nos convoca a considerar o quanto o cuidado em saúde, mesmo que em muitas circunstâncias esteja organizado por dispositivos tecnológicos e procedimentos técnicos, acaba encontrando na subjetividade dos profissionais o campo decisivo quanto aos destinos da experiência de cuidado.

Isso porque, ao analisarmos as falas dos participantes quanto ao acontecimento da morte dos pacientes, nos deparamos com os limites da racionalidade técnica em saúde no que diz respeito aos impasses vivenciados por estes profissionais. Impasses estes que evidenciam, ora o imperativo da onipotência técnica, ora a culpa, e a própria racionalização da morte, a qual impede o trabalho de perlaboração da perda.

Perlaborar, noção psicanalítica encontrada em Freud (2021), refere-se de acordo com a tradutora Cláudia Dornbusch a algo próximo da expressão alemã ***Durcharbeiten***, formada por *Durch* (atravessamento) e *Arbeiten* (trabalhar, laborar). A perlaboração refere-se a perfazer uma ação, um trabalho psíquico, do início ao fim. Trata-se de atravessar uma experiência psíquica dolorosa a partir do trabalho de fala e construir representações que permitam a produção de sentido diante de algo que traumatiza.

Para Maurano (2010) na psicanálise a subjetividade se forma a partir de um Outro que a constitui (que nos cuida, nos dá lugar, investe em nós), com isso, exercer uma profissão que em sua prática está envolta do cuidar é algo que exige responsabilidade, envolvimento, libido e acima de tudo, exige desejo. Evidencia-se que sempre haverá mortes cujo o profissional irá sentir, pois diz respeito a um processo de vinculação, para a psicanálise não é possível viver sem vínculos, ainda que com os investimentos de normatizações institucionalizantes, pois, o vínculo é parte do processo formativo de uma constituição psíquica (Kaës, 2011).

Os dados demonstram, ainda, que os sujeitos entrevistados buscam formas de contornar esse mal-estar em busca de uma "válvula de escape", muitos deles por meio da religiosidade, que possibilita "mudar a chave", amenizar a dor da perda, encontrar conforto, atenuar sentimentos de culpa ou mesmo deslocá-los para além da própria existência. Além da religião, os participantes também situam a arte como um recurso capaz de evocar a beleza da vida já vivida, seja por meio da música, da dança ou de outras expressões criativas, na tentativa de dar tratamento à dor da perda.

Cabe ressaltar que este trabalho se desenvolve a partir de um recorte específico, constituído pelas narrativas de seis profissionais da saúde que compartilharam suas experiências com a perda e os efeitos da morte em suas trajetórias pessoais e profissionais. Não há, portanto, a pretensão de esgotar a complexidade do tema, mas de lançar luz sobre aspectos que emergiram desses encontros. Nesse sentido, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a ampliação das discussões acerca da saúde mental dos trabalhadores da saúde e incentivar novas investigações sobre os impactos subjetivos produzidos pelo convívio cotidiano com a finitude.

Falar sobre a morte e seus efeitos não é tarefa fácil. Conforme Palú, Labronici e Albani (2004), a morte permanece como um dos grandes enigmas da humanidade, mobilizando reflexões não apenas nos entrevistados, mas também em quem pesquisa. Embora muitos participantes relatem não parar para pensar sobre como são afetados por esse fenômeno, suas narrativas revelam importantes atravessamentos em suas vidas pessoais e profissionais. Diante disso, uma questão atravessou toda esta construção: existe uma forma de se preparar para a morte?

Uma das participantes respondeu que não somos preparados para a morte; ninguém está verdadeiramente preparado para ela. No entanto, segundo Diana, tec, de enfermagem, falar sobre a morte em determinados espaços pode tornar o sujeito "um pouquinho mais preparado" para lidar com sua chegada. Em uma sociedade na qual a morte frequentemente é silenciada, abafada ou velada, abrir espaço para sua discussão produz um movimento contrário: reconhecê-la como um fenômeno próprio da vida. Nesse sentido, falar sobre a morte também se configura como uma forma de cuidado.

REFERÊNCIAS

BARONI, Claudia Sofia Ferrão; KAHHALE, Edna Maria Peters. Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade: uma reflexão sobre a clínica da urgência. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 53-74, 2011.

BASTOS, Rodrigo Almeida; QUINTANA, Alberto Manuel; CARNEVALE, Franco. Angústias psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. **Trends in Psychology**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 2, p. 795-805, 2018.

- BOEMER, Magali Roseira. *A morte e o morrer*. São Paulo: Cortez, 1986.
- CAMARA, Sergio Lucas; BASSANI, Marlise A. Estudos em psicologia sobre morte, luto, religião e espiritualidade: uma revisão da literatura brasileira. **Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 39, n. 96, p. 129-140, 2019.
- DEWES, João Osvaldo. **Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling**: uma descrição dos métodos. 2013. 53 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Estatística) Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- DUNKER, C. I. L.; PAULON, C. P.; MILÁN-RAMOS, J. G. **Análise psicanalítica de discurso**: perspectivas lacanianas. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.
- FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FREUD, Sigmund. **História de uma neurose infantil**; além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- FREUD, Sigmund. Lembrar, repetir e perlaborar. In: FREUD, Sigmund. **Fundamentos da clínica psicanalítica**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 151-164.
- FREUD, Sigmund. Luto e melancolia (1917). In: FREUD, Sigmund. **Neurose, psicose e perversão**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: o futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1930/1931). Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 21.
- FREUD, Sigmund. Sobre a transitoriedade (1916). In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FREUD, Sigmund. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: FREUD, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 14, p. 85-119.
- GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 456-461, 2006.
- IACONELLI, Vera. Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 614-623, 2007.
- KAËS, René. A realidade psíquica do vínculo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 155-166, 2011.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 482-503, 2011.
- LACAN, Jacques. O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.
- LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 20: Mais, ainda (1972-1973)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- LIMA, Vanessa Rodrigues; BUYS, Rogério. Educação para a morte na formação de profissionais de saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 52-63, 2008.
- MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, 2012.

NASIO, Juan-David. **A dor de amar**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

NASIO, Juan-David. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

PALÚ, Ligia Aparecida; LABRONICI, Liliana Maria; ALBINI, Leomar. **A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 9, n. 1, 2004.

SILVA, Maria Rosimere da Conceição; GERMANO, Zeno. Perspectiva psicanalítica do vínculo afetivo: o cuidador na relação com a criança em situação de acolhimento. **Psicologia: Ensino & Formação**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 37-53, 2015.

Andreana de Borba

Psicóloga e mestranda em Educação na Univille.

E-mail: andreana.borba@univille.br

Orcid: <https://orcid.org/0009-0002-0221-6457>

Fabiano Furlan

Psicólogo, Mestre em Educação e doutorando do PPGE da Univille. Professor da Associação Catarinense de Ensino (ACE) e da Universidade da Região de Joinville (Univille)

E-mail: furlan.psicanalise@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-0287-3222>

Recebido: 01 de maio de 2026.

Aceito: 25 de junho de 2026.