



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Dayane Dias Braz*

**Laço, memória e testemunho: leituras psicanalíticas  
sobre a morte na clínica hospitalar**

**UBERLÂNDIA**

**2024**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



*Dayane Dias Braz*

## **Laço, memória e testemunho: leituras psicanalíticas sobre a morte na clínica hospitalar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientador: Prof. Dra. Anamaria Silva Neves

**UBERLÂNDIA**

**2024**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| B827<br>2024 | <p>Braz, Dayane Dias, 1993-<br/>Laço, memória e testemunho [recurso eletrônico] :<br/>Leituras psicanalíticas sobre a morte na clínica<br/>hospitalar / Dayane Dias Braz. - 2024.</p> <p>Orientadora: Anamaria Silva Neves.<br/>Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de<br/>Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.<br/>Modo de acesso: Internet.<br/>Disponível em: <a href="http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.515">http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.515</a><br/>Inclui bibliografia.</p> <p>1. Psicologia. I. Neves, Anamaria Silva, 1969-,<br/>(Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-<br/>graduação em Psicologia. III. Título.</p> <p>CDU: 158.9</p> |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
Telefone: +55 (34) 3225 8512 - [www.pgpsi.ip.ufu.br](http://www.pgpsi.ip.ufu.br) - [pgpsi@ipsi.ufu.br](mailto:pgpsi@ipsi.ufu.br)



**ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO**

|                                    |                                                                                         |                 |       |                       |       |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|-----------------------|-------|
| Programa de Pós-Graduação em:      | Psicologia                                                                              |                 |       |                       |       |
| Defesa de:                         | Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 463, PPGPSI                                   |                 |       |                       |       |
| Data:                              | Cinco de agosto de dois mil e vinte e quatro                                            | Hora de início: | 09:00 | Hora de encerramento: | 11:00 |
| Matrícula do Discente:             | 12222PSI006                                                                             |                 |       |                       |       |
| Nome do Discente:                  | Dayane Dias Braz                                                                        |                 |       |                       |       |
| Título do Trabalho:                | Laço, memória e testemunho: leituras psicanalíticas sobre a morte na clínica hospitalar |                 |       |                       |       |
| Área de concentração:              | Psicologia                                                                              |                 |       |                       |       |
| Linha de pesquisa:                 | Psicanálise e Cultura                                                                   |                 |       |                       |       |
| Projeto de Pesquisa de vinculação: | A Psicanálise e as configurações familiares contemporâneas                              |                 |       |                       |       |

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto - Rede D'OR; Layla Raquel Gomes - IPUFU; Anamaria Silva Neves, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos os membros da banca participaram por web conferência, sendo que o Prof. Dr. Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto participou da cidade de São Paulo - SP; as Professoras Doutoras: Layla Raquel Gomes, Anamaria Silva Neves e a discente Dayane Dias Braz, participaram da cidade de Uberlândia - MG, conforme a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Dr.ª Anamaria Silva Neves, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

**Aprovada**

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL MINISTÉRIO DA  
EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Anamaria Silva Neves, Professor(a) do Magistério Superior**, em 05/08/2024, às 11:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto, Usuário Externo**, em 05/08/2024, às 11:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Layla Raquel Silva Gomes, Psicólogo(a)**, em 05/08/2024, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5570533** e o código CRC **A113F9DD**.

Referência: Processo nº 23117.048482/2024-52

SEI nº 5570533

## Agradecimentos

À Anamaria, por tamanha dedicação, cuidado, afeto com que me recebeu ao longo de todo meu percurso acadêmico. Sob sua orientação amorosa me fiz psicóloga, pesquisadora e psicanalista, e pelo nosso encontro me fiz um pouco mais gente. Obrigada por tantos ensinamentos, que levo para a vida.

À professora Mirian pelo acolhimento e confiança no estágio em docência. Sua didática, espontaneidade, cuidado e firmeza me ensinaram lições valiosas.

À professora Joyce (*in memoriam*) pelo brilho nos olhos, e por semear olhar e escuta que busco aprimorar a cada dia.

À Ethyene, Isis e Patrícia parceiras de grupo na graduação, e amigas para tantos outros momentos da vida.

À Lídia, Mariana, Maria Clara e Carol, que fizeram do mestrado um encontro tão primoroso, amável e potente. As risadas, os cafés, as leituras, o incentivo cultivaram a amizade e a pesquisa.

À Cecília Cruvinel, pela escuta e por me apresentar uma experiência sensível no encontro analítico.

À banca titular Dra. Layla Gomes e Dr. Marcus Vinícius Rezende, pelo aceite, leitura e contribuições preciosas para este trabalho, e ao suplente Dr. Rodrigo Sanches Peres.

À Universidade Federal de Uberlândia, em especial ao Instituto de Psicologia, por ser a casa da minha formação acadêmica.

Aos meus pais, minha base. Meu pai, por ser o maior incentivador do nosso desenvolvimento, e por nos alicerçar com sua integridade, sabedoria, presença, incentivo e amor; por você hoje eu concluo o mestrado. À minha mãe, por nos fortalecer com seu cuidado, amor, simplicidade, espontaneidade e alegria; obrigada por ser tão valente na sua luta diária, que nos ensina a viver e a recomeçar; você é minha maior inspiração.

Aos meus irmãos, que foram companheiros firmes e cúmplices em tantos desafios da vida. A minha cunhada, que também se fez pra mim uma irmã. Ao meu sobrinho, por me apresentar um amor tão lindo.

Ao Armando, meu companheiro, meu amado. Obrigada por me presentear diariamente com sua sensibilidade, dedicação, seu carinho e amor. Obrigada por me ensinar tanto com seu modo de olhar e enfrentar a vida, e por segurar minha mão, me incentivar e me impulsionar em tudo que eu posso ser.

Ao hospital em que construí o caminho profissional descrito na pesquisa, e aos colegas de equipe que compuseram esta valiosa experiência de trabalho.

Aos pacientes, que confiaram a mim tantas vezes sua mais profunda intimidade, suas angústias, seus anseios, e compartilharem comigo suas últimas palavras e momentos de vida.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa.

*Sou um apanhador de desperdícios:  
Amo os restos como as boas moscas.  
Queria que a minha voz tivesse um formato de canto.  
Porque eu não sou da informática: eu sou da invencionática.  
Só uso a palavra para compor os meus silêncios.*  
Manoel de Barros – O apanhador de desperdícios

## **RESUMO**

O presente trabalho compôs um estudo teórico clínico, ancorado no referencial psicanalítico, em interlocução com outros campos do conhecimento, e teve como objetivo discorrer sobre o tratamento dedicado à morte e ao morrer no laço social, a partir da minha experiência profissional e afetiva com sujeitos hospitalizados. A mobilização para a pesquisa partiu da experiência de trabalho como psicóloga hospitalar, e foi instrumentalizada pelas memórias remanescentes que permaneceram em mim, pela via do vínculo transferencial, dos pacientes que morreram ao longo da trajetória no trabalho. Por isso, no percurso metodológico, construí um memorial clínico que revelou as reminiscências mais proeminentes da experiência laboral, as quais evidenciaram as vivências singulares da morte de sujeitos que inspiraram os temas teóricos desenvolvidos. O estudo permitiu tecer reflexões especialmente relevantes para profissionais de saúde que lidam rotineiramente com a morte, e com seus próprios lutos, manifestados ou negados. O ensaio teórico buscou por indícios do arsenal simbólico que permeou a noção da morte em nossa cultura: o lugar do assombroso, do estranho, do sensível, da arte e da representação da morte enquanto fato/fenômeno social. Além disso, foram tensionadas questões sobre a atenção aos sujeitos que vivenciaram o processo de morte na instituição hospitalar. Por fim, foi elaborada uma proposta de cuidado psicanalítico neste contexto, baseada na experiência sensível entre paciente e analista, e na aposta da função testemunhal desta Clínica. A pesquisa apontou para a necessidade do reconhecimento da dimensão relacional e intersubjetiva da atenção às pessoas em processo de morte, e da necessidade de investimento em dispositivos de cuidado em saúde mental para os profissionais, para que se construa a possibilidade de suportar a escuta e o reconhecimento de quem está a morrer.

**Palavras-chave:** Morte; Hospital; Laço Social; Reconhecimento; Psicanálise

**ABSTRACT**

This study is a theoretical clinical investigation grounded in psychoanalytic theory, in dialogue with other fields of knowledge, aiming to discuss how death and die are treated within the social bond, based on my professional and emotional experience with hospitalized individuals. The motivation for the research stemmed from my work as a hospital psychologist, utilizing the residual memories that remained with me through the transference bond with patients who passed away during my professional journey. Consequently, I constructed a clinical memoir as part of the methodological approach, which revealed the most prominent recollections of my work experience, highlighting the unique experiences of death in individuals that inspired the theoretical themes developed in this study. The study offers particularly relevant reflections for healthcare professionals who routinely deal with death and their own grief, whether expressed or denied. The theoretical essay seeks traces of the symbolic arsenal surrounding the concept of death in our culture: the place of the uncanny, the strange, the sensitive, art, and the representation of death as a social fact/phenomenon. Additionally, the study addresses the attention given to individuals undergoing the dying process in the hospital setting. Finally, a proposal for psychoanalytic care in this context was developed, based on the sensitive experience between patient and analyst, and the role of testimony within this clinical practice. The research highlights the need to recognize the relational and intersubjective dimensions of care for those in the process of dying, and the necessity of investing in mental health care for professionals, to build the capacity to listen to and acknowledge those who are dying.

**Keywords:** Death; Hospital; Social Bond; Recognition; Psychoanalysis

## SUMÁRIO

|                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------|-----|
| Introdução .....                                              | 12  |
| Capítulo 1. A morte na história, na cultura e na arte .....   | 22  |
| 1.1 Aspectos históricos.....                                  | 24  |
| 1.2 Revelações sobre a morte no folclore brasileiro .....     | 30  |
| 1.3 Representações da morte na música popular brasileira..... | 37  |
| Capítulo 2: A morte e clínica hospitalar .....                | 46  |
| 2.1 Notas sobre o campo da experiência .....                  | 49  |
| 2.2 Laço e desamparo.....                                     | 56  |
| 2.3 Efeitos políticos do cuidado institucionalizado.....      | 57  |
| Capítulo 3. A experiência viva no trabalho com a morte .....  | 67  |
| 3.1 O morrer e o tempo de testemunho .....                    | 695 |
| 3.2 O enlace dos afetos.....                                  | 72  |
| 3.3 A clínica da travessia.....                               | 83  |
| Considerações finais .....                                    | 89  |
| Referências.....                                              | 92  |

## **Introdução**

O despertar para a presente pesquisa partiu da minha experiência profissional enquanto psicóloga hospitalar, entre 2017 a 2022, em um hospital de médio porte no interior goiano. O trabalho desenvolvido referiu-se especialmente à atenção ao paciente em condição grave de saúde, admitido em Unidade de Terapia Intensiva. Tal percurso foi atravessado por diversas tramas, encontros e impasses que me afetaram de modo contundente, produzindo restos insistentes em forma de reminiscências, sobre os quais me dispus a refletir nesta escrita.

Ingressei na área hospitalar pouco tempo após a conclusão da graduação, em uma instituição que ainda não contava com um serviço de psicologia estruturado, sem protocolos ou funções definidas para a atuação do psicólogo. Eu era a única profissional da área na instituição, acionada para atendimentos diversos; inicialmente, fui prioritariamente solicitada para atendimentos relacionados a situações de óbito, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva. Ao longo do tempo, as demandas passaram a chegar, cada vez mais, de todos os setores, por diversos motivos - choro, luto, tristeza, agressividade, recusa a procedimentos, queixas sem causa orgânica definida, dor, más notícias – sendo essas e tantas outras circunstâncias que integraram a atuação que se criava ali. Um hiato se aprofundava entre o que eu compreendia como a função da Psicologia Hospitalar, e o que a equipe supunha ser ocasião para minha intervenção. Com o tempo, delimitei um espaço de atuação que ora se alinhava, ora se desalinhava dos preceitos institucionais.

A construção da minha práxis se alicerçou na Psicanálise, campo teórico clínico que investi durante toda minha trajetória profissional. Como destaca Moretto (2001), no hospital - território da ordem médica - a invenção de uma prática psicanalítica não é um exercício confortável. É

importante dedicação e cuidado teórico para que os obstáculos práticos não inviabilizem o trabalho do analista em formação, e faça desaparecer seu lugar na instituição.

No transcorrer do tempo, já com um espaço de atuação melhor definido, com o desenvolvimento organizacional e a contratação de novos profissionais, minha intervenção esteve cada vez mais direcionada à atenção aos pacientes em condições mais graves de saúde, geralmente internados em Unidades de Terapia Intensiva. A urgência, o risco, e as condições limítrofes atravessaram os atendimentos em UTI geral, UTI cardiológica e UTIs COVID-19. A experiência no hospital encerrou-se com o ingresso no mestrado, e tornou-se material de investigação nesta pesquisa.

Na academia, os aprofundamentos teóricos fomentaram reflexões articuladas às vivências do trabalho, e resgataram vividamente memórias dos sujeitos atendidos. Em meio a tantos atendimentos, escuta de histórias que passaram pelo ir-e-vir do hospital, passei a formular alguns questionamentos: o que fez com que algumas memórias se perpetuassem, resistissem ao esquecimento, e que estivessem prontas para evocação? Por que essas memórias permaneciam tão vivas, com o frescor de como se jamais tivessem se submetido à passagem do tempo?

Mobilizada por essas inquietações, avancei o primeiro passo do caminho de pesquisa. Em um exercício evocativo escrevi lembranças, trechos, histórias com frases inteiras e outras intercortadas, que se tornaram emblemáticas ao longo do trabalho. Produzi, desse modo, um material que nomeei de “memorial clínico”, que remetia à experiência clínica produzida num dado tempo e espaço, e que foi recuperada *a posteriori*. Num segundo momento, avaliei que a associação livre dessas pequenas memórias revelava um fio condutor daquele emaranhado: as cenas mais vivas versavam sobre pessoas que morreram. Nessa tessitura de memórias, o hospital emergiu

como o espaço para nascimento, recuperação ou reabilitação, e também o território do encontro legítimo com o eco da morte, e com a própria morte enquanto fato.

Por vezes o paciente crítico, submetido a terapêuticas intensivas, precisava de um arsenal de equipamentos e estratégias da equipe multidisciplinar para a manutenção da vida e a tentativa de recuperação biológica. Frequentemente esse sujeito estava desacordado, experimentando o sucumbir do corpo incapacitado de falar, de olhar, de gesticular ou tocar, com outra aparência, com outro cheiro, sem pessoas amadas por perto, sem lugar além do seu leito de internação. Desses pacientes restaram algumas lembranças de suas sobrevidas improváveis, algumas recuperações surpreendentes, e sobre como foram falados e investidos pelos familiares pela equipe de saúde.

Outras vezes, também, o paciente grave foi aquele em pleno exercício de sua capacidade narrativa, compreendendo e dando sentido, a seu modo, ao adoecimento e à experiência do tratamento a que se submeteu. Nos limites das possibilidades curativas, a doença por vezes emergiu como o prenúncio do fim, e quando foi possível haver alguém que suportasse ouvir, revelou-se o singular de um sujeito a atravessar ativamente a experiência da própria morte.

Nesta trama houve também o sujeito que se desvelou como testemunha dos padecimentos, e que pôde encarnar em palavra e memória viva algum resquício das histórias daqueles que morreram. É nesse caminho que me fiz pesquisadora, propondo urdir uma composição teórica, em que cada elemento remeteu aos restos que me apropriei de cada encontro vivo e único.

O presente trabalho compôs-se de um estudo teórico clínico ancorado no referencial psicanalítico, em interlocução com outros campos do conhecimento, e teve como objetivo discorrer sobre o tratamento dedicado à morte e ao morrer no laço social, a partir da minha experiência profissional e afetiva com sujeitos hospitalizados. Por meio de vinhetas memorialísticas, o trabalho psicanalítico elucidou remanescentes que permaneceram em mim, pela

via do vínculo transferencial, dos pacientes que morreram ao longo da trajetória como psicóloga hospitalar.

Se o laço social é o legítimo recurso humano frente ao desamparo, esta dissertação buscou compreender a peculiaridade do enlaçamento que se estabelece diante da condição absoluta de insocorribilidade: a morte. O que pode o laço diante deste impossível? O que resta no sujeito, na posição de profissional de saúde, ao lidar com quem morre? Esse estudo pretendeu trazer contribuições especialmente relevantes para profissionais de saúde que lidam rotineiramente com a morte, e com seus próprios lutos, manifestados ou negados.

Recorri, então, ao material transcrito no memorial clínico, como fundamento primordial para a condução da pesquisa. Por isso, os capítulos e as subdivisões em seus itens partiram de cenas clínicas rememoradas, representando os sujeitos que inspiraram o desenvolvimento de cada tema teórico. Ao todo, foram selecionadas e apresentadas ao longo da dissertação 11 vinhetas: 3 delas destacaram a dinâmica do ambiente de terapia intensiva, ou a relação da equipe multidisciplinar diante da morte, e outras 8 trataram especialmente do encontro analítico com sujeitos em seus singulares processos de morrer. Os nomes mencionados no trabalho foram fictícios, a fim de garantir os cuidados éticos no desenvolvimento da pesquisa.

O arcabouço teórico que fundamentou esta pesquisa se baseou especialmente na Psicanálise, retomando Freud, Ferenczi, além do diálogo com autores contemporâneos alinhados ao desenvolvimento teórico das escolas francesas e inglesas de Psicanálise. Diferentes propostas conceituais dentro do desenvolvimento da teoria psicanalítica foram frