



CENTRO UNIVERSITÁRIO DR. LEÃO SAMPAIO – UNILEÃO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

SUZY DE MATOS BANDEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS E MORTE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA DE  
DISCURSO**

Juazeiro do Norte  
2020

SUZY DE MATOS BANDEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS E MORTE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA DE  
DISCURSO**

Artigo apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para a obtenção do grau de bacharelado em Psicologia.

Juazeiro do Norte  
2020

SUZIY DE MATOS BANDEIRA

**CUIDADOS PALIATIVOS E MORTE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA DE  
DISCURSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 10/12/2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Raul Max Lucas da Costa  
Orientador

---

Esp. Marta Léo Pestana da Silva  
Avaliadora

---

Esp. Nadya Ravella Siebra de Brito Saraiva  
Avaliadora

# CUIDADOS PALIATIVOS E MORTE: UMA ANÁLISE PSICANALÍTICA DE DISCURSO

Suziy de Matos Bandeira<sup>1</sup>  
Raul Max Lucas da Costa<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho apresenta uma discussão de como os discursos acerca da morte, terminalidade e finitude circulam em artigos científicos sobre Cuidados Paliativos, propondo realizar uma pesquisa em psicanálise fora do âmbito da clínica, guardando, com isso, limitações e possibilidades. Objetivou analisar discursivamente como profissionais de saúde percebem a morte e lidam com ela em seu cotidiano de trabalho. Trata-se de uma análise psicanalítica de discurso cujo *corpus* foram artigos científicos publicados nos últimos cinco anos e disponíveis na plataforma BVS-Saúde. A análise indica certa cisão entre o que é proposto nos cuidados paliativos e aquilo que aparece como realidade nos enunciados analisados, permanecendo a ideia de que, ao cessar as possibilidades terapêuticas curativas, os pacientes devem seguir em cuidados paliativos. Os enunciados dos profissionais carregam as marcas do efeito de lidar com a morte e com a finitude, apontando para a impotência e o reconhecimento dos limites da medicina e da ciência diante da morte.

**Palavras-chave:** Análise de discurso. Cuidados paliativos. Morte. Psicanálise.

## ABSTRACT

This paper presents a discussion of how the speeches about death, terminality and finitude circulate in scientific articles on Palliative Care and proposed to conduct research in psychoanalysis outside the scope of the clinic, keeping, therefore, limitations and possibilities. It aimed to analyze discursively how health professionals perceive death and deal with it in their daily work. It is a psychoanalytic discourse analysis whose corpus were scientific articles published in the last five years and available on the BVS-Saúde platform. The analysis indicates a certain split between what is proposed in palliative care and what appears as reality in the analyzed statements, the remaining idea that when curative therapeutic possibilities cease, patients should continue in palliative care. The professionals' statements bear the marks of the effect of dealing with death and finitude and they point to the impotence and the recognition of the limits of medicine and science in the face of death.

**Keywords:** Discourse analysis. Palliative care. Death. Psychoanalysis.

## 1 INTRODUÇÃO

Cuidado Paliativo (CP) é um conjunto de intervenções na saúde com foco na melhora da qualidade de vida de pacientes e familiares no enfrentamento de doenças que ameaçam a vida, envolvendo a prevenção e o alívio do sofrimento a partir da identificação precoce e do

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: suziybandeirabits@gmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: raulmax@leaosampaio.edu.br

tratamento da dor (OMS, 2018). Seu enfoque no sofrimento, independente do prognóstico, está ligada a uma abordagem mais ampla que envolve a dor e as questões psíquicas, sociais e espirituais como áreas essenciais ao CP (ANCP, 2018). Requer, em sua atuação, a presença de diversos atores para atender as necessidades dos pacientes e ofertar um cuidado integral em saúde, colocando o trabalho em equipe como paradigma fundamental para sustentar a práxis e oferecer possibilidades reais de melhorar a qualidade de vida dos pacientes atendidos. Contudo, os diversos temas que compõem a atuação dos profissionais podem conter modos distintos e distantes de percepção por parte de cada categoria profissional. Um desses temas é a morte.

O interesse pelo tema surgiu a partir das experiências de estágio em ambulatório de dor e cuidados paliativos no câncer. Os estudos e a prática levaram a inquietações que instigaram a realização desta pesquisa e apontaram a morte, seja ela real ou simbólica, como tema relevante. Além disso, a presença quase constante da obstinação terapêutica e da futilidade terapêutica na história clínica dos pacientes atendidos fez questionar qual o lugar da morte para os profissionais de saúde que atuam em cuidados paliativos e ainda a pensar sobre os discursos e discursividade presentes na percepção da finitude e terminalidade, o que contribui para a importância de gerar informações relevantes para esse contexto.

Diante desse cenário, a questão que guiou esta pesquisa foi “como os discursos sobre a morte, terminalidade e finitude circulam em artigos científicos sobre Cuidados Paliativos em enfermagem, medicina e psicologia?” Seu objetivo geral foi analisar discursivamente como profissionais de saúde percebem a morte e lidam com ela em seu cotidiano de trabalho. Buscou-se identificar como essas publicações operam na produção de sentido para a construção de uma “verdade” para os enunciatários; investigar as enunciações que sustentam os enunciados dos enunciadores; identificar as ideologias que operam no *corpus* escolhido e apontar os contextos percebidos.

Para situar o leitor acerca da importância do tema e do objeto de estudo deste trabalho apresenta-se a metodologia com os passos que levaram a responder os objetivos propostos, uma seção de referencial teórico, dividida em três subseções. A primeira aborda a análise de discurso e sua relação com a psicanálise, a segunda trata brevemente da perspectiva histórica dos cuidados paliativos e seu enfoque multiprofissional, e, por fim, alguns apontamentos sobre as representações de morte e luto, com um subtópico sobre dor, morte e luto em psicanálise. Em seguida, são apresentados os resultados e discussão dos achados da pesquisa, cuja base teórica são as perspectivas dos discursos em Lacan, em especial aquela referente ao grafo do desejo na sua relação demanda/desejo, significante/significado e enunciado/enunciação, conforme os apontamentos de Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016).

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise psicanalítica de discurso que se aproxima da dialética entre Psicanálise e Análise de Discurso como proposto por Guirado (2011) e Batista-Soares (2016) por fazer uso de alguns critérios da análise de discurso francesa (Orlandi, 2009) e ter como aporte teórico a Psicanálise, através das concepções de discurso em Lacan. A escolha do *corpus* partiu da pergunta: quem tem algo a dizer sobre o tema? Desse modo, foram escolhidos como sujeitos enunciativos profissionais de saúde das áreas de medicina, enfermagem e psicologia através dos enunciados do material científico produzido por esses enunciadores, uma vez que são produções que podem ser usadas como referência de estudo por acadêmicos e profissionais das respectivas áreas, portanto, fornecem conteúdo para a formação profissional. O *corpus* da pesquisa foram artigos científicos publicados nos últimos cinco anos e disponíveis nas plataformas BVS-PSI e BVS-Saúde. Foram feitas buscas nas duas bases com os termos cuidados paliativos, morte e profissionais, com o operador booleano *and*.

A coleta de registros partiu da leitura dos títulos das publicações e a escolha dos sujeitos enunciadores foi realizada a partir do tema de cada artigo, ou seja, artigos cuja temática fosse a percepção ou a experiência de profissionais de saúde (enfermagem, medicina e psicologia) sobre a morte em cuidados paliativos. A análise se iniciou com a leitura dos registros selecionados, buscando as questões de trabalho, seguindo-se com a busca pelas marcas do discurso, segmentação, recorte e análise. Na segmentação, as porções retiradas dos textos foram trabalhadas teoricamente. Buscou-se identificar o conceito em torno do qual o texto se articulou, o sentido construído para cada conceito e a que discurso se filia. As enunciações foram identificadas a partir das marcas presentes nos enunciados dos textos selecionados.

