



Priscila Cristina Gomes Drumond Silveira

O silêncio da morte no contexto de UTI

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes

Rio de Janeiro,
Junho de 2020



Priscila Cristina Gomes Drumond Silveira

O silêncio da morte no contexto de UTI

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Profa. Maria Isabel de Andrade Fortes
Orientadora
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Monah Winograd
Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Andrea Barbosa Albuquerque
UERJ

Rio de Janeiro, 12 de junho de 2020.

Todos os direitos reservados. A reprodução total ou parcial do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e da orientadora.

Priscila Cristina Gomes Drumond Silveira

Graduada em Psicologia pela FAMATH e especialista em Psicologia Médica pela FCM/ UERJ.

Ficha Catalográfica

Silveira, Priscila Cristina Gomes Drumond

O silêncio da morte no contexto de UTI / Priscila Cristina Gomes Drumond Silveira ; orientadora: Maria Isabel de Andrade Fortes. – 2020.

113 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2020.

Inclui bibliografia

1. Psicologia - Teses. 2. Morte. 3. Luto. 4. UTI. 5. Psicanálise. I. Fortes, Maria Isabel de Andrade. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD:150

Aos meus pais, sem eles nada teria sido possível.

Agradecimentos

À professora Isabel Fortes pela orientação e pelas sugestões durante a construção deste trabalho.

Aos professores Cláudio Adolph e Andrea Albuquerque pelo incentivo de vocês.

Às professoras Elisabeth Leitão e Janete Araújo pelo apoio em todo o processo do mestrado.

Às professoras Mariana Bteshe e Monah Winograd pelas sugestões e pelos ensinamentos sobre pesquisa.

Aos amigos Bruno Quintino, Jacqueline Moraes, Mariana Kehl e Millena Cardoso pela ajuda de vocês no decorrer desses dois anos de mestrado. Vocês tornaram essa trajetória acadêmica mais leve e divertida.

Aos meus pais e à minha irmã pelo carinho e pelo apoio.

Ao CNPq e à PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Resumo

Silveira, Priscila Cristina Gomes Drumond; Fortes, Maria Isabel de Andrade. **O silêncio da morte no contexto de UTI**. Rio de Janeiro, 2020. 113p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Na atualidade, prevalece uma cultura pautada no ideal de consumo e bem-estar, onde o reconhecimento social está associado à ideia de sucesso e felicidade. Portanto, não convém ao sujeito falar sobre o seu sofrimento. Logo, se a morte gera sofrimento, ela deve ser silenciada. Tal olhar sobre a morte é atestado por Ariès (2003), que diz que na sociedade contemporânea falar sobre a morte é um tabu. O interdito da morte ingressou no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos. Esta interdição faz parte do processo civilizador moderno e está atrelada às conquistas do iluminismo científico, que criou socialmente a solidão dos moribundos e enlutados. Houve um enfraquecimento dos rituais públicos em torno da morte e, conseqüentemente, um fortalecimento da medicalização pela ciência. A morte passou a ser medicalizada, por meio de tecnologias, assim como o luto. Contudo, não há como negar a tristeza gerada pela morte de um familiar. Freud (1996j/1917) entoa a relevância do exame de realidade e o fator tempo. O autor aponta que é justamente entrando em contato com os sentimentos que envolvem a perda de um ente querido que se possibilita a elaboração do luto. Diante disso, o presente trabalho tem o objetivo de problematizar como a morte e o luto são retratados nos dias atuais e nas instituições hospitalares e seu impacto sobre as pessoas que vivenciam uma experiência de perda de um ente querido. A pesquisa consiste em um estudo teórico sobre o tema, pautado na bibliografia disponível sobre o assunto, tendo como eixo teórico principal a teoria psicanalítica.

Palavras-chave

Morte; Luto; UTI; Psicanálise.

Abstract

Silveira, Priscila Cristina Gomes Drumond; Fortes, Maria Isabel de Andrade (Advisor). **The silence of death in the context of ICU**. Rio de Janeiro, 2020. 113p. MSc. Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Today, a culture based on the ideal of consumption and well-being prevails, where social recognition is associated with the idea of success and happiness. Therefore, it is not convenient for the subject to talk about his suffering. If death generates suffering, it must be silenced. This look at death is attested by Ariès (2003), who says that in contemporary society talk about death is a taboo. The ban on death enters the teaching-learning process of health professionals, especially doctors. This interdiction is part of the modern civilizing process and linked to the achievements of scientific enlightenment that socially created the loneliness of the dying and mourning. There was a weakening of public rituals around death and, consequently, a strengthening of medicalization by science. Death became medical, through technologies, as well as the self. However, there is no denying a sadness generated by the death of a family member. Freud (1996j/1917) refers to the examination of reality and the time factor. The author points out that it is only entering the content with the feelings that involve the loss of a loved one that allows the elaboration of grief. Given this, the present work aims to problematize how death and grief are portrayed today and in hospital institutions and their impact on people who have an experience of losing a loved one. The research consists of a theoretical study on the subject, based on the available bibliography on the subject, with psychoanalytic theory as its main theoretical axis.

Keywords

Death; Mourning; UCI; Psychoanalysis.

Sumário

1. Introdução	11
2. O homem diante da morte	14
2.1. A morte e o luto em tempos antigos	14
2.2. O tabu da morte	17
2.3. A banalização da morte	22
2.4. A morte nas entrelinhas: os ideais da cultura	25
2.5. O luto na contemporaneidade	28
3. Questões sobre a morte no campo médico e hospitalar	34
3.1. O médico e a morte	34
3.1.1. A formação médica	37
3.2. A morte na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	38
3.2.1. Morte encefálica (ME): a morte que salva vidas	43
3.3. Os cuidados paliativos	45
3.4. Os cuidados paliativos na UTI	49
3.5. Questões bioéticas sobre a morte	51
4. A morte e o luto em psicanálise	59
4.1. Freud e a morte	59
4.2. A morte e a psicanálise	60
4.2.1. Totem e tabu	60
4.2.1.1. O tabu e a ambivalência emocional	60
4.2.1.2. O tabu em relação aos mortos	62
4.2.1.3. A morte do pai primevo	64
4.2.2. Reflexões sobre a morte	65
4.3. A pulsão de morte	68
4.4. Sobre a angústia	72
4.5. A transitoriedade	76
4.6. Luto e melancolia	77
4.6.1. A dor e o luto	82

5. O silêncio da morte no contexto de UTI: a dor silenciada e a dor silenciosa	86
5.1. As vertentes do silêncio no contexto de UTI	86
5.2. A morte por detrás das cortinas	88
5.3. O silêncio da dor	91
5.4. A dimensão traumática no tabu da morte	94
5.5. A função do psicanalista na UTI	97
6. Considerações finais	102
7. Referências bibliográficas	106

Nem o sol, nem a morte podem ser olhados de frente

Jacques Lacan.

1 Introdução

A motivação para a realização dessa pesquisa surgiu de minha experiência como psicóloga em dois hospitais de grande porte no estado do Rio de Janeiro. Trabalhei nesses hospitais no período de 2011 a 2016, atendendo não só pacientes e familiares em diversas enfermarias com as mais diversificadas patologias e demandas, mas também acompanhando a equipe médica na transmissão das notícias ditas difíceis, como, por exemplo, diagnósticos e prognósticos ruins para o paciente e o óbito do paciente à família.

Nesses atendimentos em conjunto com a equipe médica para notícias de óbito do paciente à família, deparei com diversas situações, sendo que a mais frequente era silenciar a dor da família diante da morte de um ente querido. Um exemplo disso era quando o médico transmitia a notícia de óbito do paciente aos familiares, abordando as questões clínicas que levaram à morte, muitas das vezes com uma linguagem de difícil entendimento para o leigo. Após a notícia, caso algum membro da família demonstrasse desespero ou instabilidade emocional, a equipe sugeria a este familiar um ansiolítico, no intuito de ‘acalmá-lo’. Ou seria no de calá-lo?

Diante disso, pude observar o quanto era difícil para o profissional lidar com a transmissão de notícia de morte de um paciente e com todos os sentimentos que envolvem esta informação. Ao mesmo tempo, sabia o quanto era necessário para a família expor a sua dor para favorecer o processo de luto. Freud (1996j/1917), em “Luto e melancolia”, salienta a importância do sujeito entrar em contato com os sentimentos que envolvem a perda de um ente querido, a fim de possibilitar a elaboração do luto.

A literatura aponta que, a partir do século XIX, as transformações no advento da medicina moderna contribuíram para um novo olhar sobre a morte e o morrer. Tais mudanças impactaram o modo como a cultura ocidental passa a lidar com a morte, com os rituais em torno dela e com o luto.

No enquadre do hospital, sobretudo na UTI, tanto o paciente quanto os familiares são convocados a silenciar o sofrimento diante do adoecimento que pode levar à morte. O sujeito adoecido fica impossibilitado de qualquer expressão a respeito da proximidade da morte, já que se encontra sedado e ligado a tubos que lhe garantem uma sobrevida.

Além disso, a família do paciente é abruptamente afastada dele, sendo-lhe permitida somente um horário restrito para o contato com o seu parente. Portanto, esta deve seguir com as suas tarefas diárias de trabalho e lazer. Na nossa experiência em trabalhar em UTI, observamos como muitas vezes o parente se anestesia diante do que acontece de fato em sua vida, através do uso de ansiolíticos. Deles é exigido, pelo menos enquanto no ambiente do hospital, que evite expressar fortes emoções, como choros, gritos, entre outras. Logo, estes sentimentos também devem ser evitados durante o horário de visita, visto que tais manifestações atrapalham o cotidiano da unidade.

No entanto, esse afastamento devido ao adoecimento provoca na família uma desestabilização psíquica, causando enorme tensão e afetando o princípio do prazer (Vieira & Marques, 2012). Para a devida descarga dessa tensão, é necessário favorecer um espaço para a expressão do sujeito. Segundo Vieira e Marques (2012), viabilizar um espaço de escuta nada mais é do que possibilitar ao sujeito se reorganizar psiquicamente.

Partindo do pressuposto do tabu da morte no contexto de UTI e da importância do sujeito expressar a sua dor, pensamos em uma pesquisa teórica com o objetivo de investigar como a morte e o luto são retratados nos dias atuais e nas instituições hospitalares, sobretudo nas UTI's, e qual seria o impacto disso no sujeito que vivencia a experiência de perda de um ente querido. Portanto, a discussão consiste em torno da hipótese das implicações do tabu em relação à morte na elaboração do luto, visto que, diante do sofrimento, o sujeito enlutado é convidado a se calar. Sendo assim, examinamos na literatura a morte e o luto sob o ponto de vista cultural, médico e psicanalítico.

Assim, no primeiro capítulo, percorremos a literatura acerca do lugar da morte e do luto na cultura. Em um primeiro momento constatamos que os rituais em torno da morte, assim como o luto, eram melhor aceitos pela sociedade. No entanto, a partir do desenvolvimento da medicina atrelada ao avanço tecnológico, a morte ganha uma nova conotação, tornando-se um tabu. Assim como a morte, os sentimentos vivenciados pela perda de um ente querido também se transformaram em um tabu. Veremos que a exposição da dor passa a ser considerada vergonhosa e até patológica na atualidade.

No segundo capítulo, discorremos acerca dos cânones da medicina acerca da morte. A ciência tenta suprimir a existência da morte através do seu avanço

tecnológico. A medicina possui um discurso vitalista, ou seja, que visa à cura das enfermidades a todo custo. Por esta razão, encara a morte como um fracasso na atuação profissional. Esse discurso é proferido desde a formação do médico e repercute na sua prática, sobretudo dentro das UTI's. Um dos exemplos dessa repercussão encontra-se nos impasses da entrada dos cuidados paliativos nas unidades.

No terceiro capítulo, debatemos o tema da morte a partir dos estudos de Sigmund Freud e de seus comentadores. O pai da psicanálise abordou o assunto morte sob a ótica de quatro aspectos: a noção da morte, o medo da morte, o luto e a pulsão de morte. Essas contribuições são de suma importância, principalmente na atualidade, quando são discutidas questões acerca da finitude. Tais conceitos fundamentaram o quarto capítulo, no qual procuramos discutir as diferentes vertentes do silêncio na UTI: a “dor silenciosa” e a “dor silenciada”.

A dor silenciada retrata uma tentativa da cultura contemporânea e da ciência em silenciar a morte e todos os sentimentos que ela suscita. Esta vertente corrobora o tabu da morte, o qual será exposto no decorrer desta dissertação. Em contrapartida, a dor silenciosa busca refletir sobre o silêncio das famílias diante da possibilidade de perda de um ente querido e a importância de acolher a sua dor, a fim de que ele possa elaborar o seu luto.

2 O homem diante da morte

“É preciso estar atento e forte. Não temos tempo de temer a morte”

(Gilberto Gil & Caetano Veloso, 1969).

2.1 A morte e o luto em tempos antigos

Da Idade Média até o século XVIII, a presença da morte no âmbito familiar e social ocorria como um evento público. O enfermo presidia e protagonizava a tradicional cerimônia da morte. Caso este viesse a esquecer ou blefar, caberia aos assistentes, médicos ou sacerdotes, lembrá-lo. Nesse período, os ritos da morte eram aceitos e cumpridos por meio de cerimônias e não havia um caráter dramático ou gestos de emoção excessivos.

Familiares, amigos, sacerdotes e médicos acompanhavam o moribundo em seu quarto. No leito de morte – o quarto do enfermo –, sempre havia muitas pessoas que circulavam livremente pelo local. A iminência da morte transformava o quarto do enfermo em um local público. Inclusive, levavam-se as crianças para vivenciar este momento: não há representações de um quarto do enfermo sem a presença delas, ao passo que, atualmente, o recomendável socialmente é afastá-las no que se refere à morte (Ariès, 2003).

O trabalho do médico não assumia jamais o caráter de uma luta contra a natureza humana. Não havia meios de prolongar artificialmente a vida. Tal ideia era considerada uma blasfêmia, uma ofensa à ordem natural da vida (Rodrigues, 2006). Cabia aos médicos ou a algum dos acompanhantes do enfermo (a família ou o sacerdote) lhe avisar sobre sua morte próxima. Era o dever dessas pessoas manterem o moribundo ciente de seu estado de saúde. Se o enfermo compreendia o aviso e o aceitava, era sensato; do contrário, era considerado uma pessoa estúpida (Ariès, 2014).

Neste contexto, a morte era um tema aberto e frequente nas conversas, o que é possível observar em muitos poemas dedicados aos mortos e/ou à morte. A literatura da época nos dá testemunho disso:

Por fim a morte pálida com sua mão gelada

Com o tempo acariciará teus seios;
 O belo coral de teus lábios empalidecerá
 A neve de teus mornos ombros será fria areia
 O doce piscar de teus olhos / o vigor de tua mão
 Por quem caem / cedo desaparecerão
 Teu cabelo / que agora tem o tom do ouro
 Os anos farão cair, uma comum madeixa
 Teu bem-formado pé / a graça de teus movimentos
 Serão em parte pó / em parte nada e vazio.
 Então ninguém mais cultuará teu esplendor agora divino
 Isso e mais que isso por fim terá passado
 Só teu coração todo o tempo durará
 Porque de diamante o fez a Natureza.
 (Hofmannswaldau, século XVII *apud* Elias, 2001, p. 27)¹.

Isso não significa que os homens não temiam a morte. Havia o medo das epidemias, de todas as pestes que ocorriam na Europa. No entanto, a angústia diante da morte não chegava a ser da ordem do indizível, do inexprimível; pelo contrário, ela era traduzida em palavras nos poemas e nas conversas e, ainda, canalizada em ritos e cerimônias, nos quais havia a participação do grupo social (Ariès, 2014; Elias, 2001).

A familiaridade com a morte caracteriza-se como uma forma de aceitação da ordem da natureza. Portanto, “o homem se sujeitava a uma das grandes leis da espécie e não cogitava em evitá-la, nem em exaltá-la” (Ariès, 2003, p. 46). O homem apenas aceitava a morte como uma solenidade que marca a importância das etapas da vida. A morte no leito era um rito que solenizava essa passagem, que marcava a etapa final da vida.

Nesta época, o mais temido pelo homem era a morte súbita, pois, nesses casos, não haveria testemunhas, nem cerimônias ou ritos, ou seja, o homem morria sozinho. A morte súbita era considerada uma morte feia e desonrosa, que ocorria com os viajantes nas estradas, com os afogados nos rios ou, até mesmo, com homens que morriam repentinamente. Esse tipo de morte era tratado como uma morte silenciosa, que os homens da época temiam por ser considerada monstruosa. Logo, morrer sozinho era encarado como uma maldição, visto que o homem era privado de compartilhar a dor de sua própria morte e, portanto, não haveria a possibilidade de selar a solenidade de uma etapa da vida. Mas, de um

¹ Poema de Cristian Hofmann von Hofmannswaldau intitulado “Transitoriedade da beleza”.

modo geral, a morte era quase sempre anunciada, já que as doenças nesta época eram graves e quase sempre mortais (Ariès, 2014; Rodrigues 2006; Elias, 2001).

Os rituais continuavam após a morte do enfermo com o processo de luto. Para este, era reservado um tempo, dedicado às expressões e às manifestações de pesar pela morte de uma pessoa da comunidade. O luto era escrupulosamente respeitado pela sociedade.

Não só se morria em público, na presença de familiares e amigos, mas a morte de cada um constituía um acontecimento público, em que a comunidade era atingida pelo desaparecimento do indivíduo. Nesse viés, a morte de uma pessoa não era um fenômeno isolado, mas representava um evento, pelo qual aqueles com quem o indivíduo manteve relações durante a vida – amizades, paternidade, filiação, alianças – compartilhavam a sua dor diante da perda (Ariès, 2014; Rodrigues, 2006).

Ariès (2014) assinala que, nesta época, o luto tinha por finalidade descarregar o sofrimento dos sobreviventes. As lamentações e gesticulações diante da perda de alguém serviam “para desafogar a dor e tornar suportável o fato da separação” (p. 190). Em contrapartida, hoje essas expressões e manifestações de dor são rotuladas como histeria, crise dos nervos ou depressão, como veremos a seguir.

O período do luto era composto por visitas da família ao cemitério e dos parentes e amigos à família, assim como pelo fechamento de lojas e pelo uso de roupas pretas. Os enlutados, por sua vez, eram obrigados a um certo tipo de vida social: receber as condolências, as visitas de seus parentes, amigos e vizinhos e usar um tipo de vestimenta.

Estas gestualidades, na verdade, indicavam uma partilha da dor com os membros da comunidade. Rodrigues (2006) nomeia estes comportamentos como uma “socialização da dor” (p. 164), no qual toda a sociedade expressava a sua tristeza pela morte de um de seus membros. Assim, os cortejos fúnebres eram dirigidos pela cidade como uma forma de expressão desse sofrimento. As roupas de cor preta distinguiam os enlutados e a este eram prestadas as condolências. Além disso, a vestimenta “discriminava o que está associado à vida e o que está ligado à morte” (Rodrigues, 2006, p. 156).

Veremos que a sociedade contemporânea não faz mais essa pausa e nem esses rituais diante da morte de um ente querido. A recusa do luto é uma maneira

de exonerar, de fato, a presença da morte, mesmo que se admita, em princípio, sua existência (Ariès, 2014).

A morte e os sentimentos provocados por ela podem ser considerados um constructo social que se modificou paulatina e imperceptivelmente ao longo dos anos (Caputo, Barr & Romero, 2016; Ariès, 2014; Rodrigues, 2006; Elias, 2001). Em certos momentos, essas mudanças ocorrem de forma lenta, por vezes desapercibidas, porém hoje elas estão aceleradas. Se o luto e a morte eram tão familiares no passado, hoje eles não são mais. Atualmente, não se fala da morte, nem dos sentimentos provocados pela perda de um ente querido.

2.2 O tabu da morte

Ariès, em seus importantes trabalhos sobre a morte – *O homem diante da morte* (2014) e *História da morte no ocidente* (2003) – aponta como esta sofreu um interdito ao longo dos anos. A interdição da morte se caracteriza como o desaparecimento do discurso sobre a morte nos meios familiares e sociais. Portanto, falar sobre a morte nos dias atuais tornou-se um tabu. Aquele que transgride o tabu da morte é rotulado como inconveniente, depressivo, “pessoa fúnebre”, sendo, por vezes, excluído do círculo social. Como assinalaremos adiante, o tabu sempre se refere como algo inabordável e proibido, de uma restrição imposta naturalmente. E logo, qualquer violação do interdito tem automaticamente como consequência severas punições (Freud, 1996e/1913; Sarodi, 2017).

O tabu da morte tem início com a industrialização e com os avanços da medicina, visto que, a partir desses dois momentos, o olhar sobre a morte ganha outra conotação. O homem passa a ser visto como um meio de produção e consumo, não há tempo para se preocupar com os mortos, nem de cuidar do moribundo em casa, muito menos de expressar dor frente à possibilidade de perda de um ente querido. O odor e as secreções expelidas de um corpo doente colocam em risco a saúde dos membros da família – que, por sua vez, são trabalhadores e, se também adoecerem, deixarão de produzir.

A morte tornou-se inconveniente como os atos biológicos do homem, isto é, as secreções do corpo. Por este motivo, ela já não pode ser mais pública. Não se tolera mais a entrada de qualquer pessoa no quarto do enfermo com o odor fétido.

À vista disso, as pessoas doentes começaram a parecer perigosas para a saúde do seu parente. Ariès (2014) ressalva que:

Os rápidos progressos do conforto, da intimidade, da higiene pessoal e das ideias de assepsia tornaram todo o mundo mais delicado; sem que nada se possa fazer contra isso, os sentidos já não suportam os odores nem os espetáculos que faziam parte, com o sofrimento e a doença, da rotina diária. As sequelas fisiológicas saíram do cotidiano para passar ao mundo da assepsia e da higiene, da medicina e da mortalidade inicialmente confundidas. Esse mundo tem um modelo exemplar – o hospital e sua disciplina celular (Ariès, 2014, p. 769).

Então, o leito do moribundo passou do lar para o hospital. A medicina sanitária, associada às técnicas cirúrgicas e aos avanços tecnológicos, conduziu o indivíduo gravemente doente a permanecer no hospital até a sua morte. Não morre mais em casa na presença da família, nem nasce mais ali. Se antes a morte era pública, hoje preconiza “morrer sem se perceber, mas também convém morrer sem que os outros percebam” (Ariès, 2014, p. 791). O referido autor postula que essa nova imagem da morte foi estabelecida por ser considerada feia e suja, devendo, portanto, ser escondida.

O hospital ofereceu às famílias o asilo onde elas puderam esconder o doente inconveniente que nem o mundo industrializado nem as próprias famílias podiam suportar. E, para o enfermo, o refúgio de não saber sobre sua morte próxima e sobre as pressões emocionais de sua família, emoções causadoras de embaraços por serem demasiadamente fortes, devendo-se sempre evitá-las. Observa-se que essa transferência foi bem consentida por todos os envolvidos (o paciente, a família e os profissionais que atuam no hospital).

Sendo assim, a morte passa a ser confinada nos hospitais e ganha conotações de isolamento afetivo, assepsia e negação (Campos, 2013). Este trajeto teve início nos anos 1930 e 1940, mas se concretizou a partir da década de 1950 com o nascimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).

Nessas unidades, o moribundo perde a sua individualidade e privacidade, sendo transformado em um número e/ou em um órgão doente. O enfermo passa a conviver com uma linguagem que não compreende e longe de sua família. Passa também a ser gerido por máquinas que não conhece e que penetram suas narinas, sua boca, seus braços e seus orifícios de trato urinário e intestinal. Tais aparelhos

têm o intuito de fazer o enfermo respirar e comer, de purificar o seu sangue, de controlar as batidas de seu coração. Além disso, as medicações mantêm o coração do enfermo pulsando e, ao mesmo tempo, o impedem de se manifestar.

Nota-se que a atitude do homem diante desse cenário é a de negar o fim inexorável do percurso da vida humana, prolongando a vida até não mais poder por meio de todos os dispositivos tecnológicos existentes no hospital (Ariès, 2014; Rodrigues, 2006; Pitta, 1990).

Assim, o tempo de sobrevida do enfermo pode ser prolongado pelo médico através dos aparelhos. Este profissional “não pode suprir a morte, mas pode regular-lhe a duração, de alguns dias, semanas, mês ou até mesmo anos” (Ariès, 2014, p. 789). Ou seja, o médico pode permitir a um quase morto sobreviver por um tempo indeterminado.

Mas este tempo de duração de vida dependerá de um acordo entre a família e o médico ou até mesmo com a Justiça, ou, mais ainda, de uma decisão soberana do médico. Cada vez mais, as decisões a respeito da morte de uma pessoa são transferidas para terceiros: família, médicos ou juízes. O enfermo, monitorado por aparelhos e sedado, fica impossibilitado de opinar sobre sua terminalidade (Ariès, 2014; Rodrigues, 2006).

A ciência preocupada em cultuar as suas técnicas, priva os enfermos de morrerem com dignidade, isto é, como seres falantes que podem opinar sobre o fim de suas vidas (Mannoni, 1995). Diante disso, Ariès (2003) discute qual seria a verdadeira morte: aquela em que se perdeu a consciência ou aquela em que se perdeu a respiração? Podemos pensar, conforme o referido autor, que a morte, atualmente, foi parcelada em pequenas etapas, cujo anúncio final se dá com o desligamento dos aparelhos.

De certa maneira, a morte se converteu em uma espécie de responsabilidade técnica que nada tem a ver com o andamento autônomo do organismo (Rodrigues, 2006). Ela deixa de ser um fenômeno natural e passa a ser considerada um fracasso tecnológico, “um *business lost* [negócio perdido]” (Ariès, 2003, p. 298; 2014, p. 791). Isto é, a morte é vista como um sinal de impotência ou de imperícia, um acidente de percurso e, portanto, deve ser esquecida pelos atores que constituem esse cenário (equipe de saúde e família) para não atrapalhar a vida social e a rotina hospitalar.

Nesse panorama, a morte é denominada pelo autor como “morte moderna”², pois ela passa a ser silenciada, medicalizada e institucionalizada sob novos códigos e formas de relação. Ela também ganha novas classificações e tipologias: a morte cerebral e a morte cardiorrespiratória. Os antigos sinais, como a parada do coração e da respiração – hoje nomeada como parada cardiorrespiratória –, já não bastam para constatar o óbito, como discutiremos mais adiante.

A presença da morte no hospital geral tem provocado tanto incômodo que hoje se pensa, em certos países, em reservar um hospital especializado em morte: os *hospices*. Assim, com o *hospice* se evitaria os ‘inconvenientes’ no hospital geral. Segundo Ariès (2014), este novo modelo é chamado de “morte contemporânea”. Nele, a problemática da morte também é afastada da circulação social, sendo reforçado o seu caráter de presença incômoda, visto que só é permitido falar sobre a morte e o morrer entre os enlutados.

Atualmente, segundo Pitta (1990), falar sobre a morte constitui uma ousadia não admitida nas relações sociais. Não é de bom tom falar sobre a morte em ambientes públicos ou até mesmo em relações de amizade, já que nomeá-la provoca uma tensão emocional incompatível com a regularidade de uma vida cotidiana feliz. Assim, a morte provoca tamanho medo que não mais temos coragem de chamá-la por seu nome (Ariès 2014; Elias, 2001).

Tal interdito pode ser notado tanto no contexto social como nas instituições médicas (conforme discutiremos no próximo capítulo). Podemos observar o fato de as pessoas não pronunciarem a palavra câncer, pois o dito atrairia no imaginário social a morte real. Ariès (2003) ressalta essa equivalência da palavra câncer à palavra morte:

É preciso que a doença seja incurável (ou que tenha fama de sê-lo) para que, assim, deixe transparecer a morte e lhe dê seu nome. A angústia que libera, então, leva a sociedade a multiplicar apressadamente as habituais senhas de silêncio, a fim de reduzir esse caso demasiado dramático à regra banal das “saídas francesas” (Ariès, 2003, p. 239).

² O termo “morte moderna” será utilizado ao longo desta dissertação sempre que fizermos referência à morte medicalizada e institucionalizada que se inscreveu na modernidade.

Gonçalves (2012) exemplifica que, diante da dificuldade de pronunciar a palavra câncer/morte, o sujeito silencia ou diz “‘aquela doença’, ‘aquilo’, ‘isso que eu tenho’, ‘ele’ etc.” (p. 229). O documentário *The C. Word*, cuja tradução significa “A palavra Câncer”, retrata, no título, esta interdição, visto que a palavra Câncer é exposta apenas com a letra C. Nas primeiras cenas do documentário, o narrador comenta: “Essa é uma palavra que ninguém quer ouvir [...] o câncer é uma sentença de morte” (O’Hara, 2016).

Deste modo, no âmbito social, o pronunciamento da morte se torna algo que passa a ser evitado. Isso repercute na relação das pessoas frente à iminência de perda de um ente querido. Tanto o moribundo quanto seus parentes devem fingir indiferença diante da possibilidade de morte.

As pessoas que cercam o enfermo, de um modo geral, tendem a poupá-lo e a ocultar a gravidade do seu estado quando este ainda se encontra consciente. É dever do médico e da família dissimular a um doente a gravidade de seu estado clínico. Além disso, existe uma certa cumplicidade entre amigos e familiares que, por amarem o moribundo e não querendo vê-lo sofrer, não lhe falam sobre a proximidade de sua morte.

Na verdade, o que menos importa nessas situações é se o doente sabe ou não da doença que o acomete. Ariès (2003) enfatiza que o que está em jogo nessas ocasiões é apenas uma formalidade, uma vez que, caso o doente saiba da gravidade do seu quadro, este deve ter a elegância e a coragem de ser discreto, do contrário ele corre o risco de criar situações de “embaraço” para a equipe e para sua família, com um excesso de emoção do qual nem a equipe nem a família saberão lidar. E ainda pode sofrer as represálias que os padrões de relacionamento social-hospital-paciente comportam.

Então, espera-se que o doente comporte-se de modo que a equipe do hospital e sua família possam esquecer que ele sabe de sua gravidade. Assim, a comunicação entre eles fluirá como se a morte não rondasse a sua volta. O enfermo, portanto, deve ao mesmo tempo não expor seus medos e sofrimentos diante de sua morte e colaborar gentilmente com a equipe médica do hospital. E a família deve continuar sem descanso a sua vida social e de lazer, como discutiremos no tópico sobre o luto na contemporaneidade.

Também não se fala mais da morte na presença das crianças. A morte e os mortos são sistematicamente ocultos das crianças, que são afastadas da condição

de finitude do ser (Caputo *et al.*, 2016; Ariès, 2014). Podemos observar este fato na transmissão de notícias sobre a iminência de morte de um ente querido. Se antes elas participavam das despedidas de seus parentes, acompanhando o enfermo em seu leito de morte, hoje, quando não veem mais o seu parente enfermo e questionam a sua ausência, lhe dizem que “criança não precisa saber dessas coisas de adultos”. E quando este familiar morre, dizem que “‘Ele foi fazer uma viagem muito longa’; ‘Papai do Céu levou’” (Soares & Mautoni, 2013, p. 15). Ou ainda, “‘está descansando em outro lugar’; ‘saiu e vai demorar a voltar...’” (Rodrigues, 2006, p. 165).

Ariès (2003) enfatiza que a morte tornou-se o grande tabu social, tendo substituído o sexo como o principal interdito da cultura: “Quanto mais a sociedade relaxava seus cerceamentos vitorianos ao sexo, mais rejeitava as coisas da morte” (p. 89). Um exemplo clássico disso é o modo como falamos sobre o sexo e sobre a morte com as crianças. Se, antes, elas ouviam que nasciam através das cegonhas, mas assistiam a grandes cenas de despedida na cabeceira do enfermo, hoje as crianças sabem tudo acerca da fisiologia sexual, mas escutam estórias como as referidas acima. Portanto, se outrora a palavra sexo não deveria ser pronunciada em público, atualmente o grande tabu é a morte.

2.3 A banalização da morte

Ao mesmo tempo em que a morte é um tabu, ela se mostra escancarada nos meios de comunicação de massa, como, por exemplo, na internet, no rádio, na televisão, nos jornais, nas revistas etc. Desse modo, alguns autores (Reis, Quintana & Farias, 2016; Lima, 2007; Ariès, 2003) afirmam que existe uma coexistência de duas representações sociais da morte: uma que não permite um espaço de elaboração da própria finitude, e outra em que a morte do outro fascina cada vez mais. Ou seja, por um lado a morte é vista como um interdito; por outro, ela é escancarada.

A morte escancarada diz respeito a uma banalização tanto da morte como da violência na cultura, uma vez que ela promove um espetáculo e se torna um objeto a ser consumido. Esta banalização se caracteriza pela presença da morte nas mídias e redes sociais através de corpos mutilados, acidentes trágicos e repentinos, mortes violentas, feminicídios, chacinas, suicídios, desaparecimentos

de corpos, assim como da angústia dos familiares ao saberem da tragédia ocorrida (Caputo *et al.*, 2016).

A mídia e as redes sociais, cada vez mais, expõem estas imagens de morte, violência e dor acompanhadas de textos superficiais com rápidas expressões emocionais e seguidas por amenidades ou propagandas. Kovács (2012) afirma que as pessoas podem ser consumidoras dessas imagens de violência, de morte e de sofrimentos, imagens estas que as conduzem para a ideia da morte como um evento banal, cotidiano, comum e impessoal.

Diante disso, Reis *et al.* (2016) afirmam que, apesar da morte ser também considerada escancarada, ela apresenta uma imagem distanciada, “o que dificulta qualquer movimento identificatório, podendo resultar em uma desafetação, em uma anestesia diante da morte” (p. 121). Ou seja, nesse viés, a morte é apenas falada de modo midiático, em uma cena de espetáculo, sem qualquer afetação dos sujeitos.

Caputo *et al.* (2016) corroboram que esse não envolvimento emocional justifica o desdém com que as pessoas recebem, visualizam e enviam fotos e vídeos de pessoas mortas através dos meios de comunicação. Esse desdém contribui, também, para uma insensibilidade, um anestesiamiento do sujeito no que tange à questão da morte, visto que esta é tratada apenas como um objeto de consumo.

Neste contexto, o outro que morre não é tratado como de fato sendo um outro. Ele não possui uma identidade com traços de personalidade que caracterizam o conjunto particular de uma pessoa. A morte do outro desconhecido constitui apenas um objeto de espetacularização a ser consumido pelo público, cujo repertório primordial manifesta a intenção de chocar, de atizar a curiosidade, mas sem envolver as pessoas.

Em *A sociedade do espetáculo*, Debord (1997) constata que “o espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens” (p. 14). Nas relações atuais, as imagens do outro morto são tratadas como mero objeto. Isto compõe um traço importante na cultura contemporânea, dado que, na atualidade, o sujeito não se relaciona com outros sujeitos, e sim com objetos. O outro só serve, só é “útil”, na medida em que traz benefícios para o eu (Fortes, 2012).

Nesse viés, a morte e o sofrimento diante da perda divulgados na mídia se tornam um espetáculo, cujo intuito não é a empatia pela dor do outro. Na verdade, essas divulgações têm como objetivo elevar os índices de audiência para quem disseminou as imagens, gerando capital e poder.

Bauman (2008), em *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*, retrata que os vínculos humanos da contemporaneidade se fundamentam no modelo de consumo. Se as pessoas e os objetos não produzem a satisfação desejada para o sujeito, eles são rejeitados e substituídos. Portanto, existe uma certa descartabilidade na relação com os objetos e com as pessoas: quando estes não favorecem mais o sujeito, eles são substituídos por outros objetos e outras pessoas. Tal contexto colabora para um enfraquecimento dos laços sociais, visto que eles podem ser alterados sempre que necessário.

No que tange às notícias de morte, podemos verificar isto através de um simples exemplo: a morte anunciada nos telejornais hoje não pode ser referida novamente na próxima semana, pois se trata de uma notícia ultrapassada, que não proporcionará índices de audiência para quem divulgou.

Portanto, se não causa mais audiência, a notícia não tem mais importância. Em consonância com o espetáculo da morte a favor do capitalismo, o sujeito contemporâneo visa ao olhar, ao espetáculo, a uma exaltação de si e/ou do seu trabalho através das divulgações das imagens catastróficas, gerando elevados índices de audiência, conforme comentamos, ou meros “likes” nas redes sociais.

Debord (1997) afirma que, na sociedade do espetáculo, o indivíduo precisa, incessantemente, do olhar do outro. Lasch (1983), em *A cultura do narcisismo*, corrobora que, em uma cultura narcísica, as pessoas precisam desse olhar do outro para validar a sua autoestima. O sujeito na contemporaneidade “não consegue viver sem uma audiência que o admire” (p. 30). Ou seja, o sujeito tem que refletir nas atenções das outras pessoas, nem que para isso divulgue cenas de tragédias.

Por esta razão, podemos questionar se de fato existem duas representações acerca da morte, uma vez que tanto no tabu da morte quanto na sua banalização as pessoas são afastadas das questões relativas à finitude (Caputo *et al.*, 2016). Na interdição, elas se comportam como se a morte não existisse e, na banalização, elas agem levando em conta que se morre, mas quem morre é o outro desconhecido, sendo este apenas um objeto de consumo.

2.4 A morte nas entrelinhas: os ideais da cultura

Na atualidade, prevalece uma cultura hedonista, cuja regra se fundamenta no prazer incessante, na felicidade. O hedonismo da atualidade é herdeiro do utilitarismo. Este último tem como intuito criar condições econômicas que possibilitem a máxima felicidade para todos. Assim, a cultura hodierna é pautada no ideal de consumo e bem-estar, em que o reconhecimento social está fortemente associado à ideia de sucesso, riqueza e felicidade (Fortes, 2012).

A sociedade instiga a “obrigação de ser feliz” (Edler, 2015; Fortes, 2012; Silvestre, 1999), sendo assim, o sujeito tende a exibir uma imagem positiva, jovem, forte, antenada, que consegue lidar com os acontecimentos da vida e supera os obstáculos com facilidade. O valor do sujeito está no que ele aparenta ser e ter. Para isso, ele necessita, a todo custo, apresentar uma performance contínua de beleza e felicidade (Reis *et al.*, 2016; Debord, 1997).

Neste viés, o corpo aparece como o bem mais precioso, pois ele ocupa um lugar central no contato com o mundo e é através dele que é possível visualizar o belo e o bem-estar. Estes, por sua vez, são sinônimos de felicidade, valor este altamente cultuado em nossa sociedade. Portanto, a cultura contemporânea passa a endossar os padrões de juventude, beleza e saúde como uma performance social ideal. Assim, os sujeitos são impulsionados a obter esses padrões (que parecem atingíveis) através de um corpo ideal (Reis *et al.*, 2016; Birman, 2012).

Moretto (2019b) corrobora que “as transformações de nossa cultura deslocaram a felicidade do campo do sonho para o campo do ideal” (p. 31). Hoje, a felicidade, a juventude e a beleza adquirem para o sujeito o *status* de imperativo: “no lugar de ‘o ideal é que você seja...’, ele passa a ler: ‘Seja...você tem que ser’” (*Ibidem*). Estes imperativos da cultura produzem uma submissão alienada do sujeito, visto que há uma falta de reflexão e crítica em relação aos mesmos. E, por sua vez, são eles que indicam o valor, o norte e a organização na vida das pessoas, influenciando na constituição de suas subjetividades. Lembrando que a subjetividade representa o modo de ser e estar no mundo produzido pela cultura, podendo sofrer mudanças ao longo do tempo (Iensen, 2016).

Tendo em vista esses imperativos da cultura, o corpo – o principal meio para obter essa performance – precisa ser ajustado, modificado e melhorado para se adaptar a esse ideal (Reis *et al.*, 2016; Dantas, 2011). Esse ideal, que nem

sempre é uma imagem real, pode decorrer dos efeitos tecnológicos. Mas, independentemente disso, os cuidados com o corpo para alcançar tal ideal devem ser praticados como uma “obrigação” diária, caso contrário, podem gerar um sentimento de culpa naqueles que não conseguem realizá-los.

Os meios de comunicação propagam que toda imperfeição decorre de uma negligência pessoal, pois todos são capazes de alcançar o padrão de beleza e felicidade, desde que tenham disciplina, força de vontade e sigam as dicas dos *experts*. Como efeito, produzem fármacos, alimentos, espaços para exercícios e, sobretudo, serviços médicos com o propósito de combater as evidências do tempo e da morte.

Nesse viés, Rodrigues (2006) ressalta que, corretiva ou preventivamente, a medicina invade nossas vidas. Os profissionais de manutenção da saúde e de gestão do corpo nos ordenam cada dia mais o que fazer, o que comer e quanto dormir. Eles permitem e estimulam tratamentos milagrosos, com remédios que estimulam o emagrecimento, que tranquilizam, que fortificam o apetite sexual, que recuperam o esforço despendido no trabalho, que produzem beleza e que propiciam felicidade.

Nesse cenário, o envelhecimento, o adoecimento e a morte são encarados pela sociedade com horror e pânico. Eles são, cada vez menos, vistos como algo inerente à vida e, cada vez mais, são encarados como uma probabilidade que tende a diminuir na medida em que controlamos os fatores aleatórios. Isto é, “se eu fizer ginástica, *check-up* médico, observar as regras de segurança etc., reduziarei minhas possibilidades de morrer” (Rodrigues, 2006, p. 28).

Moretto (2019b) afirma que, em uma cultura no qual as subjetividades se organizam sob os pilares dos ideais de sucesso, o adoecimento que leva à morte perde a dimensão de possibilidade lógica inerente à transitoriedade da vida e ganha aspectos de um estatuto de fracasso pessoal. Ou seja, se elas adoeceram é porque desobedeceram aos imperativos de sucesso; por esta razão, devem ser culpabilizadas por não evitarem tal situação.

Sendo assim, a principal queixa do sujeito diante de um adoecimento é que algo saiu da ordem prevista, planejada e que entrou em sua vida distanciando-o de seus ideais. O sujeito, atravessado pelo imprevisto, narra a sua experiência como um fracasso pessoal, enunciando sentimentos de impotência, culpa e vergonha,

como se ele mesmo, ao adoecer, desobedecesse aos imperativos de sucesso, sendo, portanto, o responsável pelo seu fracasso (Moretto, 2019b).

Há, desse modo, uma engrenagem social que reforça os sujeitos a negarem a existência da terminalidade, uma vez que, nesses ditames, “a morte é processada subjetivamente como uma falha técnica, ou como uma espécie de punição por uma vida desregrada, em vez de poder ser reconhecida enquanto uma etapa natural da vida” (Reis *et al.*, 2016, p. 122).

Podemos notar que essa manutenção da eterna juventude é uma reconfiguração de uma fantasia de imortalidade. Esta é reforçada pelos preceitos que a sociedade contemporânea impõe. Portanto, tal movimento, na atualidade, tem como intuito protelar a velhice para adiar o confronto com a morte, visto que “há uma forte associação entre o envelhecimento e a morte, de forma incisiva na sociedade e na cultura” (Reis *et al.*, 2016, p. 120).

Contudo, observamos que, atualmente, há uma exacerbação dessas regras, gerando uma preocupação excessiva com a beleza, a juventude e a saúde. Tais preocupações modificam a relação que o sujeito estabelece com a vida, com o sofrimento, com a morte e consigo mesmo, uma vez que “há um corpo excessivamente investido que, no entanto, é regido por regras externas e deixa de ser escutado conforme a sua singularidade” (Reis *et al.*, 2016, p. 119).

Moretto (2019b) salienta que, “ali onde os ideais da cultura passam pelo não envelhecimento, o corpo é a prova viva da passagem do tempo” (p. 134). Freud, em 1930, no texto “O mal-estar na civilização”, já apontava que uma das principais fontes de sofrimento do ser humano seria lidar com a decadência e a dissolução do nosso corpo.

A experiência do envelhecimento e do adoecimento, tanto no sujeito adoecido como na sua família, atualiza a experiência de perda. É através do corpo adoecido que constatamos a experiência do limite, da finitude e da precariedade da vida. Estas exigem um trabalho de elaboração de lutos que costumam ser difíceis. Ainda mais em se tratando de uma sociedade na qual a felicidade é altamente cultuada e a tristeza deve ser evitada sempre que possível.

Neste contexto, entrar em contato com a terminalidade é uma experiência que deixa marcas e a principal delas é a constatação de que “morrer é possível” (Moretto, 2019a, p. 60). Portanto, a lembrança da condição humana em sua finitude que é habitualmente negada – não sem motivo, como discutiremos no

capítulo “A morte e o luto em Psicanálise” –, quando não abordada devidamente, dificulta o processo subjetivo em relação à morte e, conseqüentemente, em relação à perda (Moretto, 2019b).

Diante disso, podemos indagar: para onde vão os processos singulares em relação àquilo que lhes é inerente: a vida, as perdas e a morte? Como o processo de luto é tratado na atualidade?

2.5 O luto na contemporaneidade

A partir do século XX, modificaram-se completamente as práticas de descarregamento de lágrimas e lacerações: antes compartilhadas pelo coletivo, passaram ao vazio individual (Rodrigues, 2006). As transformações sociais, econômicas e culturais que vivenciamos e descrevemos acima nos laçam a um novo código, onde não há tempo para a elaboração do luto, trazendo implicações no processo de subjetivação. A sociedade contemporânea não tolera longos períodos de manifestação da dor ocasionada pela morte de um ente querido e, conseqüentemente, não concede tempo ou abertura para a elaboração do luto. O que a pessoa enlutada mais escuta é: “A vida contínua” (Soares & Mautoni, 2013, p. 16).

Ressaltamos, anteriormente, que uma sociedade que estima a juventude e a felicidade tende a excluir as manifestações de dor e tristeza, principalmente quando essas emoções são muito intensas e de difícil manejo. Desta forma, o meio social requer que o enlutado lide com a perda de modo contido e manifeste força e controle sobre suas emoções, para que as demais pessoas não se sintam constrangidas, sem saber o que fazer diante de tal situação. Portanto, segundo Ariès (2014), a regra atual adotada em quase todo Ocidente é a de não manifestar a dor da saudade em público. Isto é, o consenso exige que se esconda aquilo que outrora era manifestado.

Rodrigues (2006) salienta que a expressão de dor ante a perda de um ente querido foi proibida; “o luto foi abandonado à iniciativa individual e considerado quase uma agressão contra a comunidade” (p. 164). Gradualmente, passa a ser de bom tom guardar o luto como um segredo. Assim, ele torna-se, cada vez mais, assunto de um número pequeno de pessoas, ou seja, dos parentes mais próximos.

Essas interferências sofridas no processo do luto tendem a modificar a forma de agir do enlutado (Reis *et al.*, 2016). Este deve agir de forma discreta,

como se a dor diante da perda não existisse. A dor do luto pode ser considerada apenas como algum desabafo, contando que ela permaneça em segredo.

Podemos observar, deste modo, que o luto se tornou tão obscuro quanto a morte, visto que ele ocasiona situações de constrangimento para os enlutados e para as demais pessoas. O luto também se transformou em um tabu. Segundo Ariès (2014), o luto se torna, nos dias de hoje, algo vergonhoso, solitário, impessoal e frio; em vez de permitir ao homem expressar o que sente diante da morte, ele o impede.

Sendo assim, todos os rituais do luto, cujo propósito era o compartilhamento da dor no âmbito social, foram apagados para não se perturbar as outras pessoas com assuntos inconvenientes. As condolências, as visitas e as últimas homenagens desaparecerão (Ariès, 2014; Rodrigues, 2006). As famílias solicitarão que não se façam mais visitas e nem enviem flores, pois os enlutados desejam que as pessoas não pensem por muito tempo que uma morte aconteceu (Rodrigues, 2006). Atrelado a isso, outras manifestações tradicionais – como, por exemplo, interrupção do trabalho, fechamento de lojas, permanência em casa por alguns dias – passam a ser malvistas pela sociedade (Zadhaift, 1990). Nem se usam mais roupas escuras, “não se adota mais uma aparência diferente daquela de todos os dias” (Ariès, 2003, p. 87). A regra da nossa sociedade é a da neutralização dos ritos e a da ocultação de tudo que diga respeito à morte.

Para Silva (2015), “se, por um lado, ficamos livres da obrigação que nem sempre correspondia ao afeto interno” (p. 10), por outro, ficamos impossibilitados de expressar a nossa singularidade no que tange à perda de alguém querido. O desaparecimento dos rituais do luto está associado a esta apologia dos novos códigos sociais nos quais fomos lançados: a felicidade e a juventude, como discutimos anteriormente. Nestes novos códigos, não existe espaço para o sofrimento; portanto, não há lugar para o luto. Só é permitido chorar quando ninguém vê ou escuta. Fomos obrigados a nos render a esses novos códigos, os quais têm, como primazia, a recusa do luto.

Para isso, na contemporaneidade há uma tentativa de extinguir qualquer possibilidade de sofrimento de maneira rápida (Reis *et al.*, 2016). Tais medidas pretendem que o sujeito não sinta a sua dor e, principalmente, que ele não a externalize. Nesse viés, o discurso medicalizante assume uma posição central e um espaço privilegiado no combate ao sofrimento e ao luto.

O emprego da medicalização visa a uma assepsia da dor, cujo principal objetivo seria silenciar as manifestações do sujeito em lugar de escutar e cuidar do sofrimento. Desta forma, mantém-se a passividade, impedindo, inclusive, a possibilidade de expressão do sofrimento. Portanto, o discurso da ciência, por meio de prescrições de medicamentos para a tristeza, funciona como uma forma de silenciamento do sujeito. Reduz o sujeito a uma sintomatologia, ou seja, avalia os sintomas e desconsidera a subjetividade (Reis *et al.*, 2016; Leite, 2011; Peres, 2010).

Logo, quaisquer expressões de sofrimento e de tristeza passam a ser quantificadas e medicadas, apontam-se resultados, sejam eles saudáveis ou patológicos, e os ‘sintomas’ associados ao luto indicam que o mesmo é mais uma doença do que uma experiência vivenciada necessariamente por todos os seres humanos (Franco & Polido, 2014). Portanto, o luto passa ser encarado como doença, precisando, como qualquer doença, ser medicado.

A dor demasiadamente visível não inspira pena, mas repugnância (Ariès, 2003). E, como consequência disso, as lágrimas do luto viram crise de nervos. A tristeza do enlutado se transforma, então, em depressão, objeto de estudo da psiquiatria (Ariès, 2014; Rodrigues, 2006). Do enlutado, espera-se que seja capaz de exibir um semblante de serenidade, signo de equilíbrio emocional.

Esta concepção do luto como uma patologia pode ser confirmada na inserção das reações do luto na classificação internacional de doenças (CID 10), como transtorno de adaptação (F43.2), no qual se define:

Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivo, que entram usualmente o funcionamento e o desempenho sociais. Ocorrendo no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou acontecimento estressante. O fator de “stress” pode afetar a integridade do ambiente social do sujeito (luto, experiência de separação) [...] A predisposição e a vulnerabilidade individuais desempenham um papel importante na ocorrência e na sintomatologia de um transtorno de adaptação; admite-se, contudo, que o transtorno não teria ocorrido na ausência do fator de “stress” considerado. As manifestações, variáveis, compreendem: humor depressivo, ansiedade, inquietude, sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos ou continuar na situação atual, assim como certa alteração do desempenho cotidiano (OPAS/OMS, 2003, p. 40 e 41).

Nota-se que algumas sintomatologias, como variação do humor, sentimento de incapacidade de enfrentar, fazer projetos, alterações do desempenho, são descritas por Freud como luto normal, visto que o eu está envolvido com o trabalho de luto e não investe no mundo externo³.

No CID 11⁴, o luto aparece no sexto capítulo como “*Prolonged grief disorder*” (6B42). Nele, são discutidos os sintomas, assim como a persistência deles durante um longo período:

*Prolonged grief disorder is a disturbance in which, following the death of partner, parent, child, or other person close to the bereaved, there is persistent and pervasive grief response characterized by longing for the deceased or persistent preoccupation with the deceased accompanied by intense emotional pain (e.g. sadness, guilt, anger, denial, blame, difficulty accepting the death, feeling one has lost a part of one's self, an inability to experience positive mood, emotional numbness, difficulty in engaging with social or other activities). The grief response has persisted for an atypically long period of time following the loss (more than 6 months at a minimum) [...] The disturbance causes significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.*⁵ (ICD 11, 2019).

Já o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua quinta edição (DSM V), dedica um capítulo inteiro ao diagnóstico de transtorno do luto complexo persistente. Neste capítulo, são abordados os critérios da doença, as suas características, a prevalência do gênero feminino e fatores de riscos ambientais, genéticos e fisiológicos.

Além disso, o manual diz que o humor deprimido e a perda de interesse ou prazer com duração de duas semanas ou mais são considerados como transtorno

³ Sobre as colocações de Freud, voltaremos a elas de modo mais detido no terceiro capítulo.

⁴ O documento foi disponibilizado no dia 18/06/2018, no site das Nações Unidas (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314>), como uma pré-visualização para que os países possam planejar seu uso, preparar traduções e treinar profissionais de saúde. O CID-11 foi apresentado oficialmente em maio de 2019, durante a Assembleia Mundial da Saúde. A previsão é que este documento entre em vigor no dia 1º de janeiro de 2022.

⁵ Tradução livre: “O transtorno de luto prolongado é um distúrbio no qual, após a morte de parceiro, pai, filho ou outra pessoa próxima ao enlutado, há uma resposta persistente e generalizada de resposta ao luto, caracterizada pelo anseio ou pela preocupação persistente com o falecido, acompanhado por intensa dor emocional (por exemplo, tristeza, culpa, raiva, negação, dificuldade em aceitar a morte, sentir que alguém perdeu parte de si mesmo, incapacidade de experimentar um humor positivo, dormência emocional, dificuldade em se envolver com atividades sociais ou outras). A resposta ao luto persistiu por um período atipicamente longo após a perda (mais de 6 meses no mínimo) [...] O transtorno do luto causa prejuízo significativo nas áreas pessoal, familiar, social, educacional, ocupacional ou em outras áreas importantes do funcionamento.”

depressivo maior. Ainda acrescenta, em relação ao luto, que: “A depressão relacionada ao luto tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades a transtornos depressivos, e a recuperação pode ser facilitada pelo tratamento com antidepressivos” (American Psychiatric Association, 2014, p. 155).

Rocha (n.d.) assinala que as ciências médicas tratam as emoções como se fossem doenças. Assim, os anestésicos das emoções são prescritos para todos os males. Dessa forma, o autor afirma que não há mais espaço para o luto, pois acredita que, com a medicação, o sujeito não sentirá o peso da perda, como se fosse possível não sentir angústia, tristeza e medo.

Peres (2010) sinaliza que o método mais tosco e, ao mesmo tempo, mais eficaz para produzir uma alteração anímica é pela intoxicação de substâncias que determinam a produção de prazer. Ideia esta que podemos associar com o pensamento de Freud em “O mal-estar na civilização”, de 1930. O autor diz que, para suportar os sofrimentos, as decepções da vida, o homem faz uso de medidas paliativas, sendo uma delas o uso de substâncias químicas que alteram o corpo, tornando o sujeito insensível ao sofrimento. Sendo assim, o sujeito busca nas substâncias a felicidade e o afastamento das misérias humanas.

No entanto, em uma cultura fortemente narcísica e capitalista, cujos pilares são a juventude e a felicidade, o uso dessa medida paliativa é altamente exaltado. Consentir tempo para sofrer é algo que não convém, ainda mais quando se promove a equivalência “*time is money*” (Edler, 2015). A expressão do sofrimento, além de “atrapalhar o trabalho e a equação da funcionalidade que rege o curso dos acontecimentos, é considerada desagradável ao convívio social” (Saroldi, 2017, p. 150). Segundo a autora, os psiquiatras fomentam o uso de neurolépticos, ansiolíticos ou antidepressivos nos casos de luto, prestando, desse modo, um grande serviço à cultura da produtividade e da performance.

O sujeito diante da perda de um ente querido não deve parar as suas atividades profissionais e de lazer. Atividades estas impostas no mundo de hoje e que ocupam todo o tempo do sujeito. A vida cotidiana é preenchida com várias atividades, exigindo do sujeito uma organização rígida em relação ao uso do tempo. No fundo, trata-se de inúmeras exigências e distrações para que não se tolere o estado de luto como normal e necessário (Saroldi, 2017).

As pressões familiares, da vida social e do trabalho retiram do sujeito o direito ao luto. O excesso de atividades surge como uma maneira de impossibilitar

o sujeito de refletir, lembrar e vivenciar as suas experiências de dor, sofrimento e angústia (Mendes, Viana & Bara, 2014). Ou seja, “é preciso agir constantemente e o luto exige concentração em si mesmo” (Saroldi, 2017, p. 150).

Hoje, o lema é “não devemos perder nada” (Saroldi, 2017, p. 146), nem mesmo o tempo. Concentrar-se na própria dor leva um certo tempo, o que hoje não é permitido. Ariès (2003) enfatiza que o luto não é mais um tempo necessário e cujo respeito a sociedade impõe. O processo de luto deve ser tratado, abreviado e, sempre que possível, apagado.

Para isso, o luto ganha certo tempo cronológico, o qual pode ser muito pequeno em alguns países. Por exemplo, nos Estados Unidos, são fabricados doutores do luto (*doctors of grief*), “cuja função é ajudar as famílias enlutadas... pelo tempo de um enterro” (Mannoni, 1995, p. 49), pois para além dos funerais, o tempo do luto é considerado patológico.

Alguns autores, como Kluber-Ross (2008), defendem a cronologia do luto em fases (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação), em que o sujeito vivencia cada fase até chegar à fase de aceitação. Franco (2010) aponta que esse modelo de fases encontra respaldo na ideia de que existem modos bons e maus de vivenciar o luto, sem considerar a singularidade e o tempo de cada sujeito para elaborar o seu luto.

Podemos notar que tudo que diz respeito à dor do luto – como, por exemplo, as lágrimas, a tristeza, o grito e o tempo de elaboração – passa a ser quantificado pela ciência, cujo intuito, muitas vezes, é silenciar o sujeito diante da sua dor. O banimento da dor ocorre concomitantemente ao banimento da morte (Rodrigues, 2006). E o luto sofre uma interdição como consequência do tabu da morte.

Franco e Polido (2014) afirmam que: “nós não só morremos de acordo com o modelo médico da doença e da morte, como também ficamos enlutados segundo esse mesmo modelo” (p. 3). Portanto, testemunhamos que o luto, assim como a morte, é também medicalizado e, conseqüentemente, silenciado. Veremos no próximo capítulo que esta interdição também está presente, diretamente, na atuação dos profissionais de saúde dentro do contexto hospitalar.

3 Questões sobre a morte no campo médico e hospitalar

“Aprendi muitas coisas na faculdade de medicina.

Mortalidade não foi uma delas”

(Gawande, 2015, p. 11).⁶

3.1 O médico e a morte

A partir do século XIX, o corpo passa a ser visto por meio da anatomia clínica, surgem as classificações das doenças e estas passam a ser catalogadas sob a forma de sintomas. Desta maneira, instaura-se uma nova maneira de conceber o indivíduo e a relação com suas doenças, através da racionalidade médica pautada no mecanismo fisiológico. O homem passa a ser considerado “receptáculo” de doenças, sendo que estas são estudadas por meio de um corpo morto (necropsia). Esses estudos possibilitaram o pensamento de que a doença leva à morte. Assim, as descobertas da microbiologia, aliada aos avanços tecnológicos, transformam a doença em uma entidade que deve ser combatida e vencida a qualquer custo (Foucault, 2018; Silva & Ayres, 2010). Por este viés, o médico é instruído a focar a sua atenção nas doenças, dando menos importância aos aspectos subjetivos do paciente, fazendo com que o sujeito doente seja visto “apenas como o portador de uma doença” (Melo & Silva, 2012).

Podemos verificar tal fato também, por exemplo, na construção de um diagnóstico médico. A posição do médico face ao doente é a de representante de um saber sobre sua doença, de tal modo que seu trabalho consiste em transformar os ditos do paciente em signos médicos, ou seja, sinais e sintomas de uma doença (Moretto, 2001). Dessa forma, o médico exclui o doente de sua posição subjetiva, a fim de efetuar um diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Nessa linha de pensamento, o médico objetiva a cura da enfermidade que acomete o paciente. O modelo curativo a todo custo, vigente atualmente, fomenta de certo modo uma negação da morte. Observamos que as intervenções e tratamentos que não somam benefícios substanciais ao paciente em fase final de

⁶ Relato do médico cirurgião Atul Gawande, em seu livro *Mortais*.

vida são utilizados, muitas vezes, como uma forma de não precisar falar da morte. Desse modo, o profissional tende a dirigir a sua atenção para os aparatos tecnológicos, para o seu saber técnico, já que o rosto de um ser humano em iminência de morte faz suscitar a sua própria mortalidade (Silva & Ayres, 2010).

Diante desse discurso vitalista, é comum o médico apresentar dificuldades, por exemplo, no trato com pacientes vítimas de suicídio que sobreviveram a suas tentativas ou com pacientes que não buscam tratamento quando poderiam ser mais bem ajudados. Neste último caso, o argumento mais utilizado pelo profissional é: ‘Não há mais nada a fazer pelo paciente’. Tal argumento revela, na verdade, uma defesa, pois um paciente gravemente enfermo lembra ao médico a sua impotência, o limite de sua atuação. Diante dessas situações, o mais comum é o médico se afastar desses pacientes, visto que eles também suscitam a finitude humana e desafiam o discurso biomédico, que tem como primazia a vida, a cura das doenças (Zaidhaft, 1990).

Assim, o mais difícil para os médicos é acompanhar o paciente vivo que irá morrer. É muito comum o profissional se afastar do paciente ainda vivo por pressupor, em sua mente, que o paciente está morto, antes mesmo de sua morte real. O não interagir com o paciente em fase final de vida significa, para o médico, que não há mais um ser vivo, mas sim um quase morto. Tal perspectiva gera um sentimento de fracasso, de impotência e de culpa nos médicos por não serem capazes de curar o paciente (Zaidhaft, 1990). Diversos autores apontam esse sentimento de fracasso e impotência experimentado pelos médicos diante da morte de um paciente (Ariès, 2014; Mello & Silva, 2012; Azeredo, Rocha & Carvalho, 2011; Zaidhaft, 1990).

Por esta razão, transmitir a notícia da gravidade do quadro clínico se torna uma tarefa árdua para o médico, pois falar sobre a morte para o paciente e seus familiares é levar o médico a se deparar com os sentimentos de impotência e fracasso. Diante disso, alguns profissionais resistem em informar ao paciente e/ou à família sobre a gravidade do quadro clínico. Ou, então, empregam termos técnicos incompreensíveis durante a comunicação com o paciente e/ou familiares. Nota-se, nesse último caso, que o saber científico comparece como uma defesa para encobrir a angústia da morte (Marta, Marta, Andrea Filho & Job, 2009).

No entanto, cabe ressaltar que, de acordo com o *Código de Ética Médica*, está vedado ao médico:

Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe *dano*, devendo, nesse caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal. (*Código de Ética Médica*, cap. V, art. 34, 2010, grifo meu).

Se a área biomédica fomenta uma prática médica baseada na técnica, no racional e na cura, bem como um abandono dos aspectos psicossociais, emocionais, subjetivos no trato da doença, então de que forma são avaliados os possíveis danos provocados na comunicação direta com o paciente?

Para isso, criam-se protocolos, como o *Breaking Bad News* e o *Spikes*⁷, a fim de sistematizar o processo de comunicação entre médico, família e paciente. Nesses protocolos são sugeridas técnicas de abordagem, inclusive com frases predefinidas para auxiliar a relação médico-paciente-família. Observa-se que tais protocolos fomentam aspectos técnicos no trato interpessoal entre o médico, o paciente e a família (Monteiro, 2017).

Em virtude dessa realidade, busca-se, também, um resgate e uma valorização da humanização no âmbito da saúde. Sendo assim, ações governamentais elaboram políticas e programas voltados para a humanização, como, por exemplo, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH, 2001), posteriormente denominado Programa Nacional de Humanização – PNH. O objetivo desse programa é facilitar a comunicação entre os envolvidos, contemplando a subjetividade do paciente e seu familiar, aliada à qualidade do cuidado técnico.

Contudo, observamos que, na prática, os profissionais empregam, muitas vezes, medidas ditas “humanizadas” com o objetivo de “poupar”, “aliviar” o doente e seus parentes de más notícias, mesmo que estes demonstrem o desejo de saber sobre o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento. Pensa-se que o ocultamento da proximidade da morte favorece o bem-estar do paciente

⁷ Nesse protocolo, cada letra da palavra *Spikes* corresponde a uma etapa no processo de transmissão de notícias difíceis:

S – Setting Up the Interview: Planejar a entrevista.

P – Perception: Avaliar a percepção do paciente sobre o seu quadro clínico.

I – Invitation: Convidar o paciente para conversar.

K – Knowledge: Informar o paciente sobre seu quadro clínico.

E – Emotions: Abordar as emoções do paciente com respostas afetivas.

S – Strategy and Summary: Estratégias e resumo. (Baile *et al.*, 2000).

(Fukumitsu, 2018). Neste caso, tais medidas ditas “humanizadas” são utilizadas a fim de mascarar uma dificuldade do próprio médico de falar sobre o prognóstico ruim e a iminência de morte.

Monteiro (2017) salienta que a transmissão de notícias difíceis acarreta sentimentos de frustração, impotência, medo, desconforto, que são, normalmente, silenciados e pouco compartilhados entre os membros da equipe. A autora complementa que tal dificuldade inicia na formação médica, que em geral não trata da comunicação com o paciente e sua família.

3.1.1 A formação médica

A formação médica tem como ocupação principal ensinar a restabelecer a saúde dos enfermos, isto é, a cura das doenças. A definição da palavra medicina, que significa a arte de curar, já diz sobre o seu objetivo central (Zaidhaft, 1990). Silva e Ayres (2010) assinalam que a educação dos médicos tem como princípio uma espécie de “ditadura da vida”, pela qual os profissionais obstinados pela cura da doença lançam mão de uma “última medida terapêutica eficaz” para prolongar a vida. A educação médica, ao enfatizar a cura das doenças, exclui todo um diálogo acerca da morte em sua formação.

Evitar a face da morte, inclusive, é uma das primeiras estratégias que o médico aprende nas aulas de anatomia durante a sua formação (Silva & Ayres, 2010). O rosto do cadáver é encoberto a fim de que o estudante concentre a sua atenção no seu aprimoramento técnico. Nessas aulas – que, por sinal, são uma das primeiras disciplinas do curso de medicina –, o acadêmico é confrontado com a morte e com sua própria finitude, o que torna este contato com o cadáver inicialmente difícil. Mas, aos poucos, o cadáver se torna um objeto de conhecimento científico, permitindo ao aluno experimentar uma sensação de poder. Tendo em vista que o discurso da ciência delineia um modo de produção de verdade, o estudante de medicina passa a ser o detentor de um saber absoluto, o qual gera essa sensação de poder. Neste caso, Marta *et al.* (2009) comentam que essa busca do conhecimento e a objetividade científica têm como função encobrir a angústia diante da morte.

Outro modo de encobrir a angústia é não pronunciar as palavras morte e morrer em sua prática. Assim como na cultura contemporânea não se pronuncia a palavra morte, os estudantes aprendem com os profissionais de saúde a utilizar

eufemismos para evitar falar sobre a morte e o morrer. Entre os eufemismos mais usados, Menezes (2006) destaca: ‘está descendo a ladeira’, ‘está indo embora’, ‘vai receber alta celestial’, ‘não vai durar muito’, ‘não passa de hoje’, ‘está afundando’, ‘parou, tentaram reverter e não deu’, ‘paciente fim de linha’, ‘está no Centro de Transporte para o Infinito (CTI)’, ‘deu ruim’.

Portanto, a graduação de medicina é um período de ‘vacinação’ contra a angústia suscitada pela morte (Zaidhaft 1990). As primeiras vacinas ocorrem nas aulas de anatomia, com a dissecação dos cadáveres; posteriormente, com as necropsias na disciplina de Medicina Legal e Deontologia; por fim, no estágio nas Unidades de Terapia Intensiva, cujo objetivo é fazer com que o aluno, progressivamente, desenvolva as suas defesas contra a angústia da morte. Assim, as principais defesas na sua atuação médica seriam o distanciamento e a frieza com o paciente em iminência de morte (Marta *et al.*, 2009).

Este ocultamento da morte produz um estranhamento nos estudantes e permanece nos profissionais de saúde, quando se veem diante da impotência de suas técnicas para garantir a vida. Nessas circunstâncias, o médico se distancia do paciente e, conseqüentemente, dos cuidados que estão para além de técnicas que visam a cura da doença.

Tal pensamento promove, na formação médica, uma dicotomia entre competência e cuidado. Isto é, a competência atrelada à linguagem das ciências básicas, ao conhecimento, às habilidades médicas, à técnica. Já o cuidado se refere ao não-técnico, ou seja, os aspectos subjetivos dessa relação (Monteiro, 2017; Menezes, 2006). A medicina na cultura ocidental aceita e define essa dicotomia como essencial para o papel do futuro médico: este deve contemplar a competência em detrimento do cuidado (Menezes, 2006).

Essas questões acerca da formação do médico repercutem na relação do profissional com o paciente e a família. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), alguns desses pontos ficam mais evidentes, visto que, neste serviço, o médico trata de pacientes com quadros clínicos graves, muitos deles em estágio final de vida. Portanto, o limiar entre a vida e a morte, o recurso técnico, o convívio com a morte, a transmissão de notícias difíceis são situações que fazem parte do cotidiano dessa unidade.

3.2 A morte na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A morte no século XX passa a ser privativa aos hospitais; não se pode morrer fora da jurisdição médica. Essa transferência da morte para o hospital ocorre em função dos avanços tecnológicos para a manutenção da vida. Atualmente, com o progresso da ciência, tornou-se possível manter uma pessoa gravemente doente ou em estágio terminal indefinidamente viva, ligada a aparelhos de sustentação artificial da vida, como a ventilação mecânica (Diniz, 2006).

Dentro do hospital, o local que tem maiores recursos tecnológicos com o objetivo de sustentação da vida é a UTI. Historicamente, foi um serviço que surgiu entre 1946 e 1948, nos Estados Unidos, para o tratamento intensivo de pacientes acometidos pela poliomielite e dos soldados feridos na Segunda Guerra Mundial. Menezes (2006) afirma que a UTI tem como finalidade concentrar três componentes críticos: os doentes mais graves, o equipamento técnico mais sofisticado e a equipe com conhecimento técnico para lidar com os aparelhos e cuidar de pacientes graves.

Diante disso, segundo a referida autora, a UTI passa a ocupar uma posição hierárquica superior em relação aos outros serviços dentro do hospital, visto que a unidade passa uma ideia de essencial para a instituição devido aos seus recursos tecnológicos. Tal imagem reflete nos profissionais que lá trabalham. Menezes (2006) afirma que a bagagem de conhecimento técnico especializado, associada à modernidade e à sofisticada aparelhagem, produzem uma superioridade hierárquica dos profissionais intensivistas em relação aos demais profissionais que trabalham no hospital. Essa imagem é construída, também, por conta do intensivista possuir recursos técnicos para lidar com a morte.

Em consequência de tal imagem, quando os médicos de enfermarias solicitam vaga para algum paciente, dão a impressão de ‘estar pedindo um favor’ aos intensivistas. Menezes (2006) salienta que os profissionais de outros setores já se apresentam submissos ao saber e ao poder do intensivista, quando deles precisam. Além do mais, essa hierarquia já é construída institucionalmente, visto que os intensivistas, por lidarem com casos de maior gravidade, têm prioridade no acesso aos recursos materiais e tecnológicos dentro do hospital.

Se a UTI é um serviço que possui um maior recurso técnico e pessoal para salvar vidas, é também, paradoxalmente, o local onde ocorrem mais mortes. Segundo Sobrinho (2013), as taxas de mortalidade nas unidades são elevadas e

podem variar entre 20% e 50%, dependendo das características do serviço. Além do mais, Ismael (2004) aponta que, culturalmente, a UTI é conhecida como o local para morrer, denominada como o “corredor da morte”, devido à gravidade dos casos internados na unidade.

Diante desse panorama, os pacientes podem ser tratados com o mais inovador conhecimento tecnológico e biomédico, mas muitas vezes de maneira neutra em termos de sentimentos, podendo morrer em total isolamento. A presença de pessoas apreciadas pelo enfermo é, frequentemente, considerada inconveniente para o tratamento racional do paciente e para rotina da unidade. As emoções e sentimentos suscitados por esse encontro entre o(s) familiar(es) e o paciente gravemente enfermo podem atrapalhar o silêncio na unidade. Portanto, esses contatos são reduzidos ao horário de visitas ou impedidos sempre que possível (Elias, 2001).

A UTI é o cenário de melhor representatividade sobre a morte oculta, solitária, medicalizada e rotinizada, denominada como a “morte moderna” (Monteiro, 2017; Ariès, 2014). Na unidade, o indivíduo morre sozinho, isolado e conectado a tubos e aparelhos. A cultura da medicalização da morte, paradoxalmente, lança o ser humano em um dos maiores temores no século XXI, uma morte prolongada, à custa de muito sofrimento, e solitária no leito de uma UTI, com tubos e máquinas como companhias.

Portanto, a rotina na UTI tem o intuito de favorecer a maior eficácia técnica possível, de modo a silenciar qualquer expressão emocional de todos os participantes deste cenário – os pacientes, os familiares e os membros da equipe de saúde. Na atualidade, o paciente em fase terminal da vida é expropriado da própria morte em prol da competência e eficácia médica (Monteiro, 2017). Mannoni (1995) sinaliza que a ciência, preocupada em construir uma cultura de medicalização da morte, reprimiu a subjetividade dos pacientes, privando-os de uma morte com dignidade, isto é, como falantes.

Tais circunstâncias impedem o doente em fase final de vida de opinar sobre o seu tratamento e seus cuidados e, portanto, será outra pessoa quem decidirá sobre isto (Marta *et al.*, 2009). Sendo assim, alguns autores (Kovács, 2018; Monteiro, 2017; Sobrinho, 2013; Forte & Carvalho, 2012; Menezes, 2006) apontam a existência de modelos de atuação médica no processo de tomada de

decisão sobre o tratamento e os cuidados com o paciente, sobretudo nas UTI's. São eles: o modelo informativo, o modelo interpretativo e o modelo paternalista.

No modelo informativo, o médico informa ao paciente e/ou ao familiar um leque de possibilidades de tratamento que eles deverão escolher. Kovács (2018) diz que, neste modelo, o médico possui uma postura defensiva para evitar processos. No modelo interpretativo, o médico propõe decisões compartilhadas, mesclando as necessidades e expectativas do paciente e os tratamentos disponíveis. Tanto o modelo informativo como o modelo interpretativo não são muito presentes no Brasil.

Já o modelo paternalista é bastante enraizado em nossa cultura. É o médico, através de seu conhecimento técnico, que escolherá e decidirá o que, na concepção dele, será melhor para o paciente. Neste sentido, não há envolvimento do paciente e da família na tomada de qualquer decisão. O médico comunica a família e/ou o paciente sobre sua decisão. Este último quando possível, pois pode estar sedado e intubado. E, muitas vezes, esta decisão vem acompanhada de um 'consentimento informado', cuja assinatura é burocraticamente imposta ao familiar ou ao paciente.

Entretanto, atualmente inicia-se um novo movimento, pouco difundido, do qual a população e os profissionais não têm muito conhecimento. Esta nova proposta tem o objetivo de possibilitar outras formas de tomada de decisão por parte do paciente, como, por exemplo, as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), também chamadas de Testamento Vital. As diretivas antecipadas de vontade consistem na tomada de decisão do paciente sobre o seu final de vida. Para tal decisão, é necessário que o paciente esteja lúcido, orientado e consciente do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico. Recomenda-se que sejam registradas em cartório, mas é válido, também, apenas o registro em prontuário (Monteiro, 2017).

As diretivas antecipadas de vontade são legitimadas por meio da resolução do Conselho Federal de Medicina 1995/2012. Esta resolução determina que o médico respeite as manifestações de vontade do paciente expressas antecipadamente. O objetivo da resolução é dar ao paciente o poder de decisão sobre a sua vida, tendo o médico como condutor do processo terapêutico e não como senhor do destino dos seus pacientes.

(...) o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade (*Resolução do CFM n. 1.995/2012, Seção I, artigo 1*).

As diretivas antecipadas de vontade ainda preconizam:

Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade. Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico. (*Resolução do CFM n. 1.995/2012, Seção I, artigo 2*)

No entanto, para que o paciente possa manifestar como deseja conduzir os últimos momentos de sua vida, ele precisa que o médico forneça, previamente, informações sobre a evolução de sua doença e as possibilidades de cuidado no caso de tratamento refratário. Essas situações, como já mencionamos, frequentemente não acontecem. Em geral, o paciente encontra-se inconsciente e intubado, sem nenhuma possibilidade de opinar sobre o curso de seu tratamento. Além disso, os profissionais apresentam dificuldades na transmissão de notícias ruins tanto para os pacientes que ali se encontram conscientes, como para os familiares. Monteiro (2017) salienta que, na UTI, o que constantemente acontece é uma “conspiração do silêncio”, onde não se fala sobre o prognóstico ruim e nem na possibilidade de morte.

O tabu que envolve o tema da morte fragiliza os efeitos dessa resolução, visto que, além da dificuldade dos profissionais na transmissão de notícias ruins, os médicos têm receio de repercussões judiciais. Isso pode acontecer, por exemplo, quando as decisões do paciente nas diretivas antecipadas de vontade não coincidem com a decisão dos familiares. Nesta perspectiva, o médico, com medo de ações judiciais, ignora as diretivas antecipadas de vontade do paciente e segue o modelo paternalista (Monteiro, 2017).

Portanto, a interdição da morte nos dias atuais impõe um silêncio de qualquer expressão ou desejo do sujeito no final de vida. Prevalece, ainda, um modelo paternalista que prima pela competência médica em detrimento do doente.

3.2.1 Morte Encefálica (ME): a morte que salva vidas

Com o nascimento das UTI's, a definição sobre a morte para a medicina passa a ser questionada. Se, anteriormente, o critério para afirmar que uma pessoa estava morta era a cessação da respiração e a parada cardíaca, hoje, com os avanços tecnológicos, o critério da morte deixa de ser somente a parada cardiorrespiratória para incluir, também, a morte encefálica. Nessas circunstâncias, Zaidhaft (1990) afirma que a morte ganha uma nova nomeação: 'desligar os aparelhos'.

Os primeiros estudos sobre a morte encefálica (ME) foram datados em 1959 pelos médicos Mollaret e Goulon, que introduziram o termo *coma dépassé*, isto é, o coma irreversível. Esses pesquisadores descrevem a morte encefálica como uma situação em que o enfermo, em coma, mantém as funções cardiorrespiratórias através de suportes artificiais, como o respirador e algumas drogas (Lopes, Lima & Santoro, 2018). Portanto, a morte encefálica se caracteriza como um processo irreversível da atividade cerebral, mas com a existência de batimentos cardíacos e da respiração por meios artificiais. Esta, geralmente, é ocasionada por traumatismo craniano ou acidente vascular cerebral (AVC). Diante dessas condições graves, é comum o paciente ser internado em uma UTI.

A morte encefálica se distingue do estado vegetativo persistente. Este último possui a preservação completa ou parcial das funções cerebral e geram polêmicas quanto à interrupção medicamentosa e ao desligamento dos aparelhos.

Nas últimas décadas, houve grandes avanços na detecção da morte encefálica. Atualmente, no mundo inteiro, as ciências médicas aceitam a constatação da morte encefálica como morte humana. Todavia, Lopes *et al.* (2008) ressaltam que os critérios para o diagnóstico de morte encefálica não são unânimes entre estudiosos e pesquisadores da área. Mas, atualmente, é de larga aceitação que a confirmação da morte encefálica tenha embasamento em três princípios fundamentais: irreversibilidade do estado de coma, ausência de reflexos do tronco encefálico e ausência de atividade cerebral cortical (Lopes *et al.*, 2008).

No Brasil, os primeiros critérios surgiram em 1983, em São Paulo, seguidos pela regulamentação do CFM, em 1997, que foi atualizada em 2017. Atualmente, para detecção e confirmação da morte encefálica, abre-se um protocolo para o início de uma série de exames. Tal protocolo tem como objetivo

atestar a parada total e irreversível das funções encefálicas, conforme a resolução n. 2.173/17 do CFM. Se o diagnóstico de morte encefálica for confirmado, mesmo com a manutenção de batimentos cardíacos e da respiração, o indivíduo é considerado morto. De acordo com o parecer 12/98 do código de ética médica brasileiro, ocorre o óbito quando o diagnóstico de morte encefálica é confirmado. Após esta confirmação, a ordenação jurídica brasileira permite a doação de órgãos e tecidos para transplantes (Lopes *et al.*, 2018).

A doação de órgãos e tecidos para transplantes requer o consentimento do representante legal do falecido. Logo após a constatação do óbito, há uma avaliação para saber se o paciente falecido pode ser um doador ou não. Os critérios dessa avaliação consistem em: a causa da morte e a presença de doenças infecciosas ativas. Caso o paciente não seja um doador em potencial, a família é comunicada sobre a morte encefálica e os aparelhos são desligados. Caso contrário, a família é abordada para verificar a possibilidade dessa doação. Nesta situação, os aparelhos só são desligados após a retirada dos órgãos, pois a manutenção deles depende do suporte artificial.

Sendo assim, a família é comunicada sobre o óbito e, em seguida, questionada sobre a autorização para a doação de órgãos. A abordagem à família, logo após o óbito, se deve ao fato de que alguns órgãos possuem uma pequena duração vital para o transplante.

Portanto, a família está diante de uma morte na qual o corpo está quente, o coração batendo e os pulmões respirando. Ou seja, o paciente falecido aparenta estar vivo, pois o corpo está sendo mantido através de suportes artificiais. Para mais, a causa da morte encefálica, como falamos anteriormente, é em geral ocasionada por um traumatismo craniano ou um AVC. Trata-se de circunstâncias agudas, em que a família não está devidamente preparada, sendo tomada pelo susto. É diante desse cenário que a família terá que iniciar a tomada de decisão sobre a doação de órgãos e tecidos.

Moraes & Massarollo (2008) apontam que a não percepção do paciente como morto leva os familiares a acreditarem na reversibilidade do quadro. Além disso, os autores acrescentam que muitos familiares, por não acreditarem na irreversibilidade do quadro, associam o consentimento para a doação de órgãos com uma forma de matar o seu ente querido, o que pode gerar um sentimento de

culpa. Para esses familiares, assinar o termo para a doação de órgãos equivale a assinar o atestado de óbito.

Moraes & Massarollo (2008) afirmam que o conhecimento do desejo do paciente de ser um doador ou não, manifestado em vida, é importante no momento de decidir. Contudo, vimos que cada vez menos se discute sobre a morte entre paciente, família, médico e no âmbito social. Não existe conhecimento do público sobre a morte encefálica, e pouco se discutem aspectos relacionados à morte e ao morrer. Existe um silêncio em torno da morte. A palavra morte deve ser evitada sempre que possível. Então, se falar sobre a morte é um tabu, como saber se o paciente gostaria ou não de ser um doador?

Aredes, Firmo e Giacomini (2018) afirmam que, quando a família concorda com a doação de órgãos e tecidos, a equipe médica apresenta uma sensação de êxito, visto que a morte do paciente de algum modo “foi suplantada na vida que seus órgãos carregam e continuam em outras histórias de vida” (p. 10). Inclusive, esse é um dos principais argumentos utilizados pelos profissionais durante a abordagem à família. Neste sentido, no campo médico, a morte encefálica seria um modo de “matar a morte”, visto que ela dá a vida à outra pessoa. Ou seja, trata-se de uma morte que salva vidas.

3.3 Os cuidados paliativos

A medicina paliativa surgiu a partir de um movimento social na Inglaterra, em meados da década de 1950, cuja proposta consistia no cuidado aos doentes em iminência de morte, diferentemente da assistência oferecida nas instituições hospitalares. Sua consolidação aconteceu em 1967, com a fundação do *Saint Christopher's hospice* no subúrbio de Londres, com a finalidade de promover conforto e dignidade aos pacientes com câncer em estágio avançado e com a participação dos familiares (Monteiro, 2017; Ariès, 2014). O termo *hospice* significa, em português, hospedaria, asilo ou abrigo para os doentes e desamparados. Desta forma, a hospedaria designa um dos locais onde o serviço de cuidados paliativos é prestado ao paciente e à sua família. O termo também é utilizado para significar a filosofia do cuidado integral e multiprofissional ao paciente com uma doença incurável, em qualquer fase dela (Doyle, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, considerou os cuidados paliativos como um cuidado ativo prestado a pacientes com doenças

ameaçadoras de vida e a seus familiares. Portanto, os cuidados paliativos têm como intuito melhorar a qualidade de vida de pacientes com alguma doença terminal e de seus familiares. Seu principal objetivo é: promover o alívio da dor; considerar a morte um processo natural, ou seja, não apressar e nem postergar a morte; considerar os aspectos espirituais e psicológicos do paciente; oferecer suporte às angústias, incluindo a elaboração do luto durante a doença e após a morte (Ferreira & Queiroz, 2010).

No Brasil, os cuidados paliativos tiveram início na década de 1980, com o surgimento de unidades e centros de cuidados paliativos voltados para o tratamento de pacientes oncológicos e/ou com dor crônica. Em 2006, o Conselho Federal de Medicina criou sua Câmara Técnica de Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos, aprovando a resolução 1805/06, que dispõe sobre a ortotanásia no Brasil. Esta resolução permite que o médico limite ou suspenda procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do paciente em fase terminal ou com doença incurável, desde que respeite o desejo do paciente ou de seu representante legal. Tal resolução do CFM foi suspensa em 2007 pelo Ministério Público Federal e sua vigência só foi restaurada em 2011. Neste mesmo ano, a medicina paliativa foi reconhecida pela Associação Médica Brasileira como uma área da medicina diferente das outras especialidades. Note-se que este tipo de área de atuação ainda é muito recente no Brasil.

Apesar de ser uma especialidade médica, o trabalho nos cuidados paliativos exige um olhar multiprofissional, a fim de proporcionar os suportes adequados ao cuidado com o doente. Portanto, outros profissionais – como assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais – estão envolvidos neste tipo de cuidado (Monteiro, 2017; Siqueira, 2012).

Monteiro (2017) coloca que os cuidados paliativos dispõem de um novo olhar sobre a morte, dependente de uma habilidade técnica (principalmente medicamentosa para o alívio da dor) e com uma proposta de mudança de poder de decisão entre os envolvidos no atendimento. Portanto, os cuidados paliativos estão voltados para a reconstrução do princípio de autonomia frente às decisões em relação à situação de fim de vida.

Assim, a equipe paliativa busca uma aproximação e uma compreensão da biografia do paciente, da relação que ele e sua família estabelecem com o mundo,

ou seja, dos vínculos significativos, do contexto cultural em que aquele paciente está inserido, do seu sistema de valores, de suas expectativas e medos diante do adoecimento. O principal foco da medicina paliativa é a pessoa doente e não a doença. Logo, trata-se de um tratamento amplo, ou seja, busca-se o cuidado e o amparo ao paciente em todos os seus aspectos, seja físico, psíquico, social e espiritual. Nesta concepção, a morte não é encarada como um fracasso médico, mas como um processo que precisa ser enfrentado com cuidado e respeito ao paciente e a seus familiares. Assim, os profissionais que atuam nos cuidados paliativos estão atentos às questões do paciente e da família.

Os cuidados paliativos visam, também, o suporte ao luto nas fases mais iniciais do tratamento, tanto para o paciente como para a família. E, após o óbito, esse suporte prossegue com a família. Neste trabalho, é ressaltada a importância do psicólogo na promoção de intervenções que possibilitem a elaboração de perdas vivenciadas nesse cenário.

Além disso, a filosofia dos cuidados paliativos consiste em evitar a obstinação terapêutica ou a distanásia. Considera a distanásia como uma redução da vida humana à dimensão apenas biológica e que as intervenções servem para prolongar somente índices fisiológicos. A equipe paliativa visa a promoção da ortotanásia em pacientes críticos. A ortotanásia tem como proposta revisar o uso de certos recursos que servem apenas para prolongar a quantidade de vida do paciente. Apesar de qualidade e quantidade de vida serem descritas por muitos autores como antagônicas, o cuidado paliativo aposta que melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares favorece uma maior quantidade de vida também (Moritz, Rossini & Deicas, 2012). A definição dos conceitos obstinação terapêutica, distanásia e ortotanásia serão discutidos a seguir, no tópico “Questões bioéticas sobre a morte”.

A demanda pelos cuidados paliativos tende a crescer, cada vez mais, no mundo inteiro, visto que há um aumento da expectativa de vida e, logo, de doenças que se manifestam com o envelhecimento (Kovács, 2018; Lopes *et al.*, 2018). Contudo, a prática paliativa não se restringe apenas a idosos, mas abrange pacientes de qualquer idade que apresentam doenças graves ameaçadoras à vida, inclusive bebês e crianças.

No Brasil, ainda não existe uma prática disseminada de inserir esses pacientes e seus familiares no início da doença em programas de cuidados

paliativos, nem no nível ambulatorial nem, muito menos, no de internação. Os cuidados paliativos são ofertados, geralmente, no momento em que há iminência de morte. Forte e Carvalho (2012) apontam que muitos profissionais entendem que o cuidado paliativo deve iniciar quando “não há mais nada a fazer” pelo paciente. Assim, frequentemente, a intervenção paliativa ocorre nos últimos dias ou horas de vida do paciente. Momento este em que tanto o paciente como os seus familiares sentem-se desamparados diante de uma morte que se apresenta iminente. A inserção dos cuidados paliativos acontece, muitas vezes, de forma abrupta, mudando-se não apenas o foco do cuidado, mas também a equipe que cuidava do paciente, rompendo-se por vezes um vínculo de meses ou até de anos (Forte & Carvalho, 2018).

Além disso, os cuidados paliativos estão, cada vez mais, atrelados ao cuidado integral aos pacientes oncológicos. Esta ideia consiste no fato de que o nascimento da medicina paliativa ocorreu com os cuidados prestados aos pacientes com câncer avançado. A OMS definiu, em 1990, os cuidados paliativos como uma assistência integral ao paciente oncológico, visando os cuidados no final da vida (Gomes & Othero, 2016). Acoplado a isso, no imaginário social, o diagnóstico de câncer está associado à sentença de morte e, de modo geral, entende-se que os cuidados paliativos atendem pacientes “fora de possibilidades terapêuticas” (FPT), sendo que, paradoxalmente, o cuidado paliativo é uma terapêutica a ser empregada em pacientes que possuam uma doença incurável e terminal.

Em 2002, essa concepção mudou, a OMS, o Conselho Regional de Medicina de São Paulo, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e a *American Thoracic Society* orientam que o início do cuidado paliativo deve se dar no momento do diagnóstico de uma doença grave e ameaçadora à vida, como foi dito anteriormente (Forte & Carvalho, 2012). No curso da doença, os cuidados curativos e paliativos devem ser prestados concomitantemente, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades, com os desejos do paciente e de seus familiares e com a evolução própria de cada doença. Na medida em que a doença crônica progressiva avança e o tratamento curativo perde a sua eficácia, os cuidados paliativos se fazem mais necessários, até se tornarem exclusivos, em virtude do quadro de incurabilidade. O tratamento paliativo exclusivo busca priorizar as medidas de conforto.

Assim, nos cuidados paliativos não há tratamentos sofisticados, mas, sim, o controle dos sintomas, sobretudo o alívio da dor, que pode durar vários anos. Além da dor, a náusea, a falta de ar (dispneia), a fadiga, a insônia, a boca seca (xerostomia) e a constipação são também o foco da atenção paliativa. Contudo, Forte e Achette (2018) ressaltam que, para amenizar esses desconfortos, “são necessários conhecimentos e competências tradicionalmente marginalizados ou pouco desenvolvidos no ensino médico” (p. 148).

Além disso, é muito difícil para muitos profissionais prestar assistência às pessoas durante seu processo de morte e, por isso, acabam se afastando dos pacientes (Kovács, 2018; Zaidhaft, 1990). Por vezes, nem sabem como abordar o paciente e seu familiar sobre os cuidados paliativos.

De modo geral, os profissionais são fascinados pelos recursos tecnológicos e criam a ilusão de que suas informações são suficientes para validar todos os procedimentos biomédicos (Siqueira, 2012). A formação médica atual está voltada quase que exclusivamente para a cura das doenças e para a manutenção das funções vitais biológicas, como vimos anteriormente. Os cuidados paliativos são pouco difundidos no meio acadêmico (Lopes *et al.*, 2018). Segundo Forte e Carvalho (2012), “poucas vezes o currículo médico tradicional aborda ou aprofunda os conhecimentos médicos fundamentais em cuidados paliativos” (p. 34). Essas questões se apresentam como um grande obstáculo à entrada dos cuidados paliativos nas Unidades de Terapias Intensivas.

3.4 Os cuidados paliativos na UTI

Vimos, anteriormente, que a “morte moderna” se caracteriza como a interdição, o silêncio em torno da morte e que esta se presentifica nos hospitais, sobretudo nas UTI’s. Os cuidados paliativos se contrapõem à “morte moderna”. O objetivo da equipe paliativa não é a cura da doença, mas o voltar-se para o sujeito doente, com ênfase em suas necessidades, entendendo que se trata de um sujeito com direito a informação e autonomia para decisões a respeito de seu tratamento. Este novo olhar é nomeado de “morte contemporânea” (Monteiro, 2017; Ariès, 2014).

Por esta razão, desencadeou-se toda uma discussão e reflexão sobre a atuação dos cuidados paliativos dentro das UTI’s. Essa entrada dos cuidados paliativos na unidade é implementada devido ao grande número de absorção de

pacientes portadores de doenças crônicas incuráveis com intercorrências clínicas mais diversificadas. Além disso, a grande parte das mortes no âmbito hospitalar acontece dentro das UTI's.

Forte e Carvalho (2012) afirmam que os cuidados paliativos em ambientes intensivos devem ser oferecidos a todos os pacientes com risco de vida e com sintomas que comprometem a qualidade de vida. A integração das especialidades – medicina paliativa e medicina intensiva – tem como intuito promover cuidados aos pacientes críticos em estado terminal, quando a cura é inatingível. Prioriza o conforto do paciente e a identificação de medidas consideradas fúteis que devem ser estabelecidas de forma consensual com as equipes em consonância com o paciente (quando possível, pois este pode estar intubado e sedado) e familiares.

Contudo, tal integração não é fácil. A medicina intensiva e a medicina paliativa possuem objetivos antagônicos, o que dificulta a entrada dos cuidados paliativos nas UTI's. A medicina intensiva tem, como intuito, a cura das doenças e, por isso, utiliza um aparato tecnológico para salvar vidas. Ela ainda é orientada pelo modelo biologicista, cuja atenção está centrada, principalmente, no órgão doente, na patologia e nos procedimentos técnicos em detrimento da subjetividade, ao passo que a medicina paliativa concentra seus esforços na promoção dos aspectos psicossociais do enfermo e não utiliza grandes recursos técnicos, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida de pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras à vida e de seus familiares.

Desse modo, segundo Monteiro (2017), podemos apontar hoje uma resistência dos profissionais de saúde na implementação da prática dos cuidados paliativos na UTI. Tal resistência se deve ao fato da negação e do afastamento da morte em nossa cultura, o sentimento de impotência experimentado pelo médico intensivista diante da impossibilidade de curar o doente, o medo do médico de repercussões legais e o desconhecimento do intensivista sobre a abordagem paliativa.

Tendo em vista essas resistências, a Sociedade Argentina, Uruguia e Brasileira de Medicina Intensiva desenvolveu fluxogramas com o objetivo de capacitar os profissionais intensivistas a detectar a necessidade dos cuidados paliativos e, assim, convocar a equipe paliativa (Moritz *et al.*, 2011). Esses fluxogramas contêm o passo a passo a ser seguido para a detecção e a

recomendação dos cuidados paliativos. E, também, permitem avaliar se os cuidados paliativos serão priorizados no tratamento do doente.

Esses fluxogramas também são alvo de críticas, por estarem rotinizando e burocratizando o cuidado paliativo com a aplicação do modelo biomédico aos cuidados no fim da vida. Fazem lembrar os protocolos de notícias difíceis na sua priorização das ‘técnicas’ em detrimento de aspectos do trato interpessoal. Além disso, nestes moldes de fluxogramas, a decisão (sobre o final da vida) ainda é estritamente médica e não do paciente. Permanece, portanto, o modelo paternalista sobre os cuidados com o paciente, já que cabe ao médico intensivista saber detectar, através do protocolo, quando o paciente não mais se beneficiará do tratamento intensivo e convocar a equipe paliativa.

Considerando-se o tabu da morte, a medicina curativa que oculta a morte de sua formação, os cuidados paliativos enfrentam muitos desafios para exercer sua função no contexto de UTI. No entanto, fica mais fácil encaminhar o ‘problema da morte’, quando possível, para serviços que trabalham apenas com cuidados paliativos, como os ambulatorios aqui no Brasil ou no *hospice* em Londres. Este modo de trabalho contribui, mais uma vez, para o ocultamento da morte, visto que se trata de espaços circunscritos de compartilhamento da experiência sobre a morte entre aqueles que estão vivenciando a mesma situação. Ou seja, só é possível falar sobre a morte entre os próprios enlutados, em um determinado espaço, numa tentativa de esconder a face da morte.

Os desafios no contexto da terminalidade da vida nas UTI’s são diversos. Eles decorrem da dificuldade de falar e lidar sobre a morte no trato entre paciente, família e equipe, da falta de integração entre profissionais, além da presença de diferentes referenciais de valor e de julgamento moral entre os envolvidos. Monteiro (2017) sinaliza que a tecnologia e seu uso pela equipe favoreceu a distância entre o profissional e o paciente e sua família, possibilitando o aumento do controle sobre o tempo e circunstâncias da morte. A medicalização da morte suscita questões éticas ligadas diretamente à prática médica, sobretudo na UTI. Nesta, questiona-se os limites de ação terapêutica frente à pluralidade dos valores das pessoas envolvidas.

3.5 Questões bioéticas sobre a morte

Diante do crescente avanço tecnológico, sobretudo nas UTI's, surgem questionamentos éticos, morais, religiosos, legais e econômicos sobre os limites do emprego das tecnologias disponíveis. As principais questões discutidas pela ética médica e pela bioética são: o prolongamento do morrer; decisões sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos; a obstinação terapêutica; e atitudes de reanimação em caso de parada cardiorrespiratória (Lopes *et al.*, 2018; Monteiro, 2017; Novaes & Trindade, 2007).

A bioética é uma área da ética que discute questões relativas à vida e à morte. Trata-se de um campo interdisciplinar implicado com o conflito moral no âmbito da saúde e da doença dos seres humanos. Seus temas abordam questões em que não há um consenso moral. Sendo assim, a bioética visa reflexões interdisciplinares, a fim de evitar que o médico exprima um reducionismo à aplicação tecnocientífica, em detrimento do vínculo com o paciente (Monteiro, 2017).

O termo 'bioética' foi cunhado pela primeira vez pelo oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter, em 1971. No entanto, a bioética originou-se com o avanço da medicina a partir da Segunda Guerra Mundial e de um histórico marcado por práticas de extermínio ocorridas durante o nazismo alemão, como o genocídio baseado na eugenia.⁸ Atualmente, debate-se, por exemplo, se certas práticas de eutanásia não estariam associadas à eugenia. Lopes *et al.* (2018) defendem que o conceito de eutanásia se distingue do genocídio e da eugenia. E acrescentam que uma das maiores dificuldades de esclarecer tais conceitos se deve ao tabu da morte.

Portanto, a bioética tem como principal objetivo estabelecer regras éticas que se respaldem no respeito incondicional ao ser humano e a sua dignidade diante das demandas contemporâneas surgidas em decorrência dos novos descobrimentos científicos que interferem na vida humana. Existem diversas

⁸ Definições de 'genocídio' e de 'eugenia':

"Genocídio – *substantivo masculino*. Extermínio que, feito de maneira deliberada, aniquila (mata) uma comunidade, um grupo étnico ou religioso, uma cultura e/ou civilização etc.: o genocídio dos índios das Américas. Massacre que atinge um grande número de pessoas (populações ou povos). Ação de aniquilar grupos humanos através da utilização de diferentes formas de extermínio como: a pobreza ou a fome em certas regiões do mundo; sequestro permanente de crianças e refugiados etc" (*Dicionário Online de Português* – disponível em: <<https://www.dicio.com.br/genocidio/>>).

"Eugenia – *substantivo feminino*. Ciência que busca pesquisar o processo de aprimoramento genético da espécie humana" (*Dicionário Online de Português* – disponível em: <<https://www.dicio.com.br/eugenia-2/>>).

correntes dentro da bioética, sendo a mais difundida a principialista. Ela foi sistematizada em 1979, por Tom Beauchamp e James Childress e tem como embasamento quatro princípios: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça. (Lopes *et al.*, 2018; Monteiro, 2017; Rego, Palácios & Siqueira-Batista, 2009).

O princípio da autonomia exige que o médico respeite o desejo do paciente e/ou de seu representante legal. Reconhece o sujeito como autônomo de suas escolhas e de seus atos. Determina o respeito à capacidade do sujeito gerir e conduzir a própria vida corporal ou mental. Tal princípio prioriza tanto o direito à integridade corporal quanto à integridade psíquica do paciente. Portanto, devem ser resguardadas a capacidade de gerenciar sua própria vida, de tomar suas próprias decisões, de fazer opções terapêuticas e de escolher as mais adequadas aos seus valores pessoais (Lopes *et al.*, 2018).

O princípio da autonomia foi inserido na ética médica a partir da década de 1970. Até então, o regimento primordial era o da beneficência. A necessidade de sua inserção ocorreu devido ao avanço da medicina e à entrada de recursos tecnológicos, visto que tal fato interferiu na relação entre médico e paciente. Antigamente, os médicos cuidavam de seus pacientes de forma integral. Atualmente, nota-se uma despersonalização que transforma sujeitos em órgãos, que não dá voz a sua singularidade. Assim, o código de ética médica sublinha que:

No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas (*Código de Ética Médica*, cap. I, art. XXI, 2010).

Já o princípio de beneficência requer que o profissional de saúde promova o bem-estar de seus pacientes e evite, na medida do possível, a ocorrência de danos. Ou seja, este princípio determina que a atuação dos profissionais da saúde tenha como objetivo garantir o bem-estar, os interesses do paciente e o mínimo de riscos. É o princípio mais antigo da ética médica, visto que tem como embasamento o juramento de Hipócrates: “Usarei o tratamento para ajudar o doente de acordo com a minha habilidade e com meu julgamento, mas jamais o usarei para lesá-lo ou prejudicá-lo” (Lopes *et al.*, 2018, p. 129).

Dessa maneira, o princípio de beneficência também garante que o paciente, quando em condições aptas, participe das escolhas dos métodos terapêutico-interventivos que se mostrem mais benéficos para ele. No caso de pacientes sem condições de opinar, cabe ao representante legal a tarefa de decidir as intervenções que deverão ser realizadas.

Já o princípio da não-maleficência se pauta pela ética médica de não prejudicar o enfermo. Trata-se de um desdobramento do princípio da beneficência, pois, ao evitar o dano intencional ao paciente, o profissional de saúde está, na realidade, visando o bem-estar do indivíduo. Portanto, o código de ética médica estabelece, no inciso IV, tanto o princípio da beneficência quanto o da não-maleficência:

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar contra sua dignidade e integridade (*Código de Ética Médica*, cap. I, art. VI, 2010).

Por fim, o princípio da justiça exige equidade na distribuição de bens e benefícios dos serviços de saúde, determinando que seja dado tratamento adequado à condição específica de cada paciente. Este princípio refere-se à garantia de igualdade no âmbito do acesso à saúde. Trata-se do direito ao acesso aos serviços de saúde, como programa e assistência por meio de políticas públicas. Para mais, pressupõe também a não discriminação em virtude de sexo, religião, raça, idade, posição política, econômica e social (Lopes *et al.*, 2008).

Moritz *et al.* (2012) afirmam que muitos conflitos bioéticos surgem durante a tomada de decisões nas UTI's, principalmente quando são questionadas situações de Limite de Esforço Terapêutico (LET). Debate, por exemplo, se o princípio da não-maleficência pode levar ao não investimento clínico, ou se a justiça distributiva e a beneficência podem contrapor-se em situações nas quais o mais adequado para um pode não ser o melhor para o coletivo.

Além disso, dentro de uma unidade de tratamento intensivo existem obstáculos quanto ao princípio de autonomia. Os pacientes frequentemente estão inconscientes, sedados e intubados, sem condições de decidir sobre o final de suas

vidas. As decisões tomadas pelos médicos ou pelos seus familiares podem ser contrárias à opinião do paciente.

Embora possa parecer fácil a definição dos princípios da bioética, o avanço tecnológico nos coloca diante desses difíceis dilemas. Os questionamentos sobre os limites de esforço terapêutico configuram algumas práticas que estão intrinsecamente associadas às UTI's. São elas: a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia. Assim, discutiremos, brevemente, cada uma delas.

A eutanásia é uma prática cujo intuito é abreviar a vida do paciente, sendo solicitada pelo mesmo ou pelo representante legal quando o paciente não pode responder. Segundo Lopes *et al.* (2018), a eutanásia é conceituada como 'boa morte', a etimologia da palavra reporta ao grego: *eu* significa boa; *thanatos* quer dizer morte. No Brasil, não é permitida a eutanásia.

Novaes e Trindade (2007) distinguem a eutanásia como ativa e passiva. A eutanásia ativa é uma ação médica pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma. Já a eutanásia passiva não consiste em uma ação médica, mas em uma omissão, ou seja, deixar de aplicar recursos médicos com os quais se poderia prolongar a vida de uma pessoa enferma.

Em oposição à eutanásia, surge a distanásia, conhecida também como obstinação terapêutica ou futilidade terapêutica. A distanásia diz respeito a um processo de morte lenta e sofrida, que visa a manutenção de tratamento invasivo em paciente sem perspectiva de cura. Portanto, nesta categoria enquadram-se os meios de suporte artificiais que, apesar de manterem biologicamente o paciente vivo, não resgatam a sua saúde (Novaes & Trindade, 2007). Atualmente, este tipo de morte é muito frequente nas UTI's. A palavra distanásia é um neologismo composto pelo prefixo grego *dys*, que significa defeituoso, e *thanatos*, que quer dizer morte (Lopes *et al.*, 2018).

Nos dias atuais, inicia-se uma terceira prática médica denominada ortotanásia, que significa 'morte correta' (*orthos* = correto e *thanatos* = morte) e teve sua origem com o nascimento dos *hospices*. A ortotanásia propõe que, diante da morte iminente e inevitável, as terapêuticas consideradas inúteis para prolongar a vida do paciente sejam revistas, empregando-se, assim, os cuidados paliativos (Lopes *et al.*, 2018). O *Código de Ética Médica* brasileiro possibilita tal prática, indicando a adoção dos cuidados paliativos e desautorizando o emprego da distanásia. Vejamos:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (*Código de Ética Médica*, cap. V, art. 41, 2010).

A ortotanásia está associada aos cuidados paliativos, porém, segundo Lopes *et al.* (2018), na prática os médicos evitam falar sobre a prática da ortotanásia e preferem usar a terminologia cuidados paliativos, uma vez que a primeira pode ser confundida com a eutanásia e fazer os familiares acharem que o médico está fazendo algum mal ao paciente. Note-se que esses conceitos – eutanásia e ortotanásia – estão fortemente associados à morte, existindo, portanto, um tabu em pronunciá-los. Tal fato dificulta as discussões acerca dos conceitos que, muitas vezes, não são de conhecimento público.

Para finalizar, é importante, também, ressaltar que o conceito de ortotanásia se diferencia do de eutanásia passiva. Segundo Lopes *et al.* (2018), na ortotanásia o processo morte já se iniciou, por isso a morte é iminente e inevitável, enquanto na eutanásia passiva a omissão é a causa do resultado morte. A eutanásia passiva omite, igualmente, os procedimentos indicados que poderiam beneficiar o paciente, como, por exemplo, os cuidados paliativos. Ao passo que a ortotanásia suspende os procedimentos considerados extraordinários e desproporcionais diante do inevitável e da iminência de morte.

Tais conceitos – eutanásia, distanásia e ortotanásia – estão intrinsecamente relacionados à prática dos profissionais na UTI, promovendo constantes conflitos, principalmente entre médicos e familiares. Em certos momentos, a família deseja manter toda a terapêutica possível para o paciente, mesmo que o paciente não tenha perspectiva de cura e a equipe não concorde com a família. Em outros momentos, é a equipe de saúde que continua tratando do paciente insistentemente, negando a finitude, enquanto a família solicita que não se invista mais no paciente e que apenas se garanta conforto e analgesia. Por sua vez, o paciente – que seria o principal interessado nesse contexto – não pode opinar, pois está intubado e sedado.

Diante disso, Moritz *et al.* (2012) apresentam questões de difícil resolução: Qual é a intervenção- terapêutica mais benéfica para o paciente? O paciente e a

família têm o poder de decisão ou prevalece o modelo paternalista? Como tratar um paciente crítico fora de possibilidades terapêuticas curativas? A escassez de vagas nas UTI's no Brasil influencia nessas decisões? Nota-se que essas indagações apresentam atravessamentos sobre os princípios bioéticos discutidos acima e resultam nas práticas distanásia e ortotanásia que ocorrem no Brasil.

Tais questões são difíceis de serem ordenadas de forma coletiva, envolvendo uma escuta dos indivíduos envolvidos: paciente, família e equipe médica. A frase que frequentemente ouvimos dos profissionais de saúde: “Isso é para o bem do paciente”. Tal discurso é complexo e envolve amplas questões. Moritz *et al.* (2012) defende que “o bem do paciente” deve ser fruto de uma interação entre médico e paciente.

No entanto, na prática hospitalar, essas discussões acerca do tratamento benéfico para o paciente e dos limites terapêuticos ocorrem nos *rounds*⁹. O *round* consiste em uma reunião que acontece frequentemente nas unidades de terapia intensiva. Toda a equipe é convocada a estar presente (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicólogos). Entretanto, há uma predominância do discurso médico, os demais integrantes da equipe, na maioria das vezes, manifestam-se somente quando são solicitados pelo médico que conduz a reunião (Menezes, 2006).

No *round* são discutidas a situação clínica de cada paciente internado, envolvendo as intervenções, as condutas diárias, o prognóstico, entre outros. As decisões são aqui tomadas pela equipe médica e, em seguida, comunicadas à família do paciente, já que o enfermo encontra-se sedado. Nestes moldes, não há interação entre médico e paciente como proposto pelos autores citados acima. Ao contrário, a decisão é unilateral, e quase sempre tomada pelos médicos com a anuência de toda a equipe. Neste capítulo, vimos as muitas e diversas dificuldades no âmbito hospitalar sobre essa interação entre os médicos e a

⁹ É interessante esta nomeação da reunião como *round*, tendo em vista que no dicionário a palavra significa: “[substantivo masculino] cada período que divide uma luta de boxe. [Figurativo] parte mais difícil de uma negociação; momento em que há incompatibilidade de opiniões” (*Dicionário Online de Português* – disponível em: <<https://www.dicio.com.br/round/>>). Observa-se que o vocabulário ilustra uma luta, um confronto de opiniões. Na verdade, trata-se de um confronto entre a morte e a vida. No senso comum, frequentemente, escutamos que “o paciente está lutando pela vida”. No hospital, essa luta ganha novas nomeações, como a reunião denominada *round*.

equipe, entre ambos e a família. Tal dificuldade aumenta especialmente quando o assunto é a finitude humana.

4 A morte e o luto em Psicanálise

“Toda psicanálise nos fala da morte infiltrada na vida”

(Pontalis, 2005, p. 261).

4.1 Freud e a morte

Pontalis (2005) ressalta, em seu livro *Entre o sonho e a dor*, que, se a morte fosse para o homem apenas o instante que marca a cessação da vida, a psicanálise não teria nada a dizer sobre ela. A morte está presente na obra freudiana ao longo de todo o seu trajeto e sob as mais diversas faces; ora muda, ora ruidosa. Portanto, o tema da morte é tão construtivo para a psicanálise quanto o da sexualidade.

A morte é tão abordada na obra de Freud porque também teve os seus atravessamentos na vida pessoal do autor, como na de qualquer sujeito. Todavia, Freud foi um autor que muito falou sobre si mesmo, sobre seus sonhos e suas angústias. Foi a sua busca de autoconhecimento que lhe proporcionou vastas compreensões acerca do ser humano (Zaidhaft, 1990).

Freud sempre mantinha em mente a possibilidade de sua morte durante a vida (Jorge, 2017). Certa vez, um analisando seu, Smiley Blaton, narrou em seu diário de análise que, ao pagar adiantado as sessões para Freud, ouviu dele: “Você tem que me prometer que pedirá o dinheiro de volta à minha família em caso de minha morte prematura” (p. 228). Ao escutar esta frase pela segunda vez, Blanton indagou-o se ele teria algum motivo para achar que morreria em breve. Freud teria retrucado: “Penso na possibilidade da minha morte todos os dias. É uma boa prática.” (p. 228).

O pai da psicanálise marcou datas para sua morte: esta aconteceria aos 40, aos 51, aos 67 e, aos 81 anos (Zaidhaft, 1990). Mencionou em diversas cartas a sua preocupação com a morte. Vejamos algumas delas.

Em uma carta a Fliess, datada em 22/06/1894, ele diz: “Qualquer pessoa que pudesse me garantir os 13 anos, até o meu 51º aniversário [...]” (Schur, 1981, p. 65). Em outra carta, também direcionada a Fliess, em um tom de sarcasmo, ele escreveu: “O novo século – cujo elemento mais interessante, para nós, pode ser o que inclua as datas da nossa morte” (Schur, 1981, p. 248).

Próximo a sua morte, Freud lembrou a Schur da promessa que havia feito; de ajudá-lo a morrer sem maiores sofrimentos. E pediu para Schur conversar com Ana Freud: “Se ela acha que é certo, então terminemos com isso” (Roudinesco, 2016, p. 470). Para Freud, viver naquelas condições não fazia mais sentido. Schur, então, administrou uma dose de três centigramas de morfina, depois repetiu o gesto por duas vezes, com apenas algumas horas de intervalo. Sabia que tal dose não podia ultrapassar dois centigramas. Desta forma, Freud morreu aos 83 anos, por sedação profunda e contínua.

Freud deparou-se com alguns tipos de morte: acreditou que morreria jovem; desejou a morte como um alívio para seu sofrimento; quis viver o máximo de tempo com dignidade. Isso tudo lhe fez tornar presente o tema da morte em sua obra, principalmente sob quatro aspectos: a noção de morte, o medo da morte, o luto e a pulsão de morte (Zaidhaft, 1990). Desta forma, discutiremos cada um desses aspectos neste capítulo através de sua própria obra e de seus comentadores.

4.2 A morte e a Psicanálise

4.2.1 *Totem e tabu*

4.2.1.1 *O tabu e a ambivalência emocional*

Em “Totem e Tabu” (1996e/1913), Freud expõe sobre o tabu e a ambivalência emocional, a relação do homem primitivo com os mortos e a morte do pai primevo. A partir disso, apresenta contribuições importantes, como: a ambivalência de sentimentos, o sentimento de culpa e as primeiras restrições morais. Tais contribuições serão retomadas no texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1996h/1915b), a fim de explicitar a noção de morte no inconsciente. Por esta razão, desenvolveremos as ideias propostas por Freud no texto de 1913 e, para no próximo tópico, abordaremos a atitude do inconsciente para com a morte, conforme discutido no texto de 1915b.

Em “Totem e tabu” (1996e/1913), o tabu é concebido como algo inabordável, sendo expresso em proibições e restrições. As interdições do tabu são impostas naturalmente, ou seja, os sujeitos se submetem a essas proibições como se fossem algo natural, sem questionar tais restrições. Para o homem primitivo, qualquer violação desse interdito teria como consequência uma severa punição. Uma das consequências é que o transgressor adquiria a característica do proibido,

ou seja, haveria um contágio de toda a ‘carga’ perigosa para o transgressor, quase como uma infecção. Por exemplo, um transgressor que mata e come um animal proibido, cai em profunda depressão, prevê a morte e, posteriormente, morre.

A palavra tabu, segundo Freud, tem uma conotação que abrange tanto a ideia de “perigoso”, “impuro” e “misterioso” como a de “sagrado” e “acima do comum”. Nota-se que algumas dessas palavras possuem uma ambivalência, como, por exemplo, a ideia de “impuro” e “sagrado”. No entanto, paradoxalmente, a palavra tabu dispõe de uma característica em comum tanto com o sagrado como com o impuro: o temor do contato com ele.

Diante disso, Freud (1996e/1913) indaga: qual seria o motivo para nos preocuparmos com o enigma do tabu? O mesmo responde que o tabu criado pelo homem primitivo não está tão longe de nós, visto que as convenções que nos regem podem estar relacionadas com esses tabus. Aqui, o referido autor compara aspectos do tabu com as proibições dos neuróticos. Segundo ele, a questão do tabu, vista pelo ângulo psicanalítico, ou seja, através da investigação no inconsciente, reconhecerá que tais fenômenos não são estranhos.

Nas neuroses, são criadas renúncias e restrições individuais e estas são obedecidas com tanto rigor quanto o homem primitivo obedecia aos tabus comuns de sua tribo. Freud (1996e/1913) nomeia os atos obsessivos como a “doença do tabu” (p. 35). O ponto de similaridade entre o tabu e as proibições obsessivas dos neuróticos é que as restrições são destituídas de motivos, sendo aparentemente misteriosas em sua origem. Além do mais, não sofrem, visivelmente, nenhuma ameaça externa de punição, já que existe uma certeza interna, uma convicção moral, de que qualquer violação terá uma punição.

O referido autor afirma que uma das principais proibições na neurose é o toque. Por vezes, esta proibição também é conhecida como “fobia do contato” (Freud, 1996e/1913, p. 36). Tal interdição não se aplica meramente ao contato físico, mas possui uma abrangência quanto ao emprego metafórico da expressão “entrar em contato com” (*Ibidem*). Portanto, qualquer coisa que conduza os pensamentos do sujeito obsessivo para o objeto proibido é tão vedado quanto o contato físico com o objeto. Isto também ocorre no caso do tabu.

A existência de uma atitude ambivalente na neurose comparece neste ensaio. Ao mesmo tempo em que é vedado o contato com o objeto proibido, ele é também desejado. Isto pode ser observado através da atitude ambivalente das

crianças em relação ao toque de suas genitálias. Ou seja, tanto o desejo como a proibição se relacionam com o tocar da criança em seus próprios órgãos genitais.

Na infância, a criança apresenta um forte desejo de tocar seus órgãos genitais. Contudo, esse desejo confronta-se com proibições externas contra a realização desse contato. A criança aceita essa proibição, pois tem medo de perder o amor dos autores dessa proibição, geralmente os pais. Entretanto, a proibição não consegue abolir o desejo. Este acaba sendo reprimido e banido para o inconsciente. Tanto a proibição quanto o desejo persistem: o desejo porque foi apenas reprimido, e a proibição porque, se ela cessar, o desejo ingressaria novamente para a consciência. Desta forma, decorre o conflito interno entre a proibição e o desejo. Freud (1996e/1913) conclui que “não há necessidade de se proibir algo que ninguém deseja fazer e uma coisa que é proibida com a maior ênfase deve ser algo que é desejado” (p. 77).

O desejo de realizar o ato proibido persiste ainda entre as tribos primitivas. Desta forma, elas possuem uma atitude ambivalente para com os tabus. Por um lado, os integrantes da tribo gostariam de violar o tabu; por outro, temem a sua transgressão. O medo torna-se mais forte que o desejo, assim como na neurose. Portanto, qualquer violação produz um sentimento de culpa.

4.2.1.2 *O tabu em relação aos mortos*

Freud (1996e/1913) dedica uma parte do texto “Totem e tabu” para explicitar o tabu dos povos primitivos em relação aos mortos. Nessa parte, o autor afirma a ambivalência de sentimentos em relação aos mortos, visto que, ao mesmo tempo que os mortos são soberanos, eles também podem ser tratados como inimigos. Veremos a seguir alguns tabus interpelados pelo autor que conotam essa relação ambígua.

Para os povos primitivos, qualquer pessoa que tivesse manuseado um cadáver ou tivesse algum contato com um morto ficava impuro e, portanto, a sua relação com os seus semelhantes eram cortadas. Não podia entrar em nenhuma casa, nem ter contato com outras pessoas para não correr o risco de infectá-las. Freud (1996e/1913) afirma que, para esses povos, o tabu sobre os mortos era considerado virulento, logo infeccioso. A principal característica desse tabu consistia no poder de contágio. Assim, o homem primitivo acreditava que qualquer um que violasse esse tabu estava fadado a cair doente e morrer.

Acreditavam tão firmemente nisso que “nenhum nativo chegou a fazer uma experiência para provar o contrário” (Freud, 1996e/1913, p. 61).

Freud (1996e/1913) descreve que esse tabu acerca do contato com os mortos se estende, também, a outras duas situações de luto: o contato com os viúvos e a pronúncia do nome do morto. A primeira deve-se ao fato de os viúvos terem tido uma proximidade com o cônjuge falecido. E, na segunda situação, os nativos acreditavam que, ao pronunciar o nome deles, estariam evocando-os.

Assim, os viúvos eram isolados e proibidos de tocar no próprio corpo e em alguns objetos durante o período de luto, pois os nativos acreditavam que o espírito do morto não abandona os parentes durante o luto. Desta forma, ninguém chegava perto dessas pessoas enlutadas, pois acreditavam que a presença delas dava azar e, se sua sombra pairasse sobre alguém, este adoeceria em seguida. O autor salienta que esses tabus aos viúvos surgem do medo de não resistir ao desejo de descobrir um substituto, ou seja, o homem que perdeu a esposa tem que resistir ao desejo de ter outra mulher, o mesmo ocorrendo para as viúvas. Conforme já discutimos, os tabus sevem para encobrir desejos inconscientes.

Outro tabu ligado ao luto, segundo Freud, seria a proibição de pronunciar o nome da pessoa morta¹⁰, sendo que, para algumas tribos, esta proibição é permanente. Logo muda o nome do morto após a sua morte para que possa ser mencionado livremente. Assim, o espírito do morto não saberá o seu nome. Os nativos encaram o nome como posse de um homem e parte de sua personalidade. Portanto, pronunciar o nome da pessoa morta é como manter contato com ela, equivale a invocar a presença do morto. O homem primitivo tem medo da presença ou do retorno do espírito morto e, por isso, realizam várias cerimônias no intuito de manter a distância ou expulsar o morto.

Diante disso, Freud (1996e/1913) aponta para a ambivalência em relação aos mortos, visto que um parente amado, no momento de sua morte, transforma-se em um inimigo. Essa transformação se deve ao fato de a morte ser encarada pelo homem primitivo como o mais grave infortúnio: eles acreditam que os mortos estejam insatisfeitos com a sua condição. Por esta razão, as almas tornam-se vingativas e mal-humoradas, têm inveja dos vivos e desejam a companhia deles.

¹⁰ No Brasil, embora não exista, formalmente, o tabu de pronunciar o nome da pessoa morta, em um velório, diante do cadáver, o morto é sempre designado por ‘ele’ (Rodrigues, 2006).

4.2.1.3 A morte do pai primevo

O mito da morte do pai primevo expõe o nascimento de uma organização social, de uma cultura e suas restrições morais. Mas, antes de descrever o mito, Freud (1996e/1913) apresenta as características de um totem. Posteriormente, ele conclui que o animal totêmico, por exemplo, possui atributos do mito do pai primevo.

O totem era, geralmente, um animal, mas poderia ser também um vegetal. À diferença de um fetiche, o totem nunca era um objeto isolado, ele era uma espécie de animal ou vegetal. A escolha do totem tinha uma ligação com os ancestrais da tribo; por conseguinte, os totens eram herdados. Portanto, o totem possuía uma relação peculiar com todo o clã, ele protegia os homens da tribo e, por isso, era respeitado de diversas maneiras; não o matando, se fosse um animal; nem o cortando ou colhendo, caso fosse um vegetal. Isto é, havia uma proibição de matar o totem do clã.

Entretanto, existia um fato contraditório: embora a morte do totem fosse proibida, sua matança era motivo de festividade. Havia uma atitude ambivalente em relação à morte do totem. A morte do totem era pranteada pelos membros do clã, mas, ao mesmo tempo, ela era comemorada pelos membros por meio da refeição totêmica.

O clã celebrava a morte do seu animal totêmico, comendo-o a fim de adquirir a sua santidade. Este ato era para reforçar a identificação com o totem e com os outros membros. Nas celebrações, os membros do clã se vestiam igual ao totem e imitavam seus sons e movimentos também para acentuar sua identidade com ele. Todos tinham ciência de que estavam executando um ato proibido, o qual, no entanto, era justificável pela participação de todos do clã: ninguém podia se ausentar nem da matança, nem da refeição.

Neste sentido, Freud (1996e/1913) revela que o totem nada mais é do que um substituto do pai primevo, tendo em vista o fator da ambivalência. Isto é, embora a morte do animal totêmico seja proibida, sua matança, no entanto, é uma ocasião festiva.

O mito do pai primevo trata da estória de uma tribo primitiva, onde existia um pai que detinha o poder e somente ele podia possuir de todas as mulheres da

tribo. Em consequência disso, todos da tribo eram seus filhos e deveriam obedecê-lo. Um dia, esses filhos se revoltam contra este pai e se reúnem para matá-lo.

Com a morte do pai, ocorre uma satisfação em relação ao ódio. Isto é, os filhos colocam em prática o seu desejo de identificar-se com esse pai: o de possuir as mulheres do clã. Porém, esse pai também era admirado pelos filhos: “odiavam o pai, que representava um obstáculo tão formidável ao seu anseio de poder e aos desejos sexuais; mas amavam-no e admiravam-no também” (Freud, 1996e/1913, p. 147). Nota-se, aqui, uma ambivalência sentimental, a qual descrevemos, também, nos tópicos acima. Logo, após essa satisfação de ódio, a afeição que eles tinham pelo pai, que estava recalcada esse tempo todo, transforma-se em remorso. Surge, portanto, o sentimento de culpa.

Diante disso, os filhos decidem que tal ato não deveria se repetir e, assim, criam a primeira restrição social: “Não matarás”. Aqueles que cometessem tal crime seriam severamente punidos. Esse mandamento surgiu como uma reação contra a satisfação de ódio que se ocultava sob o pesar.

Freud (1996e/1913) descreve que, com a morte do pai primevo, houve também a criação de uma segunda norma: a proibição do incesto. Os filhos se uniram para matar o pai por conta de seus desejos sexuais. Entretanto, com a morte do pai, todos se tornaram rivais uns dos outros em relação às mulheres. Cada um queria ser igual ao pai, ter todas as mulheres do clã para si. Portanto, a luta era de todos contra todos, visto que nenhum deles tinha a força predominante a ponto de assumir o lugar do pai. Dessa forma, tiveram que renunciar às mulheres que desejavam e instituir a lei contra as relações sexuais entre pessoas do clã.

O autor sinaliza que esses dois tabus do totemismo – o homicídio e o incesto – são os mais antigos desejos humanos. São eles, também, que inauguram a moralidade humana. Trata-se dos dois desejos inconscientes que são reprimidos no Complexo de Édipo: o desejo de possuir a mãe e o de matar o pai.

4.2.2 Reflexões sobre a morte

Em “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, de 1915b, Freud lança uma questão fundamental para a psicanálise no que diz respeito à morte: “Qual é a atitude do inconsciente para com o problema da morte?” (p. 306). A fim de responder essa questão, o autor assinala que há duas atitudes opostas em relação à

morte no nosso inconsciente: uma que reconhece a morte como a extinção da vida e outra que nega a morte porque ela é irreal.

Para explicar melhor essas atitudes para com o tema da morte em nosso inconsciente, Freud (1996h/1915b) faz uma comparação com o homem primitivo. Ele diz que os nativos não faziam qualquer objeção à morte de um inimigo: esta consistia no aniquilamento de alguém que se odiava. Portanto, eles matavam e faziam isso como uma coisa natural. Entretanto, a própria morte era algo inimaginável e irreal para o homem primitivo. Da mesma forma que o nativo, o nosso inconsciente não crê em sua própria morte. Freud (1996h/1915b) diz que:

É impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que no fundo ninguém crê em sua própria morte, ou dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade (Freud, 1996h/1915b, p. 229).

Portanto, o autor assevera que não imaginamos a própria finitude. Cada um de nós está convencido de sua própria imortalidade, visto que não há inscrição da morte no inconsciente. O inconsciente desconhece tudo o que é negativo e toda e qualquer negação. Nele, as contradições coabitam. Por esta razão, não conhece sua própria morte, já que ela é um conteúdo negativo.

A ilusão de imortalidade também é descrita por Freud em 1914, no texto “Sobre o narcisismo, uma introdução”. Nesse texto, o autor diz da imortalidade do eu como sendo uma inquietação humana em decorrência da dificuldade de compreender a origem da vida, bem como de aceitar a própria finitude. Tal inquietação pode ser observada, atualmente, no meio científico, como discutimos anteriormente. A ciência, além de tentar responder questões sobre a origem da vida, busca ao máximo retardar a morte por meio dos avanços tecnológicos e medicamentosos. Alguns autores (Pinheiro, Quintella & Verztman, 2010; Novaes & Trindade, 2007; Zaidhaft, 1990) apontam que esse sonho do homem de imortalidade tem sido levado a sério pela ciência que acredita que, com seu progresso, trará uma juventude eterna, uma “a-mortalidade”. Com isso, a evolução científica anuncia, nas entrelinhas, uma negação em relação à morte.

Entretanto, a condição da perda de alguém traz, além da dor, um indicativo da nossa própria finitude, da nossa transitoriedade (Edler, 2015). Só pensamos na

própria transitoriedade através da morte do outro. Portanto, a morte do outro evoca a ideia do limite do próprio sujeito (Elias, 2001).

Por esta razão, Freud (1996h/1915b) aponta que a morte de uma pessoa nos atinge profundamente. É como se ficássemos muito abalados também em nossa expectativa de sermos seres imortais. O homem procura atribuir uma causalidade para essa fatalidade, como, por exemplo, um acidente, uma doença, uma infecção, a idade avançada. Podemos observar tal fato quando morre alguém e a primeira indagação que fazemos é: “Morreu de quê?” Em virtude disso, as mortes súbitas nos atingem de modo extremamente terrível, pois não conseguimos dar uma significação a ela.

Em contrapartida, paradoxalmente, somos frequentemente atravessados pelos mais intensos e frequentes desejos inconscientes de morte contra nossos semelhantes. Esses desejos, por vezes, até afloram nos lábios das pessoas, como quando dizem: “Que o diabo o carregue!” Na realidade, querem dizer: “Que a morte o carregue!” Freud já mencionava isso no texto de 1913, “Totem e tabu”:

a tentação de matar alguém e que essa tentação produz efeitos psíquicos, ainda que permaneça fora da visão da nossa consciência. Suponhamos ainda que devêssemos reconhecer as observâncias compulsivas de certos neuróticos como sendo cautelas contra o impulso intensificado de matar ou autopunições por causa desse impulso. (Freud, 1996e/1913, p. 78).

Se agíssemos de acordo com o nosso inconsciente, impregnado este de desejo em relação à morte do outro, seríamos assassinos tal como o homem primitivo. O mandamento “não matarás” tem como origem justamente a proibição da sede do desejo de matar do homem primitivo.

Todavia, Freud (1996h/1915b) ressalta que, no nosso inconsciente, esse desejo de matar o semelhante equivale ao ato de matar. Assim, em “O mal-estar na civilização” (1996o/1930), aponta que a intenção de um ato dito como ‘mau’ é equivalente ao ato realizado e, portanto, gera o sentimento de culpa, já que a intenção do ato não tem como ser escondido do superego, apenas do mundo externo. O que é mau não é, necessariamente, o que é perigoso ao ego; pelo contrário, pode ser algo desejável pelo ego e até prazeroso para ele. O motivo que faz com que os indivíduos se submetam ao que é chamado ‘bom’ ou ‘mau’ é o medo da perda de amor. Freud (1996o/1930) debate que, no início da vida, as interdições dos pais a satisfações pulsionais nas crianças eram vistas por elas

como perda de amor. Assim, elas renunciavam às suas satisfações com medo de perder o amor de seus pais.

Desta forma, temos duas origens do sentimento de culpa: uma que surge de uma autoridade, e outra, posterior, que surge do medo do superego. A primeira insiste em uma renúncia pulsional, ao passo que a segunda exige uma punição, uma vez que a continuação dos desejos proibidos não pode ser escondida do superego. Trata-se, portanto, de um medo da punição do superego.

O referido autor nomeia e define o conceito de superego no ensaio de 1923, “O Ego e o Id”. Trata-se de uma instância psíquica que se constitui através da interiorização das exigências e interdições parentais. Por esta razão, Freud (1996l/1923) denominou o superego como herdeiro do Complexo de Édipo. Seu principal papel consiste na repressão, na censura dos desejos primitivos com base nos princípios morais e culturais. Podemos observar que o conceito aparece de modo ainda rudimentar em “Totem e tabu” (1913), quando o autor fraseia acerca das proibições praticadas na neurose e no sistema totêmico.

4.3 A pulsão de morte

Em “Além do princípio de prazer”, Freud (1996k/1920) inicialmente afirma que o aparelho psíquico é regido pelo princípio de prazer. O prazer e o desprazer, segundo o autor, estão relacionados à quantidade de excitação presente no psiquismo, mas não se encontram de modo algum ‘vinculados’. O desprazer corresponderia a um aumento na quantidade de excitação; o prazer, a uma diminuição. Logo, diante de uma tensão desagradável, o princípio de prazer entra em cena e procura reduzir esta tensão a fim de evitar o desprazer. Portanto, o aparelho psíquico busca manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível, tendo em vista que qualquer coisa que venha a aumentar esta quantidade de excitação é considerada como desagradável.

Todavia, no decorrer do texto, Freud (1996k/1920) aponta que não há uma dominância do princípio de prazer sobre o curso dos processos psíquicos, visto que existem circunstâncias que impedem tal princípio. O autor aponta e questiona a existência de fenômenos clínicos que contradizem o princípio de prazer, que até então, para ele, era o que regia o aparelho psíquico. Esses fenômenos caracterizam uma compulsão à repetição das vivências traumáticas, ou seja, situações desagradáveis que evocam o desprazer e que o sujeito repete compulsoriamente.

Neste ensaio, a compulsão à repetição é indagada, por exemplo, através das brincadeiras infantis e dos sonhos nas neuroses traumáticas.

Freud (1996k/1920) evidencia que o brincar infantil, com sua repetição incessante, aponta para uma questão de difícil resolução: a de harmonizar a brincadeira angustiante com o princípio de prazer. Por meio das observações sobre o seu neto, o autor nota que a criança, na ausência de sua mãe, jogava o carretel através de um cordão e pronunciava *fort* (“ir embora”). E, logo após, a criança puxava o carretel saudando o seu reaparecimento com um alegre *dá* (“ali”). Desse modo, ele indaga: “Como, então, a repetição dessa experiência aflitiva, enquanto jogo, harmoniza-se com o princípio de prazer?” (Freud, 1996k/1920, p. 26).

Outro fenômeno clínico destacado pelo autor seriam os sonhos nas neuroses traumáticas. Esses sonhos impõem ao paciente, repetidas vezes, a situação do trauma. Ou seja, o sujeito sonha, regularmente, com a circunstância do acidente e, por vezes, desperta angustiado. Consequentemente, nos sonhos das neuroses traumáticas parece que o princípio de prazer também não está a serviço, o que conduz o paciente ao desprazer, à angústia.

Diante disso, Freud (1996k/1920) reúne todos esses fenômenos sob a égide de uma compulsão à repetição “mais originária, mais elementar e mais pulsional do que o princípio de prazer que ela domina” (p. 34). Portanto, o que está subjacente à compulsão à repetição é uma pulsão, que o autor nomeia como “pulsão de morte”. E, assim, surge um novo dualismo pulsional¹¹: a pulsão de vida e a pulsão de morte.

¹¹ Em “A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica” (1910), Freud, ao discutir a cegueira na neurose histérica, aponta para uma distinção entre dois grupos de pulsões: a pulsão sexual e a pulsão de autopreservação ou pulsão do ego. A pulsão sexual almeja à satisfação sexual e tem como energia a libido. O autor afirma a presença da pulsão sexual desde o início da vida, na qual esta visa o prazer nas partes do corpo, passando pelas zonas erógenas até poder servir às atividades da zona genital. Por sua vez, a pulsão de autoconservação tem como objetivo a conservação da vida do indivíduo, como, por exemplo, conduzir o indivíduo a procurar alimentos e a defender-se, ou seja, manter-se vivo. Por supor que o eu esteja a serviço da conservação, Freud coloca a pulsão de autoconservação como sinônimo da pulsão do eu. No entanto, no ensaio de 1914 “Sobre o narcisismo: uma introdução”, o autor descreve o eu como um objeto de investimento libidinal. Sendo assim, a libido não seria apenas uma energia ligada à pulsão sexual, mas também estaria relacionada ao investimento no eu. Com o conceito de narcisismo, o eu passa a ser objeto de investimento libidinal das pulsões sexuais, o que corresponde a uma sexualização do eu. Neste sentido, Freud (1996k/1920) afirma que “a oposição original entre instintos do ego e os instintos sexuais mostrou-se inapropriada” (p. 62). O autor reconhece o caráter libidinal na pulsão do eu, em que o próprio eu do sujeito é objeto de investimento. E, portanto, levanta um questionamento acerca do dualismo pulsional: como distinguir as pulsões sexuais das pulsões do eu? A resposta para esta questão ganha uma consistência em 1920, quando ele postula o conceito

A pulsão de vida se opõe à pulsão de morte, no sentido de que a primeira busca a conservação do organismo, ao passo que a pulsão de morte visa à destruição do organismo, ao aniquilamento do sujeito, ao retorno do inanimado da forma mais rápida. Mas, paradoxalmente, Freud (1996k/1920) afirma que as duas pulsões se apresentam misturadas, amalgamadas. É difícil isolá-las. Por esta razão, ele reconhece a dificuldade de se perceber a existência da pulsão de morte, visto que se trata de uma pulsão mais silenciosa, invisível. Por outro lado, a pulsão de vida é mais ruidosa e perceptível.

Jorge (2010) retrata uma característica comum tanto da pulsão de vida como da pulsão de morte. Trata-se de um traço discutido por Freud desde o início da construção do conceito de pulsão em 1915a, com “Os instintos e suas vicissitudes”. Este traço seria o caráter conservador da pulsão. Segundo Jorge (2010), toda pulsão seria conservadora, pois tem como objetivo manter um estado anterior das coisas. A pulsão de vida visa preservar a existência do sujeito, enquanto que, a pulsão de morte conservar o não ser do qual adveio. A pulsão de morte almeja o retorno ao estado inanimado, inorgânico. Sendo assim, o objetivo da vida é a morte. O aparelho psíquico busca é o princípio de Nirvana. Isto é, atingir o ponto zero de tensão, uma ausência completa de excitabilidade.

Esse discurso freudiano contraria, radicalmente, os cânones positivos da biologia, visto que a presença da morte se inscreve no interior da vida (Birman, 2018). Conforme vimos no capítulo anterior, as leis da ciência possuem um discurso vitalista. Ela almeja a vida, a cura para todos os males. Tal discurso é incutido desde a formação médica. E, por essa razão, esses profissionais encontram muitas dificuldades em lidar com pacientes que, por exemplo, não aderem aos tratamentos médicos ou que tentaram suicídio. Esses pacientes contrariam o discurso vitalista, pois neles há uma primazia da pulsão de morte sobre a pulsão de vida.

Mas não se alcança o ponto zero de tensão, a menos que o sujeito morra. O aparelho psíquico tem como função e finalidade o domínio das excitações. Dominar as excitações significa mantê-las em um nível baixo, já que é impossível eliminá-las totalmente por conta da pulsão de vida. Freud (1996k/1920) anuncia,

de pulsão de morte. Em vista disso, o ensaio “Além do princípio de prazer” apresenta um novo dualismo pulsional: a pulsão de morte *versus* a pulsão de vida, esta última englobando tanto as pulsões sexuais como as pulsões do eu ou pulsões de autoconservação.

dessa forma, a importância da pulsão de vida, cuja função é garantir que o organismo seguirá seu caminho para a morte, mas não pelo trajeto mais curto. E, assim, o autor completa que “o organismo deseja morrer apenas do seu próprio modo” (p. 50).

Jorge (2017) afirma que essa aspiração do vivo pelo princípio de Nirvana é inalcançável: “não se alcança a morte em vida, pois se ela for alcançada nós não estamos mais ali” (p. 219). E remete à música de Cazuza, “Boas Novas”, que traduz essa verdade em sua letra: “Senhoras e senhores/ Trago boas novas/ Eu vi a cara da morte/ E ela estava viva/ Eu vi a cara da morte/ E ela estava viva – viva!” (Cazuza, 1988 *apud* Jorge, 2017, p. 219). Nota-se nessa letra de música que a dimensão da morte só pode ser abordada por meio do humor. No final do texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte”, Freud (1996h/1915b) comenta que uma forma possível de reconciliação com a morte é através da arte. Por meio da arte podemos vivenciar vicissitudes da vida.

Vimos o quanto a pulsão de vida e a pulsão de morte estão no cerne do funcionamento psíquico. Porém, Freud apresentou, em 1915b, no ensaio supracitado, que a morte não encontra representação no psiquismo. Então como podemos explicar que ela está no cerne do funcionamento psíquico?

Campos (2013) afirma que “a pulsão de morte deve ser entendida como uma potencialidade traumática¹² para o aparelho psíquico, necessitando ser ligada e representada” (p. 13). Assim, a pulsão de vida seria uma força de ligação no aparelho psíquico, contrapondo-se à pulsão de morte, que seria uma força de desligamento. Portanto, tudo que diz respeito à representação e à tentativa de ligação são expressões da pulsão de vida, enquanto a ruptura e o traumatismo são expressões da pulsão de morte.

Isto nos lança à ideia de que a pulsão de morte “é contra toda a possibilidade de representação no psiquismo” (Campos, 2013, p. 15), tendo em vista que ela tenciona a descarga absoluta da energia psíquica, o que conduziria ao aniquilamento do sujeito, à destruição do psiquismo. Assim, a pulsão de morte age de modo silencioso, conforme discutimos anteriormente. Sua expressão ocorre de forma indireta através dos fenômenos da compulsão à repetição, da agressividade, do sentimento inconsciente de culpa, entre outros.

¹² Sobre o trauma, discutiremos no próximo tópico.

Mas vimos que essa descarga absoluta não se alcança em vida por conta da pulsão de vida. Esta ideia só reforça a teoria freudiana de que a pulsão de morte nunca se expressa sozinha. Ela está sempre mesclada em maior ou menor grau com a pulsão de vida.

4.4 Sobre a angústia

Em “Inibição, sintoma e angústia” (1996m/1926), Freud expõe uma reformulação de sua teoria sobre a angústia¹³ e passa a considerar o ego como a sede da angústia. Ele presume o nascimento como a primeira experiência de angústia, visto que esta experiência comporta um fluxo grande de excitação libidinal no aparelho psíquico com o qual o bebê não consegue lidar.

O recém-nascido possui uma imaturidade biológica e psíquica para enfrentar “o recrudescimento da tensão proveniente das enormes quantidades de excitação pulsional” (Mijolla, 2005, p. 117). Esta imaturidade original do recém-nascido face a suas necessidades constitui o estado de desamparo. Esta condição retrata o protótipo da situação traumática. O bebê não consegue preencher sozinho as suas necessidades, o que gera um estado de aflição para ele, desencadeando a angústia automática.

Por situação traumática, entendemos o “afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e à sua capacidade de dominar e de elaborar psiquicamente estas excitações” (Laplanche, 2001, p. 522). Trata-se, portanto, de uma impossibilidade do ego de representar psiquicamente um excesso de estímulo.

O impedimento da situação traumática será possível via o reconhecimento de que a situação pode acontecer novamente, ou seja, numa ameaça sinalizada pela liberação de angústia. Esta situação foi denominada por Freud (1996m/1926) como angústia sinal. A angústia sinal é uma expectativa de um trauma, ao mesmo tempo que é uma repetição do trauma de forma atenuada.

Sendo assim, o infante experimenta e conhece a sua impotência e tenta alertar com urgência o objeto que pode socorrê-lo, no intuito de colocar fim ao aumento de sua excitação pulsional. Ou seja, ele reconhece que, sem a ajuda do

¹³ Antes da segunda tópica, a angústia era considerada como fruto do recalque. No entanto, Freud (1996p/1933) desvenda que não era o recalque que causava a angústia, ela já existia antes. A angústia está presente desde o nascimento do bebê, conforme discutiremos.

outro, sua existência corre perigo. É o outro que irá ampará-lo nas suas necessidades e nomeará o seu desconforto.

Portanto, Freud (1996m/1926) distingue duas formas de angústia: a angústia automática e a angústia sinal. A primeira, cujo ponto crucial é a situação traumática, se caracteriza por um acúmulo de excitação, com o qual o ego não consegue lidar. Trata-se de uma experiência que tem como determinante o evento susto e inesperado, situação para a qual o psiquismo não estava preparado. Isto é, no trauma, o aparelho psíquico é tomado pelo susto, não havendo um preparo prévio realizado para assinalar a iminência de perigo.

Já a angústia sinal seria uma resposta do ego à ameaça de instalação de uma situação traumática. Ela tem como função sinalizar ao ego a proximidade do perigo e promover a defesa. Em outras palavras, o sujeito reconhece a situação traumática que está por vir e incita a defesa. Esta última é responsável pela tentativa de ligar o excesso de energia com grupos de representações psíquicas. A ligação do excesso de excitação tem o intuito de reduzir a quantidade de energia que circula no aparelho psíquico e, assim, viabilizar a descarga.

Retomando a questão dos sonhos traumáticos discutida no tópico anterior. A repetição presente nesses sonhos também está relacionada ao transbordamento de excitação no psiquismo. Trata-se de sujeitos que passaram por eventos dolorosos inesperados, sendo esses revividos nos sonhos com regularidade. O sonho traumático reconduz o sujeito à situação do trauma, gerando a angústia, numa tentativa de promover a ligação do excesso de energia.

A angústia produzida nos sonhos traumáticos é a angústia sinal, que tem como função sinalizar a proximidade do perigo. Nesta perspectiva, esses sonhos consistem em uma tentativa retroativa de se ativar a angústia como via de preparação do psiquismo para lidar com o afluxo de expectativa que se opõe ao trauma, pois, no momento do trauma, o aparelho psíquico é tomado pelo susto, não havendo um preparo prévio realizado pela angústia para assimilar a iminência do perigo e incitar a defesa.

Podemos, também, discutir essa distinção entre a angústia automática e a angústia sinal no que tange à questão da morte. Quando a morte de um ente querido é ocasionada por um acidente ou seguida de um diagnóstico, ou seja, quando ela ocorre de forma abrupta e inesperada, a experiência do familiar é de susto, o qual deflagra a angústia automática. O psiquismo se vê inundado por um

excesso de excitação para o qual não estava preparado e que tende a ser descarregado pela via somática.

Já quando o paciente está internado por um longo período por conta de uma enfermidade ou convive com a doença há bastante tempo, a família vive em constante estado de alerta para um possível perigo, a morte do seu ente querido. Trata-se, neste caso, da angústia sinal, que prepara o psiquismo para o trabalho de ligação do excesso de energia com as representações diante do perigo iminente da perda.

Em “Inibição, sintoma e angústia” (1996m/1926) e “Conferencia XXX II: ansiedad e vida instintual” (1996p/1933), a problemática sobre a angústia também foi relacionada com o desenvolvimento psíquico. Em cada fase, o ego enfrenta uma exigência libidinal excessivamente grande e, portanto, “elas formam de novo a sua angústia” (p. 97). Freud (1996p/1933) presume que:

O perigo de desamparo psíquico ajusta-se ao estágio da imaturidade inicial do ego; o perigo de perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se à falta de autossuficiência dos primeiros anos da infância; o perigo de ser castrado ajusta-se à fase fálica; e, finalmente, o temor ao superego, que assume uma posição especial, ajusta-se ao período de latência. No decorrer do desenvolvimento, os antigos fatores determinantes da angústia deveriam sumir, pois as situações de perigo correspondentes a eles perderam sua importância devido ao fortalecimento do ego. Isto, contudo, só corre de forma muito incompleta. Muitas pessoas são incapazes de superar o temor da perda do amor; nunca se tornam suficientemente independentes do amor de outras pessoas e, nesse aspecto, comportam-se como crianças. O temor ao superego normalmente jamais deve cessar, pois, sob a forma de angústia moral, é indispensável nas relações sociais, e somente em casos muito raros pode um indivíduo tornar-se independente da sociedade humana (Freud, 1996p/1933, p. 91 e 92).

Vimos que, inicialmente, o bebê vivencia um desamparo motor e mental, dado que ele depende de alguém para atender as suas necessidades. O ego imaturo não tem capacidade de dominar o excesso de excitação proveniente de fontes internas e externas. O bebê, ao nascer, depende de um outro para sobreviver. É o outro quem “traduz” e promove aquilo de que o recém-nascido necessita, colocando um fim ao aumento de sua excitação pulsional (Menezes, 2012).

Em seguida, na primeira infância, o perigo é a perda do objeto, da mãe que protege e ama. A criança experimenta a condição de desamparo quando, em vez de sua mãe, ela se apresenta a um estranho. A criança exhibe uma angústia diante

do perigo da perda do objeto. Ela não sabe ainda distinguir entre a ausência temporária e a perda permanente. Para a criança, se a mãe não está por perto, é como nunca mais fosse vê-la novamente.

A ausência da mãe constitui um perigo e logo que surge esse perigo a criança dá sinal de angústia, a fim de evitar a situação traumática. A angústia sinal tem como função, portanto, sinalizar a proximidade do perigo da perda do objeto, neste caso, a ausência da mãe.

A transformação seguinte da angústia é em angústia de castração, que pertence à organização fálica na infância. Constitui, também, uma angústia de separação em relação ao objeto; entretanto, neste caso, o perigo é o de se separar dos seus órgãos genitais.

Lembremos que o complexo de castração tem como resolução a expressão de uma falta, ao mesmo tempo que impõe uma lei, permitindo a entrada do sujeito no mundo simbólico, da linguagem. Neste sentido, o complexo de castração tem uma função estruturante do psiquismo.

Com a resolução do complexo de castração, a mudança seguinte da angústia é o poder do superego. Freud (1996m/1926) ressalta que:

Com a despersonalização do agente parental a partir do qual se temia a castração, o perigo se torna menos definido. A angústia de castração se desenvolve em angústia moral – angústia social –, não sendo agora tão fácil saber o que é angústia. A fórmula ‘separação e expulsão da horda’ só se aplica àquela porção ulterior do superego que se formou com base em protótipos sociais, não só ao núcleo do superego, que corresponde à instância parental introjetada (Freud, 1996m/1926, p. 138).

O superego, como herdeiro do Complexo de Édipo, se forma no ego da criança a partir de suas identificações com os pais. A criança abandona os pais como objeto e os introjeta no ego. Portanto, o que ela teme agora é a punição do superego, ao qual reage com um sinal de angústia.

Freud (1996m/1926) pontua que a transformação final da angústia, pelo qual passa o medo do superego, é o medo da morte. No texto “O futuro de uma ilusão” (1927), o autor afirma que o sujeito está lançado no mundo, sem qualquer figura protetora e, por esta razão, está exposto à possibilidade da morte e do trauma. Não há garantias para o sujeito sobre o seu existir, nem sobre o seu futuro. Assim, o sujeito é lançado à condição de desamparo. Esta coloca o sujeito na

condição de incompletude, de finitude e de limite. Para viver, as pessoas criam possibilidades para enfrentar o seu desamparo: a religião e a ciência.

Freud (1996n/1927) anuncia que o mais antigo e forte desejo do homem é a proteção de um pai. Este desejo está expresso nas religiões, visto que o sujeito reivindica a proteção de um pai através das figuras de deuses. Quando o sujeito descobre que a força do pai é limitada, isto é, que ele não garante tudo na vida, ela retorna ao pai de sua infância, subestimando-o e transformando-o em divindade. Já a ciência possui uma fantasia de onipotência, pois, com o seu avanço, ela visa garantir à humanidade o domínio sobre a natureza e sobre a vida e a morte. Ela aproxima cada vez mais a imagem do homem de um Deus que garantirá “a vida eterna”.

Em nossa pesquisa, observamos que esta figura se apresenta, cada vez mais, personificada na pessoa do médico, como aquele que tem o domínio da vida e da morte, conforme discutimos no capítulo anterior. Entretanto, esses fatores são ilusões, ou seja, crenças, cuja motivação é proveniente de um desejo de proteção e que, na verdade, causam mais desilusões, pois não garantem ao sujeito o seu existir.

4.5 A transitoriedade

Em 1916, Freud compôs um pequeno ensaio sobre as lembranças de um passeio com um amigo. Trata-se do artigo “Sobre a transitoriedade”. Nele, o autor descreve que seu amigo se entristece ao perceber, de modo súbito, a transitoriedade da beleza das flores, dos homens e de toda a criação realizada pelo homem. Ou seja, “tudo aquilo que, em outras circunstâncias, ele [o homem] teria amado e admirado, pareceu-lhe despojado de seu valor por estar fadado à transitoriedade” (p. 317).

Neste sentido, o autor especulou duas noções psíquicas que podem surgir quando constatamos que tudo que é belo se deteriora com o tempo: uma seria o desalento sentido pelo amigo de Freud; a outra, a revolta contra a fatalidade de que tudo tem um fim. Não podemos esquecer que, quando Freud escreveu este texto, ele vivenciava a Primeira Guerra Mundial. E, portanto, retrata a revolta contra a fatalidade com essas palavras:

Não! É impossível que toda essa beleza da Natureza e da Arte, do mundo de nossas sensações e do mundo externo, realmente venha a se desfazer em nada. Seria por demais insensato, por demais pretensioso acreditar nisso. De uma maneira ou de outra essa beleza deve ser capaz de persistir e de escapar a todos os poderes de destruição (Freud, 1996i/1916, p. 317).

Mas o que existiria por trás dessa revolta ou desse desalento? Freud (1996i/1916) afirma que seria o desejo de uma exigência de eternidade. Nota-se que não é a primeira vez que o autor aborda esse desejo do homem de imortalidade. Ele escreveu sobre o assunto no texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914) e “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1915), conforme já trabalhamos em “Reflexões sobre a morte”.

Assim, Freud (1996i/1916) retrata que o sofrimento de seu amigo frente à iminência da morte das flores provocou pensamentos sobre a sua transitoriedade. A ideia de que a beleza da vida era transitória suscitou a antecipação do luto pela morte dessa mesma beleza e fez com que ele deixasse de apreciar a beleza da vida.

Diante disso, neste ensaio, o autor anuncia a teoria do luto contida no texto “Luto e melancolia” (1917). Aqui, ele explica que, no desenvolvimento inicial do eu, a libido é dirigida para o próprio ego. Depois essa libido é desviada do ego para os objetos. Se o objeto for perdido, a libido investida neste objeto será liberada e poderá ser, então, ou substituída por outro objeto ou retornar temporariamente para o ego. Contudo, esse processo é doloroso, visto que a libido se apega ao objeto perdido e não renuncia a ele, nem mesmo quando um substituto se acha bem à mão.

Tendo em vista que se trata de um anúncio da teoria do luto, Freud (1966i/1916) afirma que ainda são nebulosos os motivos pelos quais o desligamento da libido deve constituir um processo tão doloroso. A dor do luto é uma questão que atravessa Freud também no texto “Luto e melancolia” (1917). O autor só conseguirá desdobrar mais o assunto no apêndice do texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926), como veremos a seguir.

4.6 Luto e melancolia

No texto “Luto e melancolia”, Freud (1996j/1917) discorre sobre a natureza da melancolia, comparando-a com alguns aspectos do luto. Este texto

traz importantes contribuições para o nosso trabalho, e veremos como ele dialoga com outros artigos do autor. Dessa forma, discutiremos esta comparação entre luto e melancolia para posteriormente abordarmos questões peculiares do luto.

Freud (1996j/1917) define o luto como “uma reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (p. 249). Ele sinaliza que a melancolia, embora envolva também uma perda, difere do luto. Na melancolia, há uma disposição patológica que não existe no luto. Embora o luto envolva afastamentos de atividades da vida cotidiana, ele não é considerado uma patologia e nem precisa de tratamento médico. Assim, o luto é superado após um tempo, sendo inútil e até mesmo prejudicial qualquer interferência médica durante o seu trabalho.

Os traços presente no luto são um desânimo profundo, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar e a falta de interesse pelas atividades cotidianas. O sujeito, diante da perda de seu ente querido, perde o interesse pelo mundo externo, visto que o mundo externo não evoca esse alguém. Assim como perde a capacidade de adotar um novo objeto de amor e se afasta das atividades que não estão ligadas à sua perda. Para esclarecer a presença desses traços nos enlutados, Freud (1996j/1917) descreve o processo de elaboração do luto.

No texto de 1917, são destacados dois pontos no trabalho do luto: o exame de realidade e o fator tempo. O exame de realidade consiste na constatação de que houve a perda. É o momento em que o sujeito percebe que o objeto amado não existe mais e, conseqüentemente, inicia o processo de luto. Segundo o autor, o trabalho de elaboração do luto consiste na retirada do investimento libidinal do objeto perdido. Havia um grande dispêndio de energia no objeto que foi perdido, e como agora o objeto não existe mais, a libido é requisitada a retirar suas ligações daquele objeto. No entanto, este desligamento da libido com relação ao objeto não é fácil, lança o sujeito na condição de sofrimento e demanda um tempo.

Freud (1996j/1917) assinala que a cada lembrança do objeto perdido, a libido é evocada, hipercatexizada e deligada desse objeto. Portanto, aos poucos, a libido fica livre para ser investida em novos objetos. Ou seja, todo investimento libidinal apreendido no objeto perdido é, aos poucos, desligado, para posteriormente ser reinvestido em novos objetos. No entanto, isto consome tempo,

visto que ninguém abandona de bom grado um objeto de amor, nem mesmo quando um substituto entra em cena.

Freud (1996j/1917) diz que os mesmos traços são encontrados na melancolia, apenas acrescentando que, na melancolia, existe também uma diminuição da autoestima, a ponto do sujeito se recriminar. A melancolia também constitui uma reação à perda de um objeto amado. No entanto, trata-se de uma perda de natureza mais ideal, visto que o sujeito melancólico “sabe *quem* ele perdeu, mas não o *que* perdeu nesse alguém” (p. 251). Portanto, na melancolia a perda é retirada da consciência, ao passo que, no luto, não há nada de inconsciente a respeito da perda.

O desinteresse pelo mundo externo aparece tanto no luto como na melancolia. Freud (1996j/1917) esclarece que essa perda de interesse durante o processo de luto pode ser explicada pelo ego estar absorvido no luto. Portanto, os objetos que não estão estritamente ligados ao objeto perdido perdem inteiramente o seu interesse durante o luto. Na melancolia, a perda desconhecida ou não identificada resultará em um trabalho interno de alguma forma semelhante ao luto, mas com uma diferença. Tal diferença consiste em que o melancólico expõe uma diminuição da sua autoestima, um empobrecimento do seu ego. No luto, o mundo se torna pobre e vazio, ao passo que, na melancolia, é o próprio ego que se revela esvaziado e empobrecido. A melancolia seria como uma ferida aberta, que atrai para si todo o investimento libidinal a ponto de esvaziar o ego e deixá-lo empobrecido. Essa ferida aberta não deixa o eu investir no mundo externo. Em consequência disso, ocorre uma inibição das atividades diárias e uma abolição do desejo.

Freud já havia destacado a apatia, o desinteresse e o empobrecimento da excitação na melancolia em uma carta para Fliess datada em 1895a. Nesta, o autor coloca que a melancolia seria um luto pela perda da libido, pela perda da vida pulsional. E define a melancolia como uma inibição psíquica e um empobrecimento pulsional.

Em 1917, Freud retoma a análise do quadro de melancolia e averigua questões sobre a autocritica do melancólico. E questiona por que um homem tem que adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie: um hiper-realismo. Ou seja, o sujeito melancólico “dispõe de uma visão mais penetrante da verdade do que outras pessoas que não são melancólicas” (Freud, 1996j/1917, p. 252).

Freud (1996j/1917) constata que o sujeito melancólico mostra-se desprovido de vergonha e apresenta uma satisfação no desmascaramento de si mesmo, ou seja, na autorrecriação. Despojado de valor e convencido de suas implicações negativas, o sujeito melancólico se culpa. Esse quadro de condição de insignificante, geralmente, é complementado pela insônia, pela recusa alimentar e por uma extrema prostração. O autor assegura que intervenções no sentido de abrandar o discurso do paciente – como, por exemplo, justificar algumas de suas acusações ou defendê-lo frente a estas – se mostram infrutíferas e antiterapêuticas.

Essas autorrecriações consistem, na verdade, em recriações feitas a um objeto perdido e são deslocadas desse objeto para o ego do melancólico. Portanto, o melancólico não se envergonha e nem se oculta de suas próprias degradações, visto que tudo que ele expõe diz respeito a outra pessoa.

Para esclarecer essa identificação do ego do melancólico com o objeto abandonado, o autor retoma o tema das escolhas objetais exposto no texto de 1914, “Sobre o narcisismo: uma introdução”. Neste texto, Freud (1996f/1914) faz uma distinção entre dois tipos de escolha objetual: o tipo narcisista e o tipo anaclítico ou de ligação. No primeiro tipo, a criança toma a si mesma como objeto de amor. Ao passo que, no segundo tipo, a criança escolhe o objeto sexual inspirado nas pessoas encarregadas pelos seus cuidados.

No texto de 1914, Freud afirma que o eu, enquanto unidade, não existe desde o início da vida. É somente após o eu ser investido de libido que uma parte desta libido poderá ser repassada para os objetos. Ou seja, inicialmente, “o eu é objeto privilegiado de investimento libidinal, a ponto de se constituir como ‘grande reservatório’” (Freud, 1996f/1914, p. 43), para que, posteriormente, o investimento libidinal possa incidir sobre os objetos. Por esta razão, a criança toma a si mesmo como objeto de amor, isto é, libido narcísica. Para que, depois, invista nos objetos – libido objetual.

Sendo assim, na melancolia, em determinado momento, houve uma escolha objetual, uma ligação da libido a uma pessoa particular. No entanto, houve um desapontamento com essa pessoa amada e, assim, a relação objetual foi destruída. O curso normal, conforme vimos no luto, seria: a retirada da libido desse objeto para, posteriormente, a libido ficar livre e deslocar-se para novos objetos. Contudo, no caso do sujeito melancólico, a libido livre não é deslocada para um novo objeto, ela é retirada para o ego. E, ao permanecer ali, estabelece

uma identificação do ego com o objeto abandonado. Isto é, “a sombra do objeto caiu sobre o ego” (Freud, 1996j/1917, p. 254). Por esta razão, o melancólico toma uma parte de seu ego como objeto.

Portanto, a escolha objetual, na melancolia, é efetuada numa base narcisista, visto que o investimento objetual, ao se confrontar com obstáculos, retrocede para o narcisismo. Na melancolia, há uma regressão do investimento objetual para a fase oral, fase narcisista da libido. Nesta fase do desenvolvimento, o ego busca incorporar o objeto, ou seja, devorando-o.

No ensaio de 1917, Freud retoma o texto “Totem e tabu” (1996e/1913) para exemplificar essa questão da identificação do ego do melancólico com o objeto perdido. Ele retrata a relação dos filhos com o pai primevo: no ato de devorar o pai morto, os filhos buscam identificar-se com esse pai. Dez anos depois, no texto “O Ego e o Id”, Freud (1996l/1923) apresenta essa ideia de forma mais precisa:

Um paralelo interessante à substituição da escolha de objeto pela identificação pode ser encontrado na crença dos povos primitivos [...], de que os atributos dos animais que são incorporados como alimento persistem como parte do caráter daqueles que os comem (Freud, 1996l/1923, p. 42).

Essa retomada ao texto “Totem e tabu” faz com que o autor examine também a ambivalência emocional. Freud (1996j/1917) anuncia que a perda de um objeto amoroso constitui uma excelente experiência para a pesquisa acerca da ambivalência emocional, pois em cada relação amor e ódio estão entrelaçados.

O autor assinala que, na neurose obsessiva, o conflito produzido pela ambivalência contribui para o luto de cunho patológico. Neste caso, o sujeito enlutado se sente culpado pela perda do objeto – porque, em um nível inconsciente, ele desejou. Entretanto, nesses estados obsessivos, “não há uma retração regressiva da libido” (Freud, 1996j/1917, p. 256). Já na melancolia, a identificação narcisista faz desencadear um ódio contra si próprio e, ao mesmo tempo, uma satisfação. É pela via da melancolia que o sujeito consegue maltratar o objeto amado sem precisar expressar a sua hostilidade para com ele. Todavia, em ambos os casos, a instância crítica reveste-se de crueldade, esmagando o ego sob a pressão de culpa.

Desta forma, o autor alerta para a tendência ao suicídio na melancolia: o eu só pode condenar-se à morte se tratar a si mesmo como um objeto. Portanto, a hostilidade dirigida ao objeto retorna para o eu do sujeito. Segundo ele, o ato de suicídio, neste caso, constitui um resultado sádico, o qual visa a destruição do eu pela identificação com o objeto perdido. Sendo assim, o objeto “se revelou mais poderoso que o próprio ego” (Freud, 1996j/1917, p. 257).

Além desses traços, a melancolia apresenta outra questão: ela desaparece após certo tempo, sem deixar qualquer vestígio. Esta característica também comparece no luto, mas com uma diferença. No luto, após o trabalho de elaboração, o ego consegue liberar a sua libido do objeto perdido e o sujeito não entra em estado de mania após a superação da perda do objeto. Enquanto na melancolia, após o desaparecimento dos sintomas melancólicos, podem surgir sinais de um quadro maniaco. É notório que isso não acontece em todos os casos de melancolia. Em alguns desses casos há uma recaída dos sintomas melancólicos e surgem os sinais de mania; em outros, há uma ausência dos quadros eufóricos ou estes se apresentam de forma muito leve.

Freud (1996j/1917) descreve que os sintomas da mania se opõem aos da melancolia, visto que ocorrem estados de euforia, exultação e triunfo. Entretanto, o sintoma da mania só na aparência se difere do da melancolia. O autor afirma que as duas manifestações são interligadas e dependentes da mesma condição econômica interna. Ou seja, com o término do trabalho da melancolia, o acúmulo de libido no ego fica livre e, por esta razão, surge uma condição de voracidade em relação ao mundo. Na mania, esse dispêndio de energia psíquica mantido no ego encontra a possibilidade de descarga, sendo essa descarga caracterizada por sinais de emoções jubilosas, como a euforia, o triunfo, entre outras.

Freud (1996j/1917) conclui que existem três precondições na melancolia: a perda do objeto, a ambivalência e a regressão da libido ao ego. Sendo que essas duas primeiras também se encontram na autorrecriação obsessiva (luto patológico) que ocorre após a morte de um ente querido. O terceiro fator, a regressão da libido ao ego, é também responsável pelo quadro de mania, já que, após o trabalho da melancolia, o acúmulo de libido no ego fica livre e faz com que a mania seja possível.

4.6.1 A dor e o luto

O esboço de uma teoria sobre a dor está explícito na obra de Freud em dois textos: no “Projeto para uma psicologia científica”, de 1895b, e em “Inibição, sintoma e angústia”, de 1926. Entretanto, em todo percurso freudiano, o tema sobre a dor está nas entrelinhas, como, por exemplo, no texto de 1914 “Sobre o narcisismo: uma introdução”, na retomada da questão do trauma como invasão, na produção acerca do conceito da pulsão de morte, na diferenciação do luto e da melancolia (Pontalis, 2005). Nestes textos, o autor configura a dor tanto como uma ruptura das barreiras protetoras quanto como uma reação defensiva.

No “Projeto para uma psicologia científica”, Freud (1996b/ 1895b) tenta construir uma teoria psicológica fundamentada na ciência. Logo, todo o seu vocabulário é baseado na neurologia para explicar noções psicológicas. Ele era neurologista e, portanto, conhecia muito bem o funcionamento do sistema nervoso, de tal modo que esse conhecimento contribuiu para a construção do projeto.

Freud (1996b/1895b) afirma que o sistema nervoso tem uma propensão a fugir da dor. Isto seria perceptível na tendência primária contra o aumento de tensão *Qrj* (quantidade da ordem intracelular). O organismo tenta manter a *Qrj* no mais baixo nível possível e se resguardar contra qualquer aumento da mesma.

A dor, portanto, consiste em um aumento da quantidade de excitação. “Toda excitação sensorial, mesmo a dos órgãos superiores dos sentidos, tende a se transformar em dor à medida que o estímulo aumenta” (Freud, 1996b/1895b, p. 359). Para o autor, a dor é caracterizada como uma irrupção de grandes *Qs* (quantidades de energia) em *psi* (sistema de neurônios impermeáveis).

Neste ensaio, o autor distingue dois tipos de sistema neuronal: o sistema de neurônios *phi* (neurônios permeáveis) e o sistema de neurônios *psi*. Ele supõe que esses dois tipos de neurônios possuem uma barreira de contato. No entanto, no sistema de neurônios *phi* essas barreiras de contato são mais permeáveis, enquanto no sistema de neurônios *psi* essas barreiras são impermeáveis. A falha na função das barreiras protetoras do sistema nervoso ocasionaria a dor. Com alta magnitude de *Qs*, as barreiras do sistema de neurônios *psi* se tornam menos impermeáveis e, portanto, mais semelhantes ao sistema *phi*. Deste modo, todos os neurônios são permeáveis à dor.

Os neurônios *psi*, por sua vez, ficam permanentemente alterados pela passagem de uma excitação, ou seja, suas barreiras de contato se alteram por conta

do excesso de Q. “A dor sem dúvida deixa facilitações permanentes atrás de si em *psi*” (Freud, 1996b/1895b, p. 359). Em outras palavras, a experiência dolorosa provoca um trauma psíquico, isto é, possui todas as condições de deixar um traço de memória no organismo, visto que a resistência das barreiras de contato são derrubadas por conta de altas magnitudes de Q.

Nota-se que, desde o início de sua obra, Freud tende a conceber o fenômeno da dor como um excesso de excitação. Ele retoma essa teoria da dor no texto “Além do princípio de prazer” (1920) e descreve o fenômeno da dor como sendo a ruptura da barreira protetora do aparelho psíquico. “[...] a dor física provavelmente resulta de que o escudo protetor tenha sido atravessado numa área limitada” (p. 40). Nesta lógica, a dor aparece atrelada ao trauma. O excesso de excitação possui um caráter de dor e se manifesta na forma reativa de angústia.

Neste ensaio, o fenômeno da dor também é tratado como uma reação defensiva diante do excesso pulsional. A problemática da dor é discutida a partir de uma analogia entre a dor física e a dor psíquica. Na dor física, há a ruptura de uma área limitada do tecido orgânico, através da qual passa um fluxo contínuo de excitações, desde a periferia externa até o interior do corpo. Nesses casos, a reação da mente consiste em convocar energias de todas as áreas para fornecer um contrainvestimento nos arredores da ruptura, numa tentativa de cicatrizá-la.

Esse deslocamento de energia causa um empobrecimento de outros sistemas, uma vez que, ao enviarem energia para área dolorida, ficam desinvestidos. Assim, o sistema atingido não utiliza a própria energia para expulsar o que a afetou, mas precisa de energias de outros sistemas para tentar conter o afluxo de excitação. Portanto, trata-se, na dor física, de um encontro entre a energia invasora e a libido narcísica, esta última sendo responsável por tentar conter o afluxo de excitação.

Em 1914, no ensaio “Sobre o narcisismo: uma introdução”, Freud já retratava esta distribuição da libido no caso da doença orgânica. Ele afirmava que, no caso da dor física, o sujeito concentra toda a sua libido nas coisas que dizem respeito ao seu sofrimento orgânico. A pessoa doente deixa de se interessar pelos fatos do mundo externo. Deste modo, “concentrada está a alma a respeito do poeta que sofre de dor de dentes, ‘no estreito do molar’” (Freud, 1996f/1914, p. 89). Ou seja, o enfermo se recolhe diante de suas atividades e se volta apenas para a

própria dor. Ele só retira suas catexias libidinais do ego e as põe para fora novamente quando se recupera.

Na dor psíquica, ocorre um processo similar ao da dor física, ou seja, ocorre também uma ruptura. No entanto, na situação da dor psíquica, a ruptura ocorre entre a libido e o objeto (Lourenço, 2009). É justamente essa ruptura entre a libido e o objeto que Freud descreve em seu trabalho “Luto e melancolia” (1917), conforme discutimos anteriormente. O objeto amado era altamente investido. Com sua perda, o sujeito se vê obrigado a retirar seu investimento libidinal desse objeto. É esse remanejamento da libido do objeto para o ego e, posteriormente, do ego para o mundo externo que constitui um processo doloroso.

Pontalis (2005) salienta que tal tentativa de esclarecimento se dê em um “apêndice”, já levanta a hipótese de que a dor era um problema para Freud, do qual ele tinha dificuldade de integrar a sua teoria. O próprio Freud menciona essa dificuldade no ensaio de 1917: “Parece [...] adequado chamar a disposição para o luto de dolorosa. É bem provável que vejamos a justificação disso quando estivermos em condições de apresentar uma caracterização da economia da dor” (p. 250). No próximo capítulo, quando discutirmos a dor vivenciada pelas famílias de pacientes internados na UTI, veremos que pós-freudianos abordam algumas questões acerca da economia da dor.

5 O silêncio da morte no contexto de UTI: a dor silenciada e a dor silenciosa

“Na UTI o silêncio é a marca do ambiente”

(Vieira & Marques, 2012, p. 105).

5.1 As vertentes do silêncio no contexto de UTI

A UTI é um local frio, silencioso e, ao mesmo tempo, intensamente ensurdecedor por causa dos bipes dos aparelhos. É um ambiente onde mais podemos vislumbrar que a vida e a morte realmente habitam a mesma casa. A vida e a morte encontram-se entrelaçadas em um local no qual os avanços médicos e tecnológicos retratam todas as potencialidades humanas de lutar em prol da vida, mas, paradoxalmente, há a iminência constante da morte (Netto, 2009). A UTI, geralmente, fica isolada das demais enfermarias do hospital, “para que não se fale sobre o limite entre a vida e a morte, porque é da ordem do indizível, do não-sabido” (Vieira & Marques, 2012, p. 105).

Por esta razão, evita-se pronunciar a palavra morte em um ambiente como a UTI. Vimos nos capítulos anteriores que os profissionais que atuam na unidade fazem uso de eufemismos para se referir à morte. Por meio dos recursos tecnológicos, a equipe de saúde também tenta, com todas as suas forças, silenciar a presença da morte e os sentimentos espinhosos advindos da proximidade da mesma.

Mas, apesar de toda a parafernália tecnológica na UTI para dar conta da vida, não há nada que dê conta da morte (Vieira & Marques, 2012), uma vez que ela escapa ao total controle do discurso científico. Por mais progresso que a ciência tenha tido nas últimas décadas, incluindo a capacidade crescente de prolongar a vida humana e aliviar as suas dores, a morte indica que o controle da natureza tem limites (Elias, 2001).

Mas, em um ambiente como a UTI, a inevitabilidade da morte se faz presente. Ela causa sofrimento, dor, tristeza e angústia à família que sofre a experiência de perda. O adoecimento e, conseqüentemente, a possibilidade de perda provoca na família uma desestabilização psíquica, causando enorme tensão. Sendo assim, o membro da família vivencia uma dor dilacerante. A princípio,

faltam-lhe palavras para significar tamanha angústia, visto que, ante a iminência de morte, encontramos o indizível, o inominável.

Diante deste quadro, diversos autores do campo da psicologia hospitalar (Moretto, 2019a; Coppus & Netto, 2016; Vieira & Marques, 2012; Nasio, 2010; Netto, 2009) apontam para a importância de um espaço de fala para que aquele que perdeu um ente querido possa se reorganizar psiquicamente, mesmo que a princípio seja acolhido apenas o silêncio.

Portanto, gostaríamos, aqui, de destacar dois movimentos no que diz respeito ao silêncio “ensurdecador” que envolve a morte na UTI. O primeiro vai no sentido de silenciar os sentimentos de pesar dos que estão envolvidos neste cenário (paciente e família¹⁴). O segundo retrata o silêncio que emana da proximidade da perda de um ente querido, necessário e vital para a elaboração de uma perda dolorosa. No presente capítulo, nomeamos estes dois “silêncios”, respectivamente, como “dor silenciada” e “dor silenciosa”.

Na denominada “dor silenciada” discutiremos o tabu da morte. Existe uma tentativa tanto da cultura contemporânea quanto da ciência de silenciar os sentimentos provocados pela morte. A equipe de saúde, enquanto representante do discurso científico, reforça este silêncio, ou seja, o tabu da morte. Para isso, explicitaremos situações em que a dor é silenciada no contexto de UTI.

Já na “dor silenciosa”, entendemos que o silêncio não pode ser resumido apenas a um negativo da palavra ou a uma ausência de comunicação. O silêncio também tem o seu valor, podendo significar algo que vai mais além da palavra (Nasio, 2010). Segundo Gomes (2017), ele pode expressar o “silêncio da intimidade, do êxtase, do medo e da morte” (p. 11). Tendo isso em vista, propomos fazer algumas leituras das várias “vozes” do silêncio. Em um cenário onde a morte é bastante presente, a família vivencia um momento de dor, conforme discutimos acima. Diante disso, buscamos refletir sobre o silêncio da dor.

¹⁴ Na UTI, pode haver tanto pacientes como familiares angustiados, porém, conforme discutimos no segundo capítulo, a maioria dos pacientes encontra-se sedada e intubada, sem condições de qualquer expressão sobre o seu final de vida. Por esta razão, focamos nas angústias, nos medos e fantasias da família do paciente. Além do mais, o nosso objetivo é discutir o impacto do tabu da morte no sujeito que vivencia uma experiência de perda de um ente querido.

Veremos que, tanto na “dor silenciada” como na “dor silenciosa”, nos deparamos com o indizível da morte. Este processo corrobora a ideia de Freud apresentada no ensaio “Sobre a transitoriedade” (1916) e no texto “Reflexões para os tempos de guerra e morte” (1915b), nos quais ele assinala que a morte não se encontra representada no inconsciente, sendo, por isso, negada. No entanto, veremos que, na “dor silenciada”, essa negação sobre a morte é da ordem de erradicar a sua presença do contexto de UTI, o que pode trazer implicações graves para o processo de luto.

5.2. A morte por detrás das cortinas

A atitude do homem contemporâneo não é apenas a de negar a morte, mas existe uma tentativa de suprimi-la (Coppus & Netto, 2016; Netto, 2009). Netto (2009) afirma que “a vida e a morte sempre caminharam juntas até que a técnica nos surpreendeu com a ilusão de que a vida pode ser estendida *ad eternum*” (p. 105). Por esta razão, no discurso contemporâneo, a morte natural deixou de existir. Vimos, no segundo capítulo, que hoje se morre de parada cardiorrespiratória e de morte encefálica, mas nunca de velhice.

Deste modo, na atualidade, a morte seria supostamente suplantada devido às garantias prometidas pelos avanços tecnológicos. O discurso científico, neste ponto, tem levado a sério o desejo humano de imortalidade, acreditando que a morte pode ser adiada indefinidamente. Conforme descrevemos anteriormente, acredita-se que, com o seu avanço, será possível a “a-mortalidade” do homem (Zaidhaft, 1990, p. 63).

Nota-se que, com o auxílio da medicina, o homem tenta aumentar o domínio do simbólico acerca do real do corpo, do sexo, do futuro incerto e, sobretudo, da morte (Netto, 2009). Vimos, no primeiro capítulo, exemplos disso através do discurso da morte que se dá sempre nas entrelinhas, do horror ao envelhecimento, da criação de cosméticos, de estilos de vida saudável, e do uso de tecnologias que deem conta de suprimir a decadência do nosso corpo e, portanto, de abolir a morte.

Na UTI, não seria diferente, visto que se trata de um local que reúne os maiores recursos tecnológicos para estender a vida e evitar a morte. Menezes (2006) ressalta que a rotina na unidade se organiza de modo a maximizar a utilização dos recursos técnicos, silenciando a expressão dos profissionais, dos

pacientes e das famílias. Logo, na unidade, não há espaço para manifestações de sentimentos.

Para que o intensivista possa exercer sua competência técnica da melhor forma possível, ele é instruído desde sua formação a criar barreiras impeditivas ao contato com seus sentimentos e emoções para não interferir nas suas decisões e não afetar a sua prática (Menezes, 2006). Discutimos, no segundo capítulo, que a formação médica promove uma dicotomia entre competência e cuidado. O cuidado retrata os aspectos subjetivos no trato com o outro e, por isso, deve ser ignorado da prática médica.

Neste viés, Sofio (2014) salienta que, na UTI, não há apenas uma assepsia do campo médico, mas também uma “assepsia psíquica” do contato com o sofrimento humano. A autora nomeia a “assepsia psíquica” como “uma tentativa de não permeabilidade ao sofrimento, de esterilização do contato com o outro” (p. 47).

Para promover essa assepsia psíquica na UTI, ou seja, para evitar o contato com os sentimentos gerados pela morte, os profissionais tentam suprimir a morte no campo de atuação seja pelo uso de eufemismos, seja pela não integração da equipe intensivista com os cuidados paliativos, seja pela comunicação entre a equipe e a família, entre outros exemplos. Aqui, ilustraremos duas situações corriqueiras na unidade de terapia intensiva que retratam o silenciamento da dor no sujeito que vivencia a possibilidade de perda de um ente querido: o uso de biombos na unidade e o modo como se dá a comunicação entre a equipe e a família.

Uma tentativa por parte da equipe de silenciar as emoções advindas da morte são os biombos colocados para esconder a morte de um paciente no setor. Entretanto, sua função não poderia ser menos eficiente. Na tentativa da equipe de colocar a morte “por detrás das cortinas”, ou seja, de escondê-las, eles anunciam a morte de um paciente no setor pelas entrelinhas, pois “o biombo não esconde a morte: anuncia-a” (Sofio, 2014, p. 72). Tal prática de colocar a morte “por detrás das cortinas” já inicia na formação médica, quando é ensinado aos acadêmicos de medicina nas aulas de anatomia a cobrir a face do cadáver com um pano.

Os biombos anunciam a morte na UTI, pois eles não são usados constantemente, já que atrapalham a visão e o controle de quem está no posto de enfermagem. Na verdade, eles só são usados em duas situações distintas: quando

o paciente é banhado, isto é, por pudor (mas, geralmente, há um horário certo para o banho dentro da unidade), ou quando o paciente morre (Sofio, 2014).

Sendo assim, as enormes frestas entre os panos amarrados e o metal que sustenta o biombo, atrelados à ausência de médicos e enfermeiros no leito e à falta de utensílios para o banho descrevem a presença da morte. Mas os profissionais que circulam pelo local não falam sobre o assunto, nem quando são questionados. A equipe, muitas vezes, procura se esquivar do assunto. Contudo, famílias que vão visitar seus entes queridos e os poucos pacientes lúcidos e orientados que se encontram no setor podem experimentar medo, angústia e pavor diante desse cenário.

A segunda situação que gostaríamos de mencionar – e que nos remeteu ao tema da “dor silenciada” – é a comunicação entre a equipe e a família. Vieira e Marques (2012) afirmam que a família do paciente, geralmente, é esquecida pela equipe de saúde, já que a sua atenção está voltada, principalmente, para os aspectos técnicos da enfermidade do paciente. Vimos, no segundo capítulo, que o estudante de medicina aprende desde a graduação a focar a sua atenção para os aspectos técnicos e a ignorar os aspectos subjetivos de sua prática.

Este esquecimento pode advir de uma resistência de falar sobre a morte, pois isso remete a um não saber e coloca a equipe numa posição de impotência. A terminalidade é algo que o profissional da UTI busca silenciar, visto que ela o confronta com o limite de sua atuação. Ou seja, com aquilo que ele próprio nomeia em sua atuação como fracasso, conforme discutimos no segundo capítulo.

Entretanto, este “esquecimento” por parte da equipe impossibilita a família de expressar as suas dúvidas, medos, anseios, bem como de obter mais informações sobre o tratamento (Vieira & Marques, 2012). Esta impossibilidade contribui para o aumento da angústia e do desamparo da família, como veremos a seguir.

Além disso, a equipe, muitas vezes, não comunica à família as reais condições do paciente; “não se fala em uma linguagem que seja possível o entendimento, apresentando como consequências a angústia e uma maior tensão entre a equipe e a família” (Vieira & Marques, 2012, p. 104). As referidas autoras salientam que, frequentemente, a linguagem rebuscada utilizada pela equipe pode configurar uma resistência também de falar sobre a morte.

Mas o que há em comum nessas duas situações? Um silêncio a respeito da morte, da finitude; ou seja, nada é dito: o uso do biombo supondo que alguém morreu no setor, a ausência de comunicação entre a equipe e a família ou o uso de um vocabulário que não favorece um entendimento para o leigo também contribuiria para a suposição sobre o estado clínico do paciente. Isto só acarreta o aumento do desamparo e da angústia da família. Várias dessas situações de tentativas de afastar a morte foram discutidas no segundo capítulo, quando falamos sobre a morte no campo médico e hospitalar.

5.3 O silêncio da dor

Por conta dos aparatos tecnológicos e do constante fator da morte, a unidade tende a parecer um ambiente estranho, intenso e ameaçador para a família (Vieira & Marques, 2012). Atrrelado a isso, conforme vimos no segundo capítulo, a unidade é culturalmente considerada o local para morrer, o que gera também muita angústia na família. A angústia se caracteriza como uma reação à ameaça da perda do objeto, ou à ideia de que o ente querido pode morrer a qualquer momento, o que pode se tornar uma preocupação recorrente para a família.

Moretto (2019a) afirma que o adoecimento, através da possibilidade de morte que ela vem representar, torna presente o impossível de suportar da castração, visto que a angústia frente à morte é um deslizamento da angústia frente à castração, como vimos em Freud. Sendo assim, o sujeito diante da morte se depara com a castração, com o traumático, com o inominável.

A ausência de palavras, neste momento, pode caracterizar a dúvida que se tem diante da não certeza da perda (Vieira & Marques, 2012). Nasio (2007) nos lembra que, em Freud, a angústia pode nascer da incerteza de um perigo temido, ou seja, da própria possibilidade de morte. Neste caso, o ego fica em constante alerta devido à proximidade do perigo temido, ou seja, a família expressa uma constante preocupação com a vida do seu parente internado.

Em Freud, a angústia sinal é uma forma atenuante de angústia diante do trauma. Conforme apontamos anteriormente, o referido autor, na “Conferência XXXII: ansiedade e vida instintual” (1933), afirma não poder ver “como objetar contra a existência de uma dupla origem da angústia – uma, como consequência direta do momento traumático, e outra, como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento” (p. 97).

Deste modo, a angústia possui um viés traumático. O excesso pulsional rompe as barreiras protetoras, ocasionando, no sujeito, a experiência de angústia e de dor. Diante dessa situação de sofrimento, a família, frequentemente, fica sem palavras para expressar o que acontece com ela mesma. Neste sentido, o adoecimento e a internação do seu ente querido podem carecer de sentido para a família, faltando a esta as palavras para se referir ao fato. Ou seja, “o sujeito não encontra, de imediato, significantes para circunscrever esse Real” (Moretto, 2019a, p. 59), onde irrompe o excesso pulsional que provoca nele a experiência de angústia.

Faremos, aqui, um pequeno parêntese para pensar em outros modos que ilustram a impossibilidade do dizer acerca da morte. No contexto do horror vivido pelos sobreviventes do Holocausto, eles não conseguiam falar de imediato sobre aquilo a que foram submetidos nos campos de concentração (Jorge, 2017). Isso também é testemunhado com sobreviventes de catástrofes históricas, que, por terem vivenciado experiências avassaladoras, encontrar-se-iam como impedidos de falar sobre as mesmas, visto o seu encontro com o traumático (Pereira & Winograd, 2017). Assim, diante de uma experiência de choque, o sujeito experimenta a impossibilidade de assimilar a vivência traumática pela via de uma narrativa, caindo, muitas vezes, na perplexidade e na ausência de palavras para descrever o trauma (Maldonado & Cardoso, 2009).

Na UTI, este estado de choque pode ocorrer quando a família se depara com a possibilidade de ruptura de um laço amoroso, como, por exemplo, a notícia de um diagnóstico de uma doença irreversível, uma internação na UTI (vimos o quanto, no imaginário social, a unidade está associada à morte), entre outros casos.

Nasio (2010) assinala que o silêncio remete a um impossível de dizer sobre a morte. Uma das características centrais do trauma está associada com a marca indelével de uma inscrição primária, não representada no psiquismo. Por isso mesmo, Maldonado e Cardoso (2009) afirmam que o indizível do trauma remete à impossibilidade de colocar em palavras a experiência de um terror inassimilável. A morte, enquanto limite humano, é vivenciada “a partir da angústia que se tem diante da não significação que ela apresenta em nós, visto que conhecemos dela apenas aquilo que se apresenta no outro” (Vieira & Marques, 2012, p. 98).

Assim, frente a esta perplexidade silenciosa, resta ao sujeito apenas a “palavra-vazio” (Nasio, 2010, p. 219), que evidencia o traumático, o “reconhecimento do abrupto” (*Ibidem*). Deste modo, muitas vezes é o silêncio que comparece como uma maneira de dar conta de um excesso pulsional que não encontra registro para ser simbolizado (Paula, 2007).

Lembremos que o excesso pulsional possui um caráter de dor e se manifesta na forma reativa de angústia. Neste caso, a dor irrompe diante da ruptura dos dispositivos de proteção do aparelho psíquico, mas, ao mesmo tempo, o ego tenta se defender desse excesso pulsional, apelando para todas as suas forças vivas – mesmo com o risco de esgotar-se – e as concentrando em um único ponto: o da representação psíquica do seu ente querido. Nasio (1997) assevera que esta imagem “atrai para si toda a energia do eu e lhe faz sofrer uma aspiração medular violenta, o que o deixa exangue e incapaz de interessar-se pelo mundo exterior” (p. 28).

Nesta perspectiva, a dor psíquica configura-se em dois movimentos: um de esvaziamento do eu – o membro da família desinveste subitamente a quase totalidade de si – e outro de superinvestimento da representação do amado. Segundo Nasio (1997), a dor do desinvestimento toma a forma clínica de uma inibição paralisante, enquanto a do superinvestimento é uma dor pungente. Freud (1996f/1914) já afirmava, em “Sobre o narcisismo: uma introdução”, que, diante de uma dor, o sujeito “deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento” (p. 89). Enquanto o sujeito sofre, ele deixa de amar, isto é, deixa de investir no outro.

Portanto, o sujeito, frente ao sofrimento em “carne viva”, se recolhe na sua própria dor, que se configura como uma experiência de exílio (Vilanova, 1997). Ele não investe em mais nada, nem em si mesmo. O ego fica imobilizado e seu único investimento libidinal está voltado para questões que dizem respeito ao seu parente adoecido, como, por exemplo, o estado clínico do paciente.

Por outro lado, o contato com a própria dor pode ser crucial para a possível elaboração de um luto. Como vimos no capítulo anterior, é necessário considerar a importância do sujeito que vive uma situação de perda – ou iminência de perda – expressar seu sofrimento, seja através do choro, do recordar de situações ou do falar sobre a possível perda, pois assim pode-se favorecer a ligação do afeto à representação, abrindo uma via para a elaboração do luto.

Por isto mesmo, Nasio (1997) descreve o trabalho do luto como um “desinvestimento progressivo do objeto” (p. 29). O autor mostra que “realizar um luto significa desinvestir pouco a pouco a representação saturada do amado perdido, para torná-la de novo conciliável com o conjunto de rede das representações egoicas” (*Ibidem*). O luto não seria nada mais do que uma redistribuição da energia psíquica que estava concentrada em uma única representação. Mas, como vimos, esse manejo de energia é doloroso.

O sujeito enlutado precisa de um tempo para conseguir elaborar algo que é da ordem de um sofrimento insuportável e atroz, pois o adoecimento provoca na família uma desestabilização psíquica. Por isso, viabilizar um espaço de escuta é bem-vindo, pois pode favorecer ao sujeito se reorganizar psiquicamente, isto é, “possibilitar que a família fale sobre suas angústias e medos, sobre o momento que estão vivendo (se quiserem), mesmo que para falar nisso eles silenciem, pois até o silêncio quer dizer alguma coisa” (Vieira & Marques, 2012, p. 105).

Entendemos que, diante da angústia provocada pelo adoecimento e, consequentemente, da possibilidade de perda do seu ente querido, falta ao sujeito um saber que organize o campo das incertezas que se abre para ele. Por esta razão, é importante proporcionar ao sujeito um espaço que possibilite uma narrativa enquanto autor de sua história e não apenas como coadjuvante de um cenário de cuidados médicos (Moretto, 2019a). Muitas vezes, o membro de uma família só é ouvido quando pode contribuir com alguma informação para o tratamento médico do paciente. Caso contrário, frequentemente ele não é ouvido em sua singularidade.

5.4 A dimensão traumática no tabu da morte

O adoecimento de um ente querido, assim, é um acontecimento na vida de uma pessoa que pode evocar para ela inúmeros sentidos ou pode carecer de sentido. Portanto, este acontecimento pode compor uma junção de consequências, entre elas a surpresa e/ou a impotência, o que exige um trabalho psíquico importante, como a elaboração de lutos (Moretto, 2019a).

Moretto (2019a) diferencia as noções de acontecimento e de experiência. O acontecimento se refere ao fato, como, por exemplo, o adoecimento de um ente querido. “O adoecimento é, portanto, um acontecimento [...] que, por ser disruptivo, exige um esforço psíquico [...] no sentido de “acomodá-lo” em sua

vida psíquica, transformando-o em experiência singular” (p. 58). Já a experiência é definida pela autora como a dimensão subjetiva do fato.

Neste sentido, a psicanálise trabalha em uma direção que vai “do acontecimento à experiência” (Moretto, 2019a, p. 58). A maneira como cada membro da família vai lidar com o acontecimento não está ligada à natureza do acontecimento em si, mas às condições subjetivas, aos laços de afeto com o paciente e à relação com esse acontecimento. Isto é, como cada sujeito, em sua radical singularidade, se relaciona com as circunstâncias que envolvem o adoecimento do seu parente internado. Portanto, para a clínica psicanalítica o que interessa é essa passagem do acontecimento para a experiência, ou seja, “essa que constrói o caminho para a subjetivação, que eleva o acontecimento, passível de ser descrito, ao estatuto de experiência que produz saber singular” (p. 59).

Como descrito acima, o adoecimento pode ser da ordem do imprevisto, o que exige da família um afastamento dos seus ideais e, conseqüentemente, um esforço psíquico para lidar com esse fato na sua vida. À vista disso, na tentativa de atribuir algum sentido àquilo que, talvez, não tenha sentido, surgem indagações que traduzem o impacto do acontecimento em sua vida, como, por exemplo: “Por que isto está acontecendo comigo?” “O que isso significa para minha vida?” Estas são perguntas importantíssimas principalmente porque, a rigor, são perguntas sem respostas imediatas. “A resposta, se houver, terá que ser construída.” (Moretto, 2019a, p. 60).

Indagações assim permitirão àquele que perde um ente querido levar o acontecimento ao nível de uma experiência subjetiva. Tais questionamentos retratam uma tentativa do parente de colocar em palavras o que acontece com ele próprio, ou seja, de tentar nomear a sua própria angústia. Pode-se dizer, de outra maneira, que a família busca costurar e dar forma ao que ela vivencia, mas, para isso, ela também necessita de uma escuta disponível, que sustente o que quer que advenha deste testemunho (Pereira & Winograd, 2017).

No entanto, quando não há nenhuma disponibilidade por parte do ouvinte para o encontro com a singularidade do sujeito, podem acontecer efeitos iatrogênicos na medida em que tal indisponibilidade pode produzir (ainda mais) desamparo e angústia à família (Moretto, 2019a). Vimos que, tanto na cultura contemporânea como no enquadre da UTI, o sujeito que vivencia uma situação de

perda iminente é convidado a silenciar a sua dor, esse silêncio produzindo efeitos traumáticos.

Neste sentido, Moretto (2019a) assinala que o caráter traumático não é apenas o acontecimento em si, mas a forma pela qual ele é excluído no seu campo de relações. A referida autora afirma que:

[...] o traumático, ao qual nos referimos aqui, não está tanto na natureza do acontecimento, mas no fato de a experiência não ter lugar no campo da alteridade: traumática é, portanto, a experiência que, não reconhecida, produz um sujeito invisível ao outro por meio da indiferença deste último. [...] o que confere o caráter traumático a uma experiência é, principalmente, o fracasso do testemunho do sujeito frente a um outro que não está disponível, também o desautoriza, transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade (Moretto, 2019a, p. 62).

Portanto, o que é traumatizante não é apenas o acontecimento real em si, mas o que foi silenciado pelo ambiente. Em outras palavras, o que torna a experiência traumatizante é a impossibilidade de escoamento pulsional, ou seja, de pôr em palavras a angústia vivenciada frente à possibilidade de perda de um ente querido.

Silva (2015) discute que os “não ditos” sobre a dor diante da morte ou da iminência da perda de alguém que se ama ficam registrados de alguma forma; eles tendem a retornar sob a forma de manifestação psicossomática. Ou seja, o fato de a família não falar sobre o sofrimento gerado por um acontecimento da vida – como a iminência de perda de um parente – pode dificultar o processo de simbolização e favorecer o movimento de direcionar essa angústia para a esfera do corpo.

Talvez, aí, configure-se o valor de um psicanalista em um ambiente como a UTI, a fim de possibilitar que a família simbolize aquilo que antes ela não conseguia ou aquilo que não lhe era permitido falar (Vieira & Marques, 2012). Além disso, a presença de um analista, também, pode favorecer que os membros da equipe se reconheçam como figura de alteridade na abordagem não apenas da doença, mas também do sofrimento da família (Moretto, 2019a).

No trabalho com a família, o psicanalista é um intermediário que acolhe a dor inassimilável do sujeito, para que ele posteriormente possa simbolizá-la (Nasio, 1997). Portanto, o seu papel é oferecer sua escuta e sua disponibilidade

para que o sujeito possa reconhecer a sua dor e nomeá-la (Moretto, 2019a). Bem diferente do que nomeá-la para a família, como, por exemplo, por meio de diagnósticos, conforme discutimos no primeiro capítulo. Nestes modelos, existem classificações diagnósticas da dor do sujeito e tratamentos medicamentosos para a remissão de sintomas (sintomas de tristeza e apatia, por exemplo). Nesse viés, não há uma escuta acerca do sofrimento do sujeito, mas ocorre frequentemente um silenciamento da dor.

Desse modo, podemos ver como no trabalho com a equipe na UTI, cabe ao psicanalista propor uma discussão sobre cada situação apresentada, levando em consideração aspectos subjetivos de cada família, pois, assim, aposta-se que a equipe terá a oportunidade de fazer o trabalho de reflexão ética. Reflexão esta que vem sendo desvalorizada em nome de uma objetividade pretensamente científica (Moretto, 2019a).

Sendo assim, a autora salienta que, “se a experiência de cuidado à singularidade produz na equipe uma retificação subjetiva em relação ao valor da alteridade, a ponto de entenderem que a condição de invisibilidade de um paciente a deixa vulnerável à cronificação do sofrimento” (Moretto, 2019a, p. 64). Assim, o que se espera no cuidado dos profissionais de saúde com estes pacientes e com estas famílias é que possam distinguir “competência técnica com indiferença, uma vez que temos visto o potencial iatrogênico da indiferença no campo da saúde” (*Ibidem*).

5.5 A função do psicanalista na UTI

Na UTI, transitam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e fonoaudiólogos que tratam de corpos feridos e estáticos em macas com demandas urgentes e imediatas. Portanto, as diversas especialidades tentam dar uma resposta ao adoecimento do paciente. Cada qual guiado pela ética que constitui a sua profissão (Vieira & Marques, 2012). Nesse cenário, por vezes surge um outro ator, não menos importante, mas frequentemente mal compreendido: o psicanalista (Netto, 2009).

É curiosa essa discussão sobre a importância do analista no hospital, sobretudo em uma UTI, tendo em vista que a psicanálise nasceu nos hospitais. Se olharmos a linha histórica da teoria psicanalítica, veremos a atuação de Charcot na *Salpêtrière*, de Freud no Hospital Geral de Viena e até mesmo de Lacan no

Hospital *Saint-Anne* (Moretto, 2019a; Coppus & Netto, 2016; Netto, 2009). Entretanto, “quando tentamos evocar a imagem que usualmente fazemos de um psicanalista, questionamos acerca de sua presença no hospital” (Netto, 2009, p. 104).

O psicanalista é visto como uma figura solitária que atua em seu consultório, sentado atrás de um divã, escutando e trabalhando a subjetividade do sujeito em sofrimento psíquico. Tal imagem nos faz pensar o questionamento de Moretto (2001): “*O que pode um analista no hospital?*”¹⁵

No entanto, na UTI há aqueles que, angustiados, procuram o analista e lhes relatam suas fantasias e expectativas. Portanto, conforme vimos anteriormente, na unidade há familiares que trazem as suas angústias oriundas da ruptura abrupta da dinâmica familiar, do medo da morte e de todos os conflitos psíquicos que podem estar latentes e ali se atualizar.

Assim, independentemente de estar em seu consultório ou na instituição, a principal função do psicanalista é permitir que o sujeito fale sobre suas angústias, suas fantasias etc. No entanto, vimos ao longo dessa dissertação que falar sobre a dor provocada pela iminência de morte de um ente querido nem sempre é permitido na unidade de terapia intensiva.

A equipe, muitas vezes, solicita para o analista o inverso, que ele silencie o sofrimento do sujeito: que o analista acalme determinada família, que ele convença a família a fazer ou não determinado procedimento médico (assinar o termo de consentimento para fazer uma traqueostomia no paciente, por exemplo), ou que ele elimine o choro e o grito daquela família. Segundo Moretto (2001), palavras como “acalmar”, “eliminar” e “convencer” são utilizadas no intuito de que a família se adapte à ordem médica.

No intuito de acatar a demanda médica, muitos profissionais psicólogos usam a via do aconselhamento ao dizer: “não grite, fique calmo, isto vai passar” (Moretto, 2001, p. 106). Percebe-se que esses comandos atendem a ordem médica e silenciam o sujeito de falar sobre a sua dor. Netto (2009) afirma que esses profissionais fazem uso da sugestão até para que possa alcançar um resultado perceptível em um tempo curto.

¹⁵ Título do livro de Maria Livia Moretto publicado em 2001.

Mas, como queremos observar, a proposta da psicanálise é outra: ela não tem o intuito de acatar a demanda médica, nem de silenciar a dor do sujeito. Na medida em que o psicanalista oferece um espaço de escuta ao drama do sujeito, “este último passa a ter a possibilidade de transformar o grito em fala; ele já não mais precisa gritar para ser escutado” (Moretto, 2001, p. 106). Nossa aposta é que, a partir do momento em que há a possibilidade de fala, o sujeito poderá significar a sua angústia.

O psicanalista não está a serviço da ordem médica, tendo em vista que as suas referências são outras. Enquanto “o discurso médico tem uma função silenciadora” (Moretto, 2001, p. 69), conforme discutimos no tópico “A morte por detrás das cortinas”, o psicanalista tem uma função silenciosa, no sentido de promover a fala do sujeito, pois, conforme vimos, é através dela que poderá se abrir a elaboração do luto. Em outras palavras, quando o psicanalista oferece a sua escuta a um sujeito em sofrimento psíquico, “é porque ele sabe da importância de sua presença atenta ao reconhecimento da experiência do sofrimento como facilitador para o necessário processo de elaboração de lutos” (Moretto, 2019a, p. 63).

Sendo assim, a escuta psicanalítica deve atentar a uma atenção flutuante e deve afastar as influências externas (Vieira & Marques, 2012). Freud (1996d/1912), no artigo “Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise”, assinala que:

A regra para o médico pode ser assim expressa: ‘Ele deve conter as influências conscientes da sua capacidade de prestar atenção e abandonar-se inteiramente à memória inconsciente’. Ou, para dizê-lo puramente em termos técnicos: ‘Ele deve simplesmente escutar e não se preocupar se está se lembrando de alguma coisa’ (Freud, 1996d/1912, p. 126).

Moretto (2001) lembra que a regra fundamental para fazer valer o dispositivo analítico seria: a associação livre por parte do paciente e a atenção flutuante por parte do analista. Sendo assim, o principal instrumento de trabalho do analista seria a palavra inserida nesse contexto transferencial, no qual o analista terá uma posição a ser ocupada nessa relação e, a partir disso, ele poderá intervir.

Entretanto, essa escuta analítica não é uma tarefa fácil! Principalmente, quando suscita questões referentes à terminalidade. Jorge (2017) aponta que ouvir

um discurso sobre a morte “talvez seja a prova mais radical para um psicanalista” (p. 220), tendo em vista que, ao fazê-lo, também, nos deparamos com a nossa própria finitude.

Neste sentido, Moretto (2019) salienta que, para que o analista tenha a disponibilidade para escutar um sujeito em um sofrimento atroz, ele precisa de um repertório teórico que é construído na sua formação continuada. E, também, necessariamente, ele deve cuidar de si, isto é, realizar a sua análise pessoal. Trata-se, portanto, de dois dispositivos do tripé da formação do analista: análise pessoal, supervisão clínica e estudo teórico. A autora afirma que:

Para poder acolher e reconhecer o sofrimento demasiado humano daqueles a quem escutamos, sem precisarmos recorrer a mecanismos defensivos – como a negação ou a apatia, que nos remeteria ao limiar da hipocrisia – seria preciso dispor de uma condição psíquica que favorecesse alguma flexibilidade para lidarmos com nossos próprios afetos, suscitados pelas experiências com as quais nos deparamos em nossas práticas (Moretto, 2019a, p. 63).

Notamos que a equipe de saúde recorre a esses mecanismos defensivos e acabam produzindo efeitos iatrogênicos nos membros da família do paciente, como nos referimos nos tópicos acima. Por esta razão, o psicanalista que atua dentro de uma UTI também não pode esquecer dos profissionais que trabalham na unidade, tendo em vista que esses profissionais não têm como não serem afetados pelas questões que envolvem a terminalidade, pois ela nos aponta a própria finitude, a castração e o limite.

Portanto, os profissionais de saúde, enquanto sujeitos, não testemunham insensibilidade aos problemas da morte, mas revelam, ao contrário, uma angústia inconsciente particularmente viva e reprimida (Menezes, 2006). Podemos constatar essa ideia através desse encontro com o horror da morte, que, na carreira profissional, constitui um fator constante.

No entanto, em nome da ciência, muitos profissionais que ali trabalham precisam atuar como se não fossem humanos (Menezes, 2006). Eles operam através das leis da ciência, que tenta permanentemente excluir a subjetividade de seu enquadre. Tal tentativa de exclusão da subjetividade já é ensinada desde a graduação de medicina.

O médico, assim, é, no hospital, o principal representante do discurso científico, “discurso que prima por excluir a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto daquele que o escuta. A objetividade exigida do cientista está calcada na abolição de sua subjetividade” (Moretto, 2001, p. 62). Por isso, o médico é levado a silenciar, também ele, a sua dor diante de tudo o que ali vivencia, em nome de uma técnica científica. Tal questão pode ser referida aos profissionais de saúde que atuam dentro da UTI, visto que a equipe de saúde que trabalha na unidade está a serviço da ordem médica e, portanto, da ciência (Moretto, 2001).

Quais seriam os efeitos disso? Qual seria o impacto do tabu da morte na própria equipe de saúde? Trata-se de indagações importantes, que dizem respeito ao modo de lidar com a morte e a dor, como ofício, no contexto hospitalar. Poderão ser desdobradas em futuros trabalhos, pois, nesta dissertação, nosso objetivo foi enfatizar o impacto do tabu da morte no sujeito que vivencia a iminência da perda de um ente querido na UTI, ou seja, a família do paciente internado na unidade.

Para finalizar, discutimos ao longo desta dissertação que o hospital é um local onde as notícias mais difíceis são expostas – como o diagnóstico de uma doença temida e/ou a morte de um ente querido. Trata-se, portanto, de momentos que proporcionam uma experiência singular e uma angústia atroz para os envolvidos.

Sendo assim, podemos concluir que a UTI não é um ambiente inóspito para o psicanalista, justamente por ser um local em que a possibilidade de morte – representante último da castração – coloca-se tão presente. Parece mesmo ser um campo bem frutífero para a sua atuação. A presença do analista neste ambiente pode contribuir “para a construção de uma cadeia de significantes que propicie o estabelecimento de novos significados, de novos investimentos que, por sua vez, apontem para saídas possíveis neste contexto” (Coppus & Netto, 2016, p. 91).

6 Considerações finais

Ao nos voltarmos sobre a obra de Freud, vimos que a temática sobre a morte é tão constitutiva na psicanálise quanto a sexualidade. Inclusive as primeiras restrições sociais – o homicídio e o incesto – tratam justamente dessas questões da morte e da sexualidade. Referem-se aos mais antigos desejos do ser humano que são reprimidos no complexo de Édipo. São, também, os dois maiores tabus da humanidade, questões tão difíceis de serem discutidas, sobretudo a morte na atualidade.

Não é à toa que temas como, por exemplo, a eutanásia, a distanásia e a ortotanásia são assuntos tão complexos. Eles confrontam a nossa própria finitude. E, conforme discutimos no terceiro capítulo, o sujeito não concebe a própria finitude, uma vez que não há inscrição no inconsciente sobre a morte. Nele, não existe o negativo, as contradições coabitam. Então, para o homem, a própria morte é algo inimaginável e irreal. Pensamos nela somente como espectadores, visto que não se alcança a morte em vida. O medo que temos da morte denota um deslizamento da nossa condição de desamparo. Por isso, quando nos deparamos com a morte, somos lançados a esta condição. O desamparo coloca o sujeito na condição de incompletude, de limite, de castração.

Por esta razão, buscamos certo “*drible*” no que tange às questões sobre a morte (Costa, 2019, p.107). Freud (1996n/1927), em “O futuro de uma ilusão”, destaca que criamos mecanismos para enfrentar o desamparo, seja através da religião ou por meio da ciência. Mas estas não garantem o sujeito sobre o seu existir e nem o seu futuro, como discutimos anteriormente. No entanto, atualmente, com os avanços tecnológicos, a ciência não tenta apenas driblar a morte, ela visa suprimi-la (Coppus & Netto, 2016; Netto, 2009), assim como tenta suprimir os sentimentos provocados pela morte de alguém.

Não é sem motivos que a morte sempre foi um evento temido pelo homem. Podemos destacar que, na idade média, até o século XVIII, a morte era temida pelos homens; porém, não era algo da ordem do não-dito, como ela é nos dias atuais. Os sentimentos diante da perda de um ente querido eram canalizados para os rituais, as cerimônias, os poemas, entre outros meios. Enfim, falava-se sobre a morte no contexto social. O médico falava para o moribundo sobre a proximidade da sua morte. A família acompanhava o enfermo no leito de morte. Hoje, ela é

abolida de várias maneiras: na linguagem, nos ideais da cultura, no contexto social, na formação e na atuação dos profissionais de saúde.

Atualmente é malvista qualquer expressão do sujeito em relação à perda e/ou à frustração. Vivemos em uma cultura cujo imperativo vigente é o da “obrigação de ser feliz” (Edler, 2015; Fortes, 2012; Silvestre, 1999). Portanto, não convém ao sujeito falar sobre perdas, mortes e frustrações. Na cultura do narcisismo triunfante, as insuficiências não podem jamais existir e serem exibidas; as pessoas deve ser, antes de tudo, autossuficientes (Birman, 2012). Portanto, o sujeito deve exibir a imagem de uma pessoa feliz e forte, indiferente às mazelas da vida.

Vimos que o corpo possui um lugar central no mundo contemporâneo, já que é por meio dele que podemos vislumbrar a beleza e o bem-estar. Então, para alcançar esses ideais, o sujeito precisa seguir à risca os imperativos da ciência. Caso contrário, será culpabilizado pela enfermidade que o acometeu.

Logo, o corpo gravemente adoecido deve permanecer e ser “escondido” no hospital até a sua morte. Na atualidade, o local para morrer é o hospital, mais especificamente a UTI. Se, nos tempos antigos, o homem temia uma morte súbita e solitária, hoje as pessoas tencionam uma morte súbita e/ou solitária em um leito no hospital.

Discutimos que este modelo de morte solitária, silenciada e institucionalizada foi retratada por Ariès (2014) como “morte moderna”. Ela ocorre frequentemente no leito de uma UTI, onde o paciente se encontra intubado, sedado, sem poder expressar suas emoções e seus sentimentos, longe de sua família e de seus entes queridos. Este modelo se opõe à “morte contemporânea” (Ariès, 2014). Esta última ilustra a presença dos cuidados paliativos na assistência ao paciente e à sua família. Trata-se de um cuidado que privilegia aspectos emocionais tanto do paciente como de sua família. Entretanto, na prática, ele também afasta a problemática da morte da circulação social e hospitalar.

Tendo em vista a não integração dos cuidados paliativos com as outras especialidades médicas, sobretudo com os intensivistas, é mais fácil encaminhar o “problema da morte”, sempre que possível, para serviços paliativos. Conforme sublinhamos no segundo capítulo, no Brasil o paciente é encaminhado para o ambulatório de cuidados paliativos. Nestes moldes, a morte só poderia ser falada na sala do ambulatório, entre os próprios enlutados e a equipe especializada,

reforçando, desta forma, um ocultamento da morte no âmbito hospitalar e social, pois fora do ambulatório a morte é um tabu.

No entanto, não há como ocultar a dor ocasionada pela perda de alguém que se ama. A família de um paciente internado na UTI vivencia um momento de angústia e dor. Ela se depara com a possibilidade de uma ruptura de um laço amoroso, causando uma desestabilização psíquica. Isto é, ocasionando uma tensão desprazerosa que tende a ser descarregada através de choros, gritos ou palavras. Entretanto, muitas vezes, esses gestos ou essas palavras são silenciados pela cultura e pelos profissionais de saúde.

Diante disso, vimos os dois movimentos silenciosos dentro da UTI: a dor silenciada e a dor silenciosa. A dor silenciada confirma o tabu da morte discutido ao longo de toda a dissertação. Em oposição, a dor silenciosa constitui um silêncio de dor vivenciado pela família de pacientes internados na UTI. Em um cenário em que a morte está presente, a família vive em constante alerta para o perigo de perda do seu parente. O encontro com a iminência de morte ocasiona, nos membros da família, uma perplexidade. Esta evidência o traumático. A família vivencia um momento de dor ante o traumático, só lhe restando o silêncio.

A dor é uma reação ante a iminência de perda. Ela se manifesta como excesso pulsional e, ao mesmo tempo, como reação defensiva. Esta última, para conter os efeitos devastadores do traumático, apela para todas as suas forças vivas e as concentra em um único ponto, o da representação psíquica do objeto amado. Deste modo, a libido está direcionada para a figura do seu ente querido. Enquanto sofre, o sujeito deixa de se interessar pelas coisas que dizem respeito ao mundo externo. Logo, a família encontra-se recolhida na própria dor.

Deste modo, o estudo evidenciou que a dor é silenciada, mas que ela também é silenciosa. A primeira retrata o não-dito acerca da morte na sociedade contemporânea e nos hospitais. Para isso, a cultura contemporânea aliada a ciência promovem artifícios medicamentosos, na tentativa de extinguir o sofrimento humano.

A segunda, a dor silenciosa, diz respeito à pura expressão do traumático, do irrepresentável da morte. Ela se manifesta de modo doloroso no sujeito. E, para a psicanálise, esse indizível sobre a morte não é da ordem do inaudível. É necessário acolher o sofrimento do sujeito, nem que a princípio se acolha apenas o silêncio, para que, posteriormente, o sujeito possa elaborar o seu luto.

Por isso que, diante da dor da perda, conclui-se pela necessidade de um espaço de expressão e de elaboração. Este espaço retrata um acolhimento à singularidade do sujeito que vivencia uma possível perda de um ente querido. Portanto, o espaço para o sujeito falar de sua dor é essencial, e o modo como cada um irá enfrentar e elaborar os sofrimentos e as perdas dependerá de seus recursos subjetivos, mas também se relacionará com o suporte e a rede profissional.

Esta discussão sobre o impacto do interdito da morte sobre o sujeito que vivencia uma iminência de perda de um ente querido é de suma importância. Vimos que, quando não se diz sobre a dor desencadeada pela morte, dificulta-se o processo subjetivo em relação à perda (Moretto, 2019b). Isto é, negar a dor da perda de um ente querido pode trazer implicações no processo de luto, já que a possibilidade de elaboração da perda é justamente entrando em contato com esses sentimentos.

Por outro lado, existe uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a dor do outro. Na UTI, existe uma espécie de “asepsia psíquica” (Sofio, 2014) em relação ao sofrimento advindo da morte. Esta “asepsia psíquica” inicia-se desde a formação do médico e interfere na sua atuação como profissional.

Por esta razão, concluímos que a morte precisa ser um assunto abordado na formação dos profissionais de saúde de modo mais consistente, crítico e aprofundado (Giaretton, Goetz & Quintana, 2016), para que os profissionais sejam mais disponíveis ao sofrimento do outro e evitem os efeitos iatrogênicos nessa relação. Giaretton *et al.* (2016) afirmam que tornar este assunto mais presente nos diálogos – seja entre profissionais, família e paciente – talvez “auxilie na questão de a terminalidade ser experienciada de forma mais autônoma e com respeito à singularidade da história de vida de cada paciente” (p. 152).

7 Referências bibliográficas

- American Psychiatric Associationn. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª edição). [Manual]. Porto Alegre: Artmed.
- Aredes, J. S.; Firmo, J. O. A. & Giacomini, K. C. (2018). A morte que salva vidas: complexidades do cuidado médico ao paciente com suspeita de morte encefálica. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (11), e00061718. Epub November 08, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00061718>
- Ariès, P. (2003). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. São Paulo: Editora UNESP.
- Azeredo, N. S. G.; Rocha, C. F. & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43.
- Baile, W. F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. *The Oncologist*, 5, 302- 311.
- Bauman, Z. (2008). *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Birman, J. (2018). *As pulsões e seus destinos: do corporal ao psíquico* (Coleção Para ler Freud - 6ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Campos, É. B. V. (2013). Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(1), 13-24.
- Caputo, R. F.; Barr, A. N. A. & Romero, A. V. (2016). O paradoxo da morte – uma análise da interdição e da banalização como meios de enfrentamento da morte e do morrer na cidade de Lins – SP. *Universit@ria Revista Científica do Unisalesiano*, 7 (14).
- Conselho Federal de Medicina. (2010). *Código de Ética Médica*. Brasília. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
- Conselho Federal de Medicina. (2012). *Resolução CFM nº 1.995/2012*. Publicada no D.O.U. de 31 de agosto de 2012, Seção I, p. 269-70. Brasília. Disponível: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf
- Conselho Federal de Medicina. (2017). *Resolução CFM nº 2.173. de 23 de novembro de 2017*. Publicada no D.O.U. de 23 de novembro de 2018, Seção I, p. 50-275. Brasília. Disponível: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

- Conselho Federal de Medicina. (2006). *Resolução CFM nº 1.805/2006*. Publicada no D. O.U., 28 nov. 2006, Seção I, p. 169. Brasília. Disponível: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2006/1805_2006.htm
- Conselho Regional de Medicina. (1998). *Parecer Cremec nº 12/98*. Fortaleza. Disponível: <http://www.cremec.com.br/pareceres/1998/par1298.htm>
- Coppus, A. N. S. & Netto, M. V. R. F. (2016). A inserção do psicanalista em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (1), 88-100.
- Costa, A. (2019). *Luz e tempo. Ato e repetição*. São Paulo: Escuta.
- Dantas, J. B. (2011). Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11 (3), 898-912.
- Debord, G. (1997). *A sociedade do Espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Diniz, D. (2006). Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1741-1748.
- Doyle, D. (2009). *Bilhete de plataforma: vivências em cuidados paliativos*. São Paulo: Difusão Editora.
- Edler, S. (2015). *Luto e melancolia: à sombra do espetáculo* (Coleção Para ler Freud – 3ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de, envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Ferreira, R. A. & Queiroz, E. (2010). Morte, equipe de saúde e formação profissional: questões para atuação do psicólogo. In: Franco, M. H. P. (Org.). *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade*. São Paulo: Summus.
- Foucault, M. (2018). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Forte, D. N. & Carvalho, R. T. (2012). Processo de tomada de decisão: como diferenciar as fases de Assistência Paliativa na UTI. In: Moritz, R. D. (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Forte, D. & Achette, D. (2018). Cuidados paliativos no século 21. In: Fukumitsu, K. O. (Org.). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus.
- Fortes, I. (2012) *A dor psíquica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In: Franco, M. H. P. (Org.). *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade*. São Paulo: Summus.

- Franco, M. H. P. & Polido, K.K. (2014). *Atendimento psicoterapêutico no luto*. São Paulo: Zagodoni.
- Freud, S. (1996a). Rascunho G. Melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1895a).
- Freud, S. (1996b). Projeto para uma psicologia científica. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1895b).
- Freud, S. (1996c). A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996d). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (1996e). Totem e tabu. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996f). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996g). Os instintos e suas vicissitudes. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1915a).
- Freud, S. (1996h). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1915b).
- Freud, S. (1996i). Sobre a transitoriedade. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1916).
- Freud, S. (1996j). Luto e melancolia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1917).
- Freud, S. (1996k). Além do princípio de prazer. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1920).

- Freud, S. (1996l). O Ego e o Id. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996m). Inibição Sintoma e Angústia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1926).
- Freud, S. (1996n). O futuro de uma ilusão. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1927).
- Freud, S. (1996o). O mal-estar na civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1996p). Conferência XXXI: ansiedade e vida instintual. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1933).
- Fukumitsu, K. O. (2018). Apresentação. In: Fukumitsu, K. O. (Org.). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus.
- Gawande, A. (2015). *Mortais*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Gil, G. & Veloso, C. (1969). *Álbum Divino Maravilhoso*. Brasil: Gravadora Phonogram/Philips.
- Giaireton, D. W. L.; Goetz, E. R. & Quintana, A.M. (2016). É preciso falar antes de partir! In: Farias, C. P. & Goetz, E. R. (Orgs.). *Sofrer, adoecer e morrer – Reflexões sobre o corpo na contemporaneidade*. Curitiba: Juruá.
- Gomes, A. L. Z. & Othero, M. B. (2016). Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, 30(88), 155-166.
- Gomes, S. (2017). *A gramática do silêncio em Winnicott*. São Paulo: Zagodoni.
- Gonçalves, M. L. F. E. (2012). *A angústia na clínica: pacientes com câncer*. Rio de Janeiro: UFRJ. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível: <http://teopsic.psicologia.ufrj.br/arquivos/documentos/43C632F9E7FD215288313E29C1180B06.pdf>
- Ismael, S.M.C (2004). A família do paciente em UTI. In: Mello Filho, J. & Burd, M. (Orgs.). *Doença e Família*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Iensen, S. (2016). O corpo e a psicanálise na contemporaneidade. In: Farias, C. P. & Goetz, E. R. (Orgs.). *Sofrer, adoecer e morrer – Reflexões sobre o corpo na contemporaneidade*. Curitiba: Juruá.

- Jorge, M. A. C. (2010). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Zahar.
- Jorge, M. A. C. (2017). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a prática analítica* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Zahar.
- Kovás, M. J. (2012). Educadores e a morte. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 16 (1), 71-78.
- Kovás, M. J. (2018). Morte com dignidade. In: Fukumitsu, K. O. (Org.). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus.
- Kubler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.
- Lacan, J. (1988). *O Seminário, Livro 3: as psicoses (1955-1956)*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Laplace, J. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lasch, C. (1983). *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago.
- Leite, S. (2011). *Angústia* (Coleção Passo a Passo). Rio de Janeiro: Zahar, 2011.
- Lima, V. R. (2007). *Morte na família: um estudo exploratório acerca da comunicação à criança*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Disponível: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-08042009-134438/publico/LimaDissertacao.pdf>
- Lopes, A. C.; Lima, C. A. de S.; Santoro, L. de F. (2018). *Eutanásia, ortotanásia e distanásia: aspectos médicos e jurídicos* (3ª edição). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Lourenço, L. C. de (2009). A pulsão de morte e a gênese da angústia. *Revista Agora*, 12 (1), 101-117.
- Maldonado, G. & Cardoso, M. R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- Mannoni, M. (1995). *O nomeável e o inominável: a última palavra da vida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Marta, G. N.; Marta, S. N.; Andrea Filho, A. de & Job, J. R. P. P. (2009). O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 405-416.
- Mello, A. A. M. & Silva, L. C. da. (2012). A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(1), 52-60.

- Mendes, E. D.; Viana, T. C. & Bara, O. (2014). Melancolia e depressão: um estudo psicanalítico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (4), 423-431.
- Menezes, L. S. A. de. (2012). *Desamparo* (Coleção Clínica Psicanalítica). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Menezes, R. A. (2006). *Difíceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Mijolla, A. de (2005). *Dicionário internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Ministério da Saúde. (2001). *Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar Brasília*. Brasília, DF, Brasil.
- Monteiro, M. C. (2017). *A morte e o morrer em UTI*. Curitiba: Appris.
- Moraes, E. L. de. & Massarollo, M. C. K. B. (2008). A recusa familiar para a doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (3), 458-464.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2019a). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. São Paulo: Zagodoni.
- Moretto, M. L. T. (2019b). Adoecimento e fracasso: Ser feliz é preciso, viver não é preciso? In: Quayle, J. (Org.). *Adoecer*. São Paulo: Editora dos Editores.
- Moritz, R. D, Rossini, J. P. & Deicas, A. (2012). Cuidados Paliativos na UTI: Definições e Aspectos Éticos-legais. In: Moritz, R. D. (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Moritz, R. D.; Deicas, A.; Capalbo, M.; Forte, D. N.; Kretzer, L. P.; Lago, P.; Pusch, R.; Othero, J.; Piva, J.; Silva, N. B. da; Azeredo, N. & Ropelato, R. (2011). II Fórum do "Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul": definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(1), 24-29.
- Nasio, J.-D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J.-D. (2007). *A dor de amar*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nasio, J.-D. (2010). *O silêncio na psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Netto, M. V. R. F. (2009, dezembro). O analista na unidade de tratamento intensivo: um retorno a Freud. *Psicanálise & Barroco em revista*, 7 (2), 103-117.

- Novaes, M. R. C. & Trindade, E. M. (2007). A morte e o morrer: considerações bioéticas sobre a eutanásia e a finitude da vida no contexto da relação médico-paciente. *Comum Ciênc. Saúde*, 18(3), 69-77.
- O'Hara, M. (2016). *The C. Word*. [Documentário]. EUA: Netflix.
- Organização Panamericana & Organização Mundial da Saúde (2003). *Classificação Internacional de doenças* (10ª edição). [Manual]. São Paulo: Edusp.
- Paula, J. P. R. de. (2007). As engrenagens do silêncio. *Psychê*, 21, 31-46.
- Pereira, L. F. & Winograd, M. (2017). Trauma e narrativa: o impacto da leucemia na infância. *Cad. Psicanálise (CPRJ) Rio de Janeiro*, 39 (36), 175-198.
- Peres, U. T. (2010). *Depressão e melancolia* (Coleção Passo a Passo). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pinheiro, M. T. da S.; Quintella, R. R. & Verztman, J. S. (2010). Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 147-168.
- Pitta, A. (1990). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Pontalis, J.-B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Rego, S.; Palácios, M. & Siqueira-Batista, R. (2009). *Bioética para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Reis, C. G. da C. dos R.; Quitana, A. M. & Farias, C. P. (2016). A morte e o envelhecimento na contemporaneidade. In: Farias, C. P. & Goetz, E. R. (Orgs.). *Sofrer, adoecer e morrer – Reflexões sobre o corpo na contemporaneidade*. Curitiba: Juruá.
- Rocha, A. T. (n.d.). *O trabalho do luto enquanto tempo de elaborar*. Disponível: <http://www.ebp.org.br/textos-online/o-trabalho-do-luto-enquanto-tempo-de-elaborar-i/>
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte* (2ª edição). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Roudinesco, E. (2016). *Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Saroldi, N. (2017). *O mal-estar na civilização: as obrigações do desejo na contemporaneidade* (Coleção Para ler Freud - 3ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Schur, M. (1981). *Freud: vida e agonia – uma biografia* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Imago.

- Silva, P. S. L. (2015). A propósito de caminhos e descaminhos do luto. *Cad. Psicanálise – CPRJ- Rio de Janeiro*, 37 (32), 9-13.
- Silva, G. S. N. & Ayres, J. R. de C. M. (2010). Os estudantes de medicina e o encontro com a morte: dilemas e desafios. In: Franco, M. H. P. (Org.). *Formação e rompimento de vínculos: o dilema das perdas na atualidade*. São Paulo: Summus.
- Silvestre, D. (1999). A obrigação de ser feliz. In: Quinet, A. (Org.). *Extravios do desejo: depressão e melancolia*. Rio de Janeiro: Marca d'Água livraria e Editora.
- Siqueira, J. E. (2012). Prefácio I. In: Mortiz, R. D. (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Soares, E. G. B. & Mautoni, M. A. de A. G. (2013). *Conversando sobre o luto*. São Paulo: Editora Ágora.
- Sobrinho, L. V. (2013). *Medicina financeira: a ética estilhaçada*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Sofio, F. (2014). *Psicanálise na UTI: morte, vida e possíveis da interpretação*. São Paulo: Escuta/ FAPESP.
- Vieira, C. A. L. & Marques, G. H. (2012, julho). Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva. *Psicanálise & Barroco em revista* 1(1), 97-108.
- Vilanova, A. A dor na própria carne: psicanálise e doença terminal, um caso. (1997). In: Almeida, C. P. de & Moura, J. M. (Orgs.). *A dor de existir e suas formas clínicas: tristeza, depressão, melancolia*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria.
- Zaidhaft, S. (1990). *Morte e formação médica*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.