## 3 REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 ANÁLISE DE DISCURSO E PSICANÁLISE

Discurso é o suporte abstrato de textos concretos presentes em uma sociedade, sendo, portanto, responsável por concretizar o plano de conteúdo, a estrutura profunda, através de figuras e temas. A análise de discurso permitirá analisar o que um texto diz e como diz, e por que diz o que diz, fomentando questionar como um discurso se relaciona com a situação que o criou. Permite, assim, observar de que modo a enunciação se projeta sobre o enunciado, que recursos são utilizados para construir a verdade do texto e a que temas e figuras recorre. Para a

autora, a reconstrução da enunciação se dá a partir das suas marcas no enunciado. Portanto, analisar o discurso é analisar as condições em que um texto foi produzido (GREGOLIN, 1995).

Para Orlandi (2009) discurso indica a palavra em movimento, ou seja, é a prática da linguagem, e a análise procura uma compreensão da língua em seus sentidos, como trabalho simbólico, que constitui o homem e sua história. Nessa concepção, a linguagem é vista como mediação entre o homem e sua realidade social e natural. Portanto, a análise do discurso trabalha com a língua no mundo, em suas diversas maneiras de significar e produzir sentidos como parte integrante da vida humana. A autora defende o distanciamento entre discurso e a comunicação em seu esquema emissor, receptor, código, referente e mensagem. Na análise de discurso não há linearidade na transmissão da informação, mas a produção de sentidos conectada ao processo de constituição dos sujeitos afetados pela língua.

Seguindo essa linha, Souza (2011) refere o discurso como o efeito de sentido entre os interlocutores, o regime simbólico que produz sentido, demandando interpretação, sem perder de vista a opacidade do texto, uma vez que não há um sentido pronto, dado, mas um sentido que se conforme ao atravessamento da ordem do discurso. Dessa forma, a linguagem é a condição material do discurso. O processo discursivo, ou seja, como o discurso foi fabricado e como funciona é pensado a partir das forças de sentido operantes. Uma análise de discurso precisa sair da superficialidade do texto, passar pelo discurso e alcançar a discursividade, ainda que um processo discursivo sempre possa ser outro, já que “as palavras significam conforme historicamente as mesmas posições se estabelecem como posições de discurso” (SOUZA, 2011, p.67).

A semiótica de Greimas considera que um texto se constitui de elementos que o estruturam formando um sentido coerente e coeso (GREGOLIN, 1995), portanto, “o texto para a semiótica é a relação entre o plano de conteúdo semântico e o plano de expressão em que se manifesta, quando então o sentido se realiza em textos” (CARDOSO; HANASHIRO; BARROS, 2016, p.358). Diante disso, Gregolin (1995) ressalta que um texto possui três níveis, um nível fundamental que corresponde ao mínimo de sentido sobre o qual se constitui; um nível narrativo, onde valores fundamentais se dão a partir de um sujeito e, por fim, um nível discursivo, onde o sujeito da enunciação “escolhe” de que ponto de vista o texto será narrado, as pessoas, o espaço e o tempo do texto.

Essas considerações tornam importante resgatar as concepções de enunciado e enunciação, ainda que elas sejam múltiplas e complexas. Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) resumem que o enunciado é o que se diz e a enunciação o lugar de onde se diz e

relembrem que Lacan justifica a divisão do sujeito pela impossibilidade de unificação perfeita entre enunciado e enunciação, por outro lado, Barbisan (2006, p.28) indica que para Benveniste

A enunciação é vista como um processo, um ato pelo qual o locutor mobiliza a língua por sua própria conta. É o ato de apropriação da língua que introduz aquele que fala na sua fala. O produto desse ato é o enunciado, cujas características lingüísticas são determinadas pelas relações que se estabelecem entre o locutor e a língua [...] A enunciação converte a língua em discurso pelo emprego que o locutor faz dela.

Na concepção de Orlandi (2009) há, na análise de discurso, uma reunião de três regiões de conhecimento que são a teoria da sintaxe e da enunciação; a teoria da ideologia; e a teoria da determinação histórica dos processos de significação, e todas elas sendo atravessada pela teoria do sujeito psicanalítico. Há, nessa concepção, uma aproximação clara com a Psicanálise. Todavia, há autores que defendem uma dialética entre Psicanálise e Análise de Discurso (GUIRADO, 2011; BATISTA-SOARES, 2016) e há aqueles que defendem a Psicanálise como uma ciência da linguagem, sendo ela mesma uma análise de discurso, conforme afirmado por Lacan (DUNKER, PAULON, MILÁN-RAMOS, 2017; GASPARD *et al*, 2010), em que a interpretação seria utilizada como recurso para analisar discursivamente a divisão do sujeito.

Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016) salientam a importância de diferenciar o discurso do ponto de vista semiótico e sob a perspectiva psicanalítica. Para isso, percorrem a concepção de discurso em momentos distintos da obra de Lacan. Os autores entendem que, no primeiro momento, Lacan considera o discurso a partir da estrutura dos mitos em relação à estrutura dos neuróticos em que aparece uma concepção de discurso que compreende a história, a progressão e a memória criados pelos atos de linguagem sobre si mesmos. No segundo momento, em seu seminário *O desejo e sua interpretação*, Lacan passa a apresentar uma concepção mais topológica do discurso, formulando o grafo do desejo como parte importante do desenvolvimento e ampliação da teoria do significante, em que, o sujeito, na estrutura da fala, recebe do Outro a sua própria mensagem invertida. O inconsciente é o discurso do Outro, sendo, portanto, parte de um discurso concreto, que é transindividual.

Lacan (1958-1959/2016) afirma que o grafo é um discurso cuja finalidade é mostrar a relação do sujeito falante com o significante. Os seus dois andares estão em funcionamento no ato da fala. No primeiro andar está localizada a intencionalidade daquele que é suposto sujeito, sujeito falado, mas que ainda não fala, o sujeito do conhecimento, enquanto no segundo se encontra o sujeito que assume o ato de falar. É o andar do apelo do ser, é nele que Lacan situa o verdadeiro discurso do ser. O grafo comporta, para cada sujeito, “uma bateria de significantes inconscientes [...] e uma mensagem em que se anuncia a resposta ao *Che vuoi?*” (p.45). No

terceiro momento, há a concepção dos quatro discursos radicais, nos quais Lacan pensa o laço social e confere ao discurso um caráter ordenador do laço social, capaz de instaurar limites ao campo do gozo, em que, sem palavras, “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” (LACAN, 1969/1970, 1992, p. 11).

### 3.2 CUIDADOS PALIATIVOS: PERSPECTIVA HISTÓRICA E A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

A origem do termo Cuidado Paliativo (CP) se confunde historicamente com o termo *Hospice*, este, relacionado, inicialmente a hospedarias destinadas a cuidar de peregrinos e viajantes. Mas, foi em Londres que o movimento do *Hospice* moderno surgiu através do trabalho da enfermeira e assistente social Cicely Saunders, ao oferecer cuidado a um judeu do Gueto de Varsóvia que havia recebido uma colostomia paliativa devido a um câncer retal inoperável, inaugurando, nas primeiras décadas do século XX, uma nova forma de cuidar (MATSUMOTO, 2012).

O encontro entre Cicely Saunders e Elizabeth Kübler-Ross na década de 1970 propiciou o crescimento do movimento *Hospice*, e em 1982 o Comitê de Câncer da Organização Mundial de Saúde-OMS criou um grupo de trabalho que visava definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice* para pacientes com câncer, o que deveria ser disseminado para todos os países. Passa-se a usar o termo Cuidado Paliativo, já em uso no Canadá (MACIEL, 2008). No Brasil, a prática de cuidados paliativos teve início nos anos 1990 e até 2014, 68 serviços foram registrados no país, sendo a metade ofertada pela rede pública, no estado de São Paulo, em modelo ambulatorial, com atendimento prevalente para adultos e idosos (GOMES; OTHERO, 2016).

Desde a concepção do cuidado integral para portadores de câncer, em 1990, a OMS vem fazendo ampliações no tema. Algumas das mudanças dizem respeito à substituição da expressão “terminalidade” para “doenças que ameaçam a vida” e o enfoque do trabalho em princípios e não em protocolos, o que mostra a complexidade e multidisciplinaridade exigida para a oferta de um serviço em cuidados paliativos (MACIEL, 2008).

Os princípios dos cuidados Paliativos, de acordo com a OMS, envolvem promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes, reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural, não pretender antecipar e nem postergar a morte, integrar aspectos psicossociais e

espirituais ao cuidado, oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível, até a sua morte, oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença, ser iniciado o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas (MACIEL, 2008; MATSUMOTO, 2012).

Hermes e Lamarca (2013), ao discorrer sobre a atuação em CP, consideram que os profissionais de enfermagem têm como foco a orientação do paciente e familiares quanto aos cuidados gerais, medicação e procedimentos. Essa categoria tem a formação baseada na arte do cuidar, com ações voltadas para o conforto do paciente. A medicina tem o foco da formação no tratamento e diagnóstico, necessitando de uma revisão de conceitos para a atuação em cuidados paliativos, pois, nessa área, o foco é o doente e não a doença, além de reconhecer os limites de sua atuação e realizar trabalho em equipe, pois as demandas do paciente vão além do físico. A atuação do profissional de psicologia deverá ser pautada na busca pela qualidade de vida do paciente, contribuindo para a diminuição da ansiedade e depressão, mesmo diante da morte, e auxiliar na ruptura da conspiração do silêncio, abrindo espaço para pacientes e familiares falarem sobre o problema vivenciado e enfrentar o adoecimento. O que requer, como afirma Nunes (2012), formação básica na área, capacidade de trocas com outros saberes e a construção de uma prática alicerçada em um referencial teórico consistente, seja em psicanálise, psicologia analítica, social, análise do comportamento, ou outra, que permita lidar, de forma dinâmica, com o cotidiano da atuação.

### 3.3 MORTE E REPRESENTAÇÃO

A morte está entrelaçada na vida e de forma alguma é algo que diz respeito apenas ao fim de vida, ainda que ela seja ignorada e silenciada, como afirma Kovács (1992). A autora considera que o tema morte atravessa a humanidade há muito tempo, tendo registros que remontam à época das cavernas, com representações de perda e desintegração, mas também de fascínio, sedução e alívio. A inquietante busca humana para vencer a morte aparece em seus mitos, lendas e crenças na vida eterna, podendo seu ocultamento ser notado cultural e psicologicamente, mas sem impedir que a morte esteja sempre presente. Desde as primeiras experiências infantis de ausência materna há o sentimento de solidão e desamparo, o que pode ser entendido como os primeiros sentimentos de morte vivenciados pela criança.

Diante da morte, o medo surge como a resposta mais comum. O temor pode envolver tanto a própria morte como a de outra pessoa. Na morte do outro há o medo do abandono, da separação, enquanto o medo da própria morte carrega consigo uma consciência de finitude e a existência de fantasias sobre o tempo e a maneira como a morte poderá ocorrer (KOVÁCS, 1992). É por possuir um conhecimento da morte que ela se torna um problema para os seres humanos e a incapacidade de oferecer, aos moribundos, atenção e afeto está diretamente relacionada ao fato de que a morte do outro nos lembra da nossa própria morte. Uma ameaça à ilusão da imortalidade difícil de suportar (ELIAS, 2001).

Na concepção de Maranhão (1985) nos últimos cinquenta anos vem ocorrendo uma mudança nas atitudes do ser humano (ocidental) frente à morte. Para ele, a morte, antes doméstica, vem perdendo lugar e ganhando status de objeto de interdição e vergonha, sobre o qual não se deve falar, tampouco expressar dor e luto no âmbito social. O autor assevera ainda que, no fenômeno da hospitalização da morte, não apenas o doente sai de casa e da proximidade de seus parentes e amigos, como fica distante da ritualização que o ambiente familiar possibilitaria em seus momentos finais, conferindo à morte um tabu, em que os sentimentos da perda não devem ser expressos publicamente.

Ariés (2012), em seus levantamentos sobre a morte no ocidente, afirma que, até o século XVIII, no quarto dos moribundos, estavam presentes parentes, amigos e crianças. Elias (2001), por outro lado, considera que a morte em casa, junto aos familiares, não era pacífica. Ainda que essa presença pudesse oferecer mais conforto, o medo da morte estava presente. O afastamento progressivo dos moribundos da cena social e o conseqüente silenciamento sobre a morte geraram o que o autor chama de recalçamento da morte tanto no nível individual quanto no social. Contudo, para Kübler-Ross (2008), um dos efeitos, para uma sociedade, da tentativa de evitar ou ignorar a morte é a criação de defesas contra o medo crescente da morte e da incapacidade de prevê-la. A aceitação dos números de mortos, seja em batalhas, guerras ou doenças, confirma a crença inconsciente na própria imortalidade e a aceitação da morte do outro.

### **3.3.1 Morte, dor e luto em Psicanálise**

Freud (1915/2010) afirma que as dificuldades do ser humano em lidar com a perda de pessoas amadas e de pensar a própria finitude, desde o homem primevo, conferiram uma base para sustentar crenças que significam a desintegração produzida por essas perdas, retirando da morte o seu propósito, a abolição da vida. Há uma evitação em falar sobre o fim da vida, sendo

ele relegado ao silêncio e à negação. Ainda que a morte de outrem seja natural, incontestável e inevitável, pode-se não admitir pensar no óbito de pessoas amadas sem se sentir duro e malvado. O morrer confere ao homem um sentimento de ambiguidade. A própria morte foi e ainda é irreal. Inconscientemente cada pessoa está convencida de sua própria imortalidade enquanto a mortalidade de pessoas amadas possui duas faces, uma que admite o fim da vida e outra que nega a finitude, gerando um conflito. Por outro lado, é a perda de pessoas amadas que permite ao ser humano aprender que a morte não pode ser mantida distante de si, ainda que antes tente reduzi-la ao nada.

Em Luto e melancolia, Freud (1917/2017) refere o luto como um estado de ânimo doloroso que se apresenta quando ocorre a morte de uma pessoa querida ou a perda de objeto. Instala-se o desinteresse pelo mundo exterior e a incapacidade de escolher um novo objeto de amor, com inibição e limitação do Eu como expressão exclusiva do luto. Enquanto no luto, o mundo fica empobrecido, na melancolia, o empobrecimento ocorre no Eu. O aniquilamento do objeto ocasiona perdas no próprio Eu, levando a autorrecriminações e auto degradações que remetem a uma identificação com o objeto perdido, ao que Freud se referiu como a “sombra do objeto” caindo sobre o Eu, transformando-a em um uma perda do próprio Eu.

Em Inibição, sintoma e angústia Freud (1926/2014) afirma que o luto surge pelo exame de realidade em que o objeto já não existe mais, exigindo do indivíduo que se separe dele. Desse modo, considera o trabalho do luto como a retirada da libido do objeto amado, com afastamento da realidade por adesão do Eu ao objeto e, pouco a pouco, com dispêndio de tempo e energia, o Eu vai se tornando livre novamente, finalizando o trabalho de luto e sendo capaz de investimento libidinal em novos objetos.

Em 1916, no texto A transitoriedade, Freud (1916/2010) havia afirmado que a psique tende a recuar ante ao que é doloroso. Ele considerou a libido como certa medida da capacidade amorosa presente em cada pessoa. Na criança pequena a libido é dirigida ao Eu, posteriormente passa a ser dirigida a objetos que são incorporados ao Eu. Com a destruição ou perda desses objetos, a libido seguirá alguns caminhos, a liberação, o encontro de objetos substitutos e a regressão temporária ao Eu. Essa regressão pode ser identificada ainda na dor orgânica, como afirmou Freud (1914/2010) em Introdução ao Narcisismo, levando ao desinteresse pelo mundo externo e ao desinvestimento amoroso nos objetos, havendo reinvestimento objetal após a cura.

No luto, afirma Freud (1926/2014), a libido dirigida à pessoa amada, ainda que disponha de substitutos, não renuncia ao objeto perdido. Nesse sentido, Lacan (1958-1959/2016) discorre sobre essa perda verdadeira e intolerável presente no luto, acarretando um “buraco no real” (p.360), o que faz com que haja a vivência de uma dor pela relação com o objeto perdido. Esse

caráter doloroso é proveniente do grande investimento no objeto. Sobre esse aspecto, Nasio (1997, p.87) considera que

[...] quando somos privados da integridade do nosso corpo ou do nosso objeto de apego, produz-se um excesso de investimento afetivo da imagem do local lesado do corpo, quando é a nossa integridade física que está em jogo; ou um excesso de investimento afetivo da imagem do objeto perdido, quando é a presença do outro que está em jogo. Esse excesso compensatório se traduz em dor. [...]

De modo geral, a dor pode ser conceituada como uma resposta neurológica complexa, com dois componentes presentes na experiência dolorosa, um sensorial e outro da ordem afetivo-emocional. No primeiro, estão presentes componentes objetivos envolvidos na nocicepção e nos mecanismos neuropáticos, enquanto no segundo apresentam-se fatores psicológicos, sociais e espirituais concernentes ao sofrimento do paciente (SAPETA, 2007). O conceito de dor foi recentemente revisado pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e traduzido para a língua portuguesa pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). A dor era considerada “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial, ou descrita nos termos de tal lesão” e passou a ser designada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (SBED, 2020, p.11). Berlinck (2008) considera que a dor é um sinal que aponta para os limites do psiquismo e do organismo e remete à finitude e que a angústia, a dor e a depressão muitas vezes não se distinguem, sendo referidas como sensações de desamparo.

Nasio (1997) considera que a concepção apresentada no primeiro conceito de dor do IASP já permitia situá-la no plano da experiência, da queixa que a exprimia, o que configura como campo da dor uma extensão para além do plano neurofisiológico estrito. Para o autor, esses dados ampliam a concepção da psicogênese da dor. Em seus apontamentos, considera a existência de três tempos da dor: a lesão, a comoção e a reação. Na lesão, o Eu sente o afeto a partir de uma excitação percebida imaginariamente na periferia, produzindo uma imagem do local lesionado. Esta imagem tem o efeito de localizar e fixar a dor vivida.

A dor da comoção é a percepção da dor a partir do interior, ou seja, há uma migração da sensação de ter dor para o ser dor, que representa o sofrimento desencadeado pela lesão. Desse modo, vai-se da percepção somatossensorial para a somato-pulsional, criando-se a emoção dolorosa. Na reação, por outro lado, a dor será provocada pela resposta do Eu diante da agressão sofrida nos tecidos. O Eu passa a sofrer pelo esforço despendido na tentativa de

curar-se sozinho do transtorno provocado pela dor enviando energia para buscar curar-se através da tentativa de apagamento da representação psíquica da lesão (NASIO, 1997). Seguindo essa lógica, Dupim (2015) ressalta a importância da relação entre a percepção subjetiva da dor com os acontecimentos penosos da vida e como a experiência da dor pode provocar um estranhamento do próprio corpo acarretando desorganização física, psíquica e social.

Na morte de pessoas amadas, Nasio (1997) afirma que a dor pela perda do objeto está ligada ao desaparecimento das representações inconscientes dessa pessoa. Nessas circunstâncias, a libido investida nessas representações volta a ser investida no Eu. Para o autor, a morte de um ente querido permite que, com a dor de sua perda, se perceba que perdê-lo é perder a imagem de si mesmo, cuja permissão de amar era dada pela pessoa ausente. O eu ideal desaparece junto com o objeto de amor perdido, juntamente com o suporte real desse eu, ido com a pessoa amada e com seu cheiro, sua voz e a sua presença. Há, desse modo, a perda do corpo pulsional, do objeto pulsional que dava suporte à imagem de si mesmo. A dor seria, portanto, objeto pulsional transitório diante da morte de pessoas amadas, estando ligada diretamente ao trabalho do luto, um efeito do superinvestimento de libido nas representações do objeto diante da sua perda. Desse modo, é possível pensar que a perda de alguém não se dá com a morte, mas com a elaboração do luto que permitirá o reinvestimento da libido em outros objetos.

Freud (1926/2014) considera que a dor física requer grande investimento narcísico, o que significa que grandes montantes de libido serão dirigidos ao local da dor no corpo e para o representante psíquico do local dolorido. Nasio (1997) aponta que, mesmo quando produzida como efeito da lesão, a dor está no Eu, o que confere a ela três aspectos: real, simbólico e imaginário. O real corresponde à percepção somatossensorial pela lesão dos tecidos orgânicos; o simbólico diz respeito à formação da representação mental e consciente da lesão, e o imaginário, a instituição do ferimento como uma espécie de segundo corpo, já que a sensação parece emanar apenas da lesão. Em texto anterior, Nasio (1993) considera que pensar uma lesão orgânica como pertencente à dimensão do real significa situá-la fora de qualquer filiação simbólica.

Para Gaspard (2019), o cuidado paliativo é uma clínica orientada pelo real. Nos pacientes, uma inquietante estranheza ante às manifestações do real do corpo; nos profissionais, uma posição enigmática diante do gozo. Importante lembrar a afirmação de Lacan (1960/1998, p.818) que “a psicanálise implica, é claro, o real do corpo e o imaginário de seu esquema mental.” Vale recordar, portanto, que o corpo deve ser entendido nas três dimensões:

imaginário, simbólico e real, como afirma Nasio (1993). Nesse sentido, Askofaré (2010) situa a concepção psicanalítica do corpo em sua relação com a linguagem, com o gozo – sintoma como acontecimento de corpo - e do corpo como consistência imaginária, acentuando, assim “[...] três perspectivas que desvelam e insistem alternadamente sobre os estatutos simbólico, real e imaginário do corpo[...]” (p.85). indicando o corpo como participante da estrutura do *falasser*. O corpo pode ser visto como suporte, “como lugar da voz, da memória, dos efeitos significantes e dos efeitos de gozo: prazer, desprazer, sofrimento, dor” (p.86).

Tabak (2019) sustenta que, diante do diagnóstico de uma doença que ameaça a vida, a falta de sentido do real e seu impossível de simbolização pode ser captado nas falas dos pacientes em torno do questionamento e da incompreensão de como aquele diagnóstico pode surgir. O campo do sentido, do imaginário, é o que cada um constrói a partir do diagnóstico, conferindo a ele um sentido, enquanto o simbólico, o duplo sentido, viria possibilitar a articulação entre o não-sentido do real e o sentido do imaginário. Lacan afirma em O seminário, livro 22, que não é possível saber sobre a própria morte. A esse respeito, Jorge (2017, p.220) considera que “[...] Lacan observa que a morte está do lado da relação limítrofe entre o simbólico e o real, ela remete ao recalque originário, a algo que não damos jamais sentido - embora tentemos fazê-lo o tempo todo [...]”. Captar logicamente e dizer que todos os homens são mortais não torna o homem capaz de se colocar como parte desse ‘todos’.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A busca com os termos escolhidos (cuidados paliativos, morte e profissionais) apresentou como resultado 29 artigos nas duas bases de dados consultadas. Vinte artigos na BVS-Saúde e 9 na BVS-Psi. Dos 20 artigos da primeira, foram excluídos 11, 10 artigos por estarem fora do escopo deste trabalho ou por indisponibilidade do texto completo, e 01 por tratar de uma prática específica em CP que se distancia da proposta deste trabalho. Da BVS-PSI nenhum artigo foi incluído por estarem fora do período estabelecido para esta pesquisa (últimos cinco anos). A tabela 1 apresenta a caracterização do *corpus* selecionado e mostra que profissionais da enfermagem e da psicologia foram os que mais publicaram artigos na área pesquisada, entretanto, os últimos foram os que menos participaram das pesquisas realizadas enquanto os profissionais de enfermagem e medicina os que mais participaram das pesquisas no *corpus* apresentado. Os hospitais foram os locais de pesquisa mais presentes e as regiões de realização foram Sudeste (3), Sul (2) e Nordeste (4).

Tabela 1: Caracterização do *corpus* selecionado

<b>Título</b>	<b>Revista</b>	<b>Formação dos autores</b>	<b>Local e região da pesquisa</b>	<b>Participantes da pesquisa</b>	<b>Autores (número)</b>
<b>Percepção de profissionais da saúde sobre eutanásia</b>	Revista Bioética	Psicologia e enfermagem	UTI de hospital-escola -Minas Gerais	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas	Silva <i>et al</i> , 2020. (1)
<b>Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude</b>	Ciência Plural	Enfermagem e psicologia	UTI hospital do Agreste de Pernambuco	Enfermeiros (as)	Lopes <i>et al</i> , 2020. (2)
<b>Morte e luto em cuidados paliativos: vivências de profissionais de saúde</b>	Revista online de pesquisa: Cuidado é fundamental	Psicologia e enfermagem	Hospitais, João Pessoa (PB)	Enfermeiros, médicos, psicólogos e assistentes sociais	Franco <i>et al</i> , 2020. (3)
<b>Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva</b>	Revista Bioética	Enfermagem	UTI de hospital público, Curitiba (PR)	Enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicóloga, fisioterapeutas e médicos	Pegoraro; Paganini, 2019. (4)
<b>Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes</b>	Rev. SBPH	Psicologia, enfermagem e serviço social	Hospital de ensino, unidade de clínica médica, Rio Grande do Sul.	Médicos e enfermeiros	Monteiro; Mendes; Beck, 2019. (5)
<b>Cuidados paliativos: prática dos médicos da estratégia saúde da família</b>	Revista Brasileira de Educação Médica	Não informado	Unidades Estratégia Saúde da Família, sul de Minas Gerais.	Médicos	Ribeiro; Poles, 2019. (6)
<b>Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na</b>	Revista Cuidarte (Bucaramanga, Colômbia)	Não informado	Unidades de Terapia Intensiva de cinco hospitais de uma capital do	Enfermeiros	Cavalcanti <i>et al</i> , 2019. (7)

<b>perspectiva dos enfermeiros</b>			Nordeste do Brasil.		
<b>Profissionais de saúde frente ao fora de possibilidade terapêutica de cura</b>	REVISA	Não informado	Hospital Regional do Seridó - HRS	Médicos, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiros.	Silva <i>et al.</i> , 2019. (8)
<b>Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia</b>	Revista Brasileira de Educação Médica	Não informado	Hospital-Escola, Campinas (SP)	Médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem.	Ferreira; Nascimento; de Sá, 2018. (9)

A análise do *corpus* levou à percepção de três grandes segmentos, um presente na introdução e nas citações ao longo do texto, o segundo, trazendo recortes das entrevistas realizadas com os participantes das pesquisas e o terceiro, presente nos trechos de posicionamento dos autores, especialmente nas considerações finais. As expressões mais utilizadas para designar o paciente cuja morte se anuncia foram “pacientes terminais”, “pacientes em fim de vida”, “pacientes fora de possibilidade terapêutica de cura”, “pessoas em processo de finitude” e pacientes em “morte iminente”. A identificação do artigo de cada segmento foi feita pela numeração de 1 a 9 de acordo com a tabela 01.

Do conjunto da leitura dos três segmentos foram elaboradas as seguintes questões: quem são os enunciadores de cada segmento? As nomeações dependem do campo de atuação? A resposta sobre o que é a morte depende da formação profissional e/ou das crenças pessoais e religiosas? O ‘não há o que fazer’ é um reconhecimento da incompletude do conhecimento científico/médico para dar conta da vida? A formação teórica escassa se relaciona à falta de um lugar para a morte, para a finitude, ou a busca por algo que sustente a própria falta em não poder responder a tudo?

#### 4.1 O ESTADO DA ARTE

Neste segmento a morte foi apontada como “parte do ciclo de vida”, “certeza”, “processo inevitável” e que, diante disso, é preciso “cuidar”, colocando as expressões “morte

digna”, “morrer com dignidade”, “boa morte”, “bela morte” e “morte pacífica” como pontos centrais e que estariam ligados à ideia de morte como algo natural, em que o foco seja a pessoa e não a doença, buscando diminuir a dor e o sofrimento a ela associado, juntamente com o respeito à autonomia e o direito de escolhas do próprio paciente. Em contraposição, recuperam-se os dizeres que enfatizam as “lacunas na formação acadêmica” como justificativa para as dificuldades dos profissionais em lidar com a morte, lembrando que a formação médica a trata como “inimigo a ser vencido” e como “fracasso”. Entre a primeira percepção e a segunda, coloca-se a “lacuna na formação” como pode ser visto na descrição de que a formação médica está centrada em tratar as desordens orgânicas e não o doente, baseando-se na ilusão de que conseguem curar todas as doenças (MONTEIRO; MENDES, BECK, 2019) e que a formação médica está voltada para salvar o paciente e, se não há mais tratamento curativo, deve-se adotar cuidados paliativos para diminuir o sofrimento nessa etapa da vida (REBEIRO; POLES, 2019).

Apesar da ênfase na necessidade de mudança sobre as concepções de morte entre os profissionais de saúde e de apontarem a formação como alvo principal dessa mudança, alguns enunciados carregam as marcas da morte como inimigo a ser vencido: “os enfermeiros devem estar munidos do arsenal teórico que embasa uma prática baseada em princípios”<sup>7</sup>. O uso das palavras “munidos” e “arsenal” remetem à guerra, colocando no mesmo enunciado a ideia de uma prática baseada em princípios, remontando à lógica de um cuidado que visa à qualidade de vida e outra que trava uma guerra contra a doença, expondo um conflito que remete ao próprio conflito a que a morte alude, e entre o conhecimento e o saber. Para Lacan (1970/1998), em Radiofonia, o conhecimento não pode dizer nada sobre a existência, enquanto o saber circunscreve o real e, pela via do simbólico, o bordeja na busca de entendê-lo, mesmo que não haja como.

O que pode ser percebido no fato de que falar sobre a morte é apontado como algo “desconfortável” e que provoca sensação de “impotência” pela possibilidade limitada de cura e pela sensação de que “nada mais pode ser feito” pelo paciente, considerando que tais sentimentos se dão devido ao não recebimento de “instruções” para lidar com “esse tipo de paciente.”<sup>9</sup> A formação em cuidados paliativos foi apontada como algo que pode “preencher essa lacuna.”<sup>8</sup>

Como pode ser visto na tabela 01, as publicações analisadas trazem como autores profissionais das áreas de psicologia e enfermagem na maioria dos artigos que contêm essa informação, além da participação de diversos profissionais da saúde nas pesquisas realizadas, como informado anteriormente, entretanto, o foco nas lacunas da formação foi posto na formação médica. Apesar dos apontamentos de que a “decisão” em “permitir” que a morte

ocorra de forma natural seja responsabilidade da equipe, do “time assistencial”<sup>7</sup> e de que tomar decisões “face à morte torna-se um desafio aos profissionais de saúde”, “quem decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer é o médico” e essa decisão envolve a experiência, vivência e conhecimento médico-científico, “estado da arte” e “a luz da literatura médico científica”, análise dos aspectos éticos, e relação médico-paciente.<sup>5</sup>

## 4.2 A FALA DOS PROFISSIONAIS

O segundo segmento apresenta a análise de recortes das entrevistas realizadas com profissionais de saúde. Os enunciados foram apresentados de acordo com as percepções dos profissionais sobre o que é a morte, como se sentem diante da iminência do fim de vida do paciente, como se sentem diante da morte do paciente e os cuidados paliativos, e sem a identificação da categoria profissional, uma vez que a maioria dos artigos analisados não apresentou essa distinção.

Diante da pergunta sobre o que é a morte, os trechos das entrevistas apresentados nos artigos permitiram identificar que diversos participantes a designaram como “algo natural”, parte do “ciclo de vida”, algo “inevitável”, “desfecho de um ciclo”, “perda definitiva”. Quanto aos sentimentos diante da iminência da morte dos pacientes, foram referidos “compaixão”, “impotência”, “tristeza” e “otimismo”. A tristeza relacionou-se às circunstâncias como o apego ao paciente, a idade do paciente, o tratamento “não ter dado certo” e ainda por não poder mais “investir no paciente”, como nos trechos “Eu sinto tristeza, porque às vezes a gente acaba se apegando ao paciente que está em cuidados paliativos.” “Dependendo do paciente a gente sente tristeza... já tive paciente aqui que morreu e que era um adolescente.” “...Ficar triste por saber que aquele paciente não vai ter prognóstico bom, e você só pode aliviar com cuidados paliativos...”<sup>2</sup>; “tristeza porque não deu certo aquele tratamento.”<sup>3</sup>

Diante do óbito do paciente, a fala dos participantes trouxe novamente o sentimento de “impotência”, de não ter o que fazer pelo paciente, de aprender a aceitar a morte como algo natural, de sofrer por perceber que “todo seu conhecimento, tudo aquilo que você aprendeu, você não pode usar no sentido de salvar uma vida”<sup>8</sup> e de ser “estranho quando o paciente, você vê que tudo que você aprendeu que tem que ser feito naquele momento não vai trazer benefício nenhum”<sup>9</sup>. Assim, diante da morte “eu digo à família que chegou a hora dele”<sup>3</sup>, “eu tento suavizar”<sup>3</sup>, “no momento exato, em relação ao paciente, eu fico tranquila.”<sup>3</sup>

É possível notar ainda que ter recursos técnicos e tratamentos voltados para a cura são considerados como “investimento” no paciente e que “não ter mais nada para fazer” tem relação

direta com a falta desses recursos terapêuticos curativos. Recortes como “tu recebe o paciente, investe, investe, investe e ele só decai, decai, decai... não precisa fazer mais nada”<sup>5</sup>, “ah esse paciente está em palição, então... infelizmente não vai poder investir porque não tem probabilidade de melhora”<sup>2</sup>, “não vai mais ser investido no tratamento do doente”<sup>4</sup>, “não pode fazer nada porque ele não tem performance”<sup>5</sup>, “aí chegou uma hora que não tinha mais o que fazer”<sup>6</sup>, “é decepção diante da morte e da impotência”<sup>6</sup> podem ser vistos como indicativos de que o não ter nada para fazer diz de um não poder impedir a morte, de chegar ao limite da capacidade da própria medicina e da ciência.

Por outro lado, existem questões em torno do momento entre “parar de investir” e cessar o tratamento curativo, indicando cuidados paliativos exclusivos. “A maior dificuldade é saber quando paliar o paciente”<sup>2</sup>, “é nessa definição de até onde ir, de até onde investir no paciente”<sup>2</sup>, “o quanto a gente se envolve é maior a dificuldade para gente decidir quando vai deixar de tratar”<sup>5</sup>, “às vezes a gente quer fazer e não tem mais o que fazer. A gente não quer que eles acabem assim, nossa função não é ver eles morrerem. É ver eles irem para casa”<sup>9</sup>. Diante dessas dúvidas há o apelo por formas objetivas e concretas de saber o momento certo de parar o tratamento a exemplo de “não se tem instituído esse protocolo de palição”<sup>2</sup>, “implementar protocolos, algo mais concreto”<sup>2</sup>, “cada plantão, cada médico ele tem uma conduta diferente”<sup>2</sup> e de buscar na formação algo que possa dar conta dessa incerteza, “a gente quase não falou dessa questão da finitude na graduação”<sup>2</sup>, “essa parte psicológica de tá conversando com ele a respeito de doença tudo, isso aí não tem preparo”<sup>9</sup>.

Interessante notar que os profissionais fazem referência à falta de protocolos e deficiências na formação, todavia, a formação profissional não cessa com a graduação e os avanços, os novos conhecimentos estão em expansão, o que pode ser visto nas citações trazidas pelos autores em que cuidado paliativo é uma filosofia de cuidado integral que deve ser prestado a pacientes e familiares no contexto de diagnósticos de doenças que ameaçam a vida e não como medida a ser tomada diante da falta de tratamento curativo como aparece nos enunciados e nas marcas de enunciação dos profissionais.

Essa incerteza leva a expressões como “fazer o máximo que eu posso pelo paciente... para sair com aquela sensação de pelo menos dever cumprido, de que você deu o que podia dar ao paciente”<sup>2</sup>, “melhorar o conforto e dessa maneira eu me sinto melhor”<sup>2</sup>, o que leva a refletir se estariam ligadas ao afastamento da responsabilização pela antecipação da morte dos pacientes como pode ser notado nos enunciados sobre eutanásia como “ninguém tem o direito de abreviar a vida de outra pessoa”<sup>1</sup>, e que, algumas vezes têm por base as crenças religiosas: “eu, como cristã que sou, eu não concordo... a hora é Deus que determina”<sup>1</sup>, “eu vou deixar

bem claro que sou Kardecista, espírita Kardecista, a minha religião já prega isso... eu não acredito que seja a forma de aliviar a dor.”<sup>1</sup>

Sobre esse “não ter o que fazer” pelo paciente se alicerçam várias falas acerca dos cuidados paliativos. Desse modo, os profissionais consideraram que são cuidados oferecidos a pacientes sem perspectiva de cura e as expressões “paliar”, “não ter nada para fazer”, “é para pacientes terminais” e “morte digna” se evidenciam. “Cuidados paliativos, para mim, é manter o paciente confortável, sem dor, depois que já foi feito tudo o que se podia fazer”<sup>4</sup>, “é aquele paciente que não tem perspectiva de cura ou de tratamento curativo”<sup>6</sup>, “conjunto de cuidados em pacientes sem probabilidades terapêuticas, oferecendo uma morte digna”<sup>4</sup>, “é o paciente em fase terminal”<sup>6</sup>, “cuidados realizados a pacientes cuja doença é irreversível e levará à morte”<sup>4</sup>, “medidas iniciadas desde o início do diagnóstico de uma doença crônica incurável.”<sup>4</sup>

Se, de um lado, o estado da arte constrói e mostra conceitos, oferecendo saídas para lidar com a doença e a morte, por outro, os profissionais deixam escapar que uma barreira se interpõe não sendo possível apreender os conhecimentos e tomá-los como verdade. Ao apontarem as deficiências na formação e que não puderam falar sobre a morte anunciam algo mais além de ter disciplinas no currículo. Dizem da falta de lugar para a falta, para a morte, para o moribundo na ciência e na sociedade, corroborando com Maranhão (1985) e Elia (2001). Esse “não saber o que fazer” poderia ser visto como a emergência do sujeito, ainda que esteja fora do cenário psicanalítico? Dunker, Paulo e Milán-Ramos (2016, p.146) afirmam que o sujeito do inconsciente emerge no momento em que o “sujeito cessa de poder testemunhar sobre aquilo que o torna cativo ou limitado” e que “uma abordagem estatística ou linguística da linguagem, caso ocorra de modo exclusivo, irá sistematicamente apenas fracassar diante desse fenômeno negativo.”

Importante lembrar o que Lacan (1970/1998) discorre sobre verdade e saber. Para ele, não há complementaridade entre elas e não compõem um todo, uma vez que o todo não existe, sendo um índice do conhecimento. Os enunciados apontam que a ciência médica sabe, detém a verdade sobre o que fazer, quando e como decidir sobre o tratamento e a morte dos pacientes. Os profissionais, porém, dizem não saber e que, por isso, precisam de formação e de protocolos para tomar as decisões. Desse modo, o não saber causa angústia, impotência e leva ao pensamento de que a ciência, a universidade, sabe e pode dizer o que, como e quando fazer. Os profissionais querem protocolos, ainda que os cuidados paliativos sejam regidos por princípios.

Voltando a Lacan (1970/1998), só é possível saber da verdade um bocado, o que remete à castração e ao real como limite da verdade. É diante desse limite, anunciado pela morte, que os profissionais reconhecem que o conhecimento da formação profissional não pode impedir a

morte do paciente, surgindo impotência e angústia. A esse respeito, Souza e Lima (2017) tecem considerações que apontam a incerteza da morte como confronto com a condição estrutural de desamparo e que esse seria um espaço em que a religião entraria como doadora de sentido colonizando o vazio provocado pela incerteza da morte. Como visto nos enunciados “eu tento passar que aquele momento é entre ele e Deus”<sup>3</sup> e “libera alguém religioso pra vir”<sup>5</sup>, no momento da morte o discurso médico-científico cede lugar às narrativas religiosas.

Recorrendo ao discurso de acordo com o grafo do desejo, Dunker, Paulon e Milán-Ramos (2016, p.165) afirmam que “a castração é o lugar pelo qual a estrutura da lei que rege as trocas sociais (Édipo/Metáfora Paterna) se articula com a lei que rege as trocas linguísticas (metáfora/metonímia, significante/significado, significação/valor).” O que faz refletir se a enunciação que marca os enunciados sobre as falhas na formação e o não saber o que fazer poderia ser “o que o Outro quer de mim?”

#### 4.3 A FALA DOS AUTORES

As considerações dos autores dos artigos levantaram questões sobre a capacitação dos profissionais, o estabelecimento de protocolos para o manejo de pacientes em cuidados paliativos, da morte digna, e questionamentos como se “muitas vezes os tratamentos terapêuticos são continuados em prol do conforto emocional dos próprios profissionais.”<sup>5</sup> quanto à morte, “morte e luto são vivências estruturantes do ser humano”<sup>3</sup>, “a morte, assim como o nascimento, demanda esse acompanhamento e cuidado”<sup>6</sup>, ainda assim “os profissionais da saúde não possuem o preparo necessário para lidar com as diversas situações que ocorrem no processo de morte e luto”<sup>3</sup>, há “uma grande deficiência no ensino e preparo dos profissionais da área da saúde para lidar como o paciente terminal e a morte”<sup>8</sup> para que os “profissionais estejam mais familiarizados com a questão da morte.”<sup>9</sup>

Alguns enunciados consideram que “se o profissional puder se aproximar do paciente, poderá tomar essas decisões com tranquilidade de quem se permitiu escutar”<sup>5</sup> com uma assistência “prestada por quem está de fato preparado para entender os limites do paciente, compreender seus medos, apoiar os que ficam.”<sup>8</sup>

Os profissionais, em seus enunciados, apontam para o furo no conhecimento e na formação. Falam de sua impotência diante da morte, repetem o “não ter o que fazer”, enquanto os autores reafirmam as falhas na formação e a necessidade de mudanças no ensino para melhor preparar os profissionais. Essa preparação vai desde mudanças na formação acadêmica, com a criação de espaços para falar sobre a morte e o luto na graduação, investimento em educação

permanente e capacitação profissional, até a criação/implementação de protocolos em cuidados paliativos.

Quem vive o cotidiano da morte como profissional de saúde parece se sentir coagido a encontrar saídas para lidar com a finitude. Estaríamos diante do que Lacan (1970/1998, p.436) afirmou em Radiofonia que “a ciência ganha impulso a partir do discurso da histérica”? Uma vez que “a histérica é o sujeito dividido [...] o inconsciente em exercício, que põe o mestre contra a parede de produzir um saber”? Relembrando ainda sua acepção de que o universal “todo homem é mortal” se traduz no discurso científico como a morte requerendo um seguro de vida e sendo proveniente de um cálculo, uma probabilidade; no discurso do mestre, a morte é tomada como um risco; e no discurso universitário como memória eterna do saber.

A ciência, ou melhor, o campo científico, oferece descobertas cuja finalidade principal é melhorar a vida e promover bem-estar com suas descobertas e invenções. Ainda que tenha um papel importante na saúde e na vida do ser humano, vale salientar, como afirma Danziato (2017), que ao se instalar como ideologia e como sistema discursivo que afetam o sujeito em seu cotidiano, instaurando um sistema normativo que influencia o sistema social, pode acarretar em *forclusão* do sujeito. Nesse ponto, Souza e Lima (2017) consideram que o discurso médico é anterior à ascensão da medicina como ciência, esta tornou científico o discurso médico que almeja conferir ao ser humano uma vida boa e livre das doenças e por que não dizer, da morte, como visto em alguns enunciados apresentados neste artigo?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados possibilitaram discutir sobre como se dá a percepção da morte por profissionais de saúde. Ainda que não tenha sido possível fazer os apontamentos conforme a área de atuação, pode-se notar que a presença da morte demarca a existência do limite, o que remete à própria castração. A segmentação inicial indicou que a “verdade” apresentada contém conflitos, uma vez que revela os conceitos e descrições sobre morte e cuidados paliativos que divergem daqueles presentes nos enunciados dos profissionais. A ênfase no “não ter o que fazer” e na “impotência” diante da morte dos pacientes aponta para a permanência do foco do saber médico-científico na cura, ainda que o *corpus* estudado se proponha a apresentar um furo e abra espaço para a realidade da finitude e da morte no meio profissional e acadêmico.

Outro fator relevante é o contraponto entre a autonomia do paciente e seu poder de decisão teorizado e o que aparece a esse respeito nos enunciados. O paciente não aparece como

ator nos enunciados, ao contrário, o foco se volta para os profissionais e suas dificuldades em lidar com o “perder” os pacientes. Os resultados indicam certa cisão entre o que é proposto nos cuidados paliativos e aquilo que aparece como realidade nas falas dos profissionais, permanecendo a ideia de que, ao cessar as possibilidades terapêuticas curativas, os pacientes devem seguir em cuidados paliativos. Os enunciados dos profissionais carregam as marcas do efeito de lidar com a morte e com a finitude e apontam para a impotência e o reconhecimento dos limites da medicina e da ciência diante da morte. Ainda que as tecnologias tenham o potencial de salvar vidas, a ciência médica não poderá negar a existência da morte.

Vale salientar que este trabalho propôs realizar uma pesquisa em psicanálise fora do âmbito da clínica, guardando, com isso, limitações e possibilidades, incluindo a pergunta: podemos falar em inconsciente fora da cena psicanalítica? Contudo, partindo da proposição de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem e da possibilidade de uma análise de discurso psicanalítica, este artigo apresenta-se como uma aposta na pesquisa psicanalítica para além da clínica, lembrando, como afirma Lacan, que quando Freud “descobriu” o inconsciente o fez pela observação de seus efeitos, revelando um saber que só se sustenta ao se apresentar como impossível.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANCP. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo, outubro, 2018, 15p.

ARIÉS, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**; tradução Priscila Viana de Siqueira. Ed. especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.

ASKOFARÉ, Sidi. Do corpo...ao discurso. Traduzido por Luiz Eduardo Vasconcelos Moreira e Pedro Eduardo da Silva Ambra. **Revista transformações em psicologia**. v.3, n.5, p.84-92, 2010.

BARBISAN, L. B. O conceito de enunciação em Benveniste e em Ducrot. **Revista Letras**, n. 33, UFSM. Santa Maria, RS. 2006. Disponível em <https://periodicos.ufsm.br/letras/article/view/11921>

BATISTA-SOARES, J. DOS S. Análise do discurso e psicanálise: diálogos (im)possíveis? **Cadernos CESPUC de Pesquisa Série Ensaio**, n. 28, p. 223-232, 7 nov. 2016.

BERLINCK, Manoel Tosta. **Psicopatologia Fundamental**, São Paulo: Escuta, 2008.

CARDOSO, Marco Antonio Fernandes; HANASHIRO, Darcy Mitiko Mori; BARROS, Diana Luz Pessoa de. Um caminho metodológico pela análise semiótica de discurso para pesquisas

em identidade organizacional. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 351-376, June 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-39512016000200351&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512016000200351&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Nov. 2020.

CAVALCANTI, Ítalo Marques da Cunha et al. Princípios dos cuidados paliativos em terapia intensiva na perspectiva dos enfermeiros. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 10, n.1, e555, Apr. 2019. Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732019000100201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100201&lng=en&nrm=iso)>.

DANZIATO, Leonardo. O fim do inconsciente. *In*: Pinheiro, Rafael Lobato; Costa, Raul Max Lucas da (Org.). **A psicanálise no laço social: ciência, capitalismo e mal-estar na contemporaneidade**. Curitiba: CRV, 2017, p.17-32.

DUNKER, C.I.L.; PAULON, C.P.; MILÁN-RAMOS, J.G. **Análise psicanalítica de discursos: perspectivas lacanianas**. 1ed, São Paulo: Estação das Letras e Cores, 2016.

DUPIM, Gabriella. A dor de cada um. **Ecos**, v.5, n.1, 2015. Disponível em <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1551>.

ELIAS, Norbert. **A Solidão dos Moribundos**. Tradução: Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001. 107 p., Edição do Kindle.

FERREIRA, Julia Messina Gonzaga; NASCIMENTO, Juliana Luporini; SA, Flávio César de. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 87-96, set. 2018.

FRANCO, I.S.M.F.; BATISTA, J.B.V.; FREIRE, M.L.F.; *et al.* Morte e Luto em Cuidados Paliativos: Vivência de Profissionais de Saúde. **Rev Fun Care Online**, v.12, p.703-709, 2020.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). *In*: Freud, S. **Neurose, psicose e perversão**; tradução Maria Rita Salzano Moraes. 1 ed, 2 reimp. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2017.

FREUD, S. Inibição, sintoma e angústia (1926). *In*: Freud, S. **Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

FREUD, S. A Transitoriedade (1916). *In*: Freud, S. **Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915). *In*: Freud, S. **Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. Introdução ao Narcisismo (1914). *In*: Freud, S. **Introdução ao Narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos**; tradução e notas Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GASPARD, Jean-Luc. Cuidados Paliativos: uma clínica orientada pelo real. *In*: MUTARELLI, A.; SILVA, G.F. (org.). **Luto em pediatria**: reflexões da equipe multidisciplinar do Sabará Hospital infantil. 1 ed. Barueri, SP: Manole, 2019.

GASPARD, Jean-Luc *et al.* Psicanálise e análise de discurso: Elementos para uma investigação clínica futura. **A peste**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 361-378, jul./dez. 2010.

GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, dez. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 abr. 2020.

GREGOLIN, M.R.V. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **Alfa**, São Paulo, v.39, p. 13-21, 1995.

GUIRADO, M. Uma análise possível do discurso da psicanálise. **Estilos da Clínica**, v. 16, n. 2, p. 392-403, 1 dez. 2011.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, Sept. 2013.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan**, v.3: A prática analítica, 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2017.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios pacientes; tradução Paulo Menezes. 9 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LACAN, Jacques. **O seminário, livro 6**: o desejo e sua interpretação (1958-1959). Texto estabelecido por Jacques-Alain Miller; tradução Claudia Berliner. 1ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

LACAN, Jacques. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). *In*: **Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

LACAN, Jacques. Radiofonia (1970). *In*: **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

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

LOPES, Matheus Felipe Gonçalves de Lima; MELO, Yasmim Simão Tenoriode; SANTOS, Maria Willyanne Carneiro de Lucena; OLIVEIRA, Diego Augusto Lopes; MACIEL, Ana Maria Sá Barreto. Vivências de enfermeiros no cuidado às pessoas em processo de finitude. **Rev. Ciênc. Plur**; v. 6, n.2, p.82-100, 2020.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. *In: Cuidado Paliativo*. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.18-21.

MATSUMOTO, D.Y. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. *In: CARVALHO, R.T; PARSONS, H.A (Org.) Manual de cuidados paliativos da ANCP*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

MARANHÃO, José Luiz Souza. O que é morte (Primeiros Passos) (1985). Brasiliense. Edição do Kindle.

MONTEIRO, Daniela Trevisan; MENDES, Jussara Maria Rosa; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 189-210, dez. 2019. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300011&lng=pt&nrm=iso)>.

NASIO, J.-D. **O livro do amor e da dor**. tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

NASIO, J.-D. **Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan** (Transmissão da Psicanálise). Zahar, 1993. Edição do Kindle.

NUNES, Luana Viscardi. Papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. *In: CARVALHO, R.T; PARSONS, H.A (Org.) Manual de cuidados paliativos da ANCP*. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Cuidados paliativos**. 2018. Disponível em <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009. 100p.

PEGORARO, Martha Maria de Oliveira; PAGANINI, Maria Cristina. Cuidados paliativos e limitação de suporte de vida em terapia intensiva. **Rev. bioét. (Impr.)**, v. 27, n.4, p.699-710, 2019.

RIBEIRO, Júlia Rezende; POLES, Kátia. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 62-72, July, 2019. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-55022019000300062&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000300062&lng=en&nrm=iso)>.

SAPETA, Paula. Dor Total vs sofrimento: a interface com os Cuidados Paliativos. **Dor**, v.15, n. 1, p. 16-21, 2007.

SBED. Tradução para a língua portuguesa da definição revisada de dor pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor. **Jornal Dor**. Publicação da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor, Ano XVIII, 2º Trimestre de 2020, edição 74, p.11-18.

SILVA, Amanda Aparecida Alves et al. Percepção de profissionais da saúde sobre eutanásia, **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 28, n. 1, p.111-118, Mar. 2020 .Available from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422020000100111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422020000100111&lng=en&nrm=iso)

SILVA, José Paulo da; SILVA, Clara Caroline dos Santos; MEDEIROS, Jocellem Alves de; SANTOS, Maxsuel Mendonça dos; VIERA, Henry Walber Dantas; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de. Profissionais de saúde frente ao paciente fora de possibilidade terapêutica de cura. **REVISA** (Online); v. 8, n. 3, p.337-347, 2019.

SOUSA, Pedro de. **Análise do discurso**. Florianópolis: LLV/CCE/UFSC, 2011.

SOUZA, Leonardo Barros de; LIMA, Maria Celina Peixoto. O vivo, o morto e o morto-vivo: vida e morte entre o discurso médico e as narrativas zumbi. *In*: Pinheiro, Rafael Lobato; Costa, Raul Max Lucas da (Org.). **A psicanálise no laço social**: ciência, capitalismo e mal-estar na contemporaneidade. Curitiba: CRV, 2017, p.57-78.

TABAK, Bruna. O que se pode esperar da vida? Reflexões sobre os tempos de partida em Cuidados Paliativos. **Cadernos de Psicanálise**, SPCRJ, v. 35, n. 1, p. 53-61, 2019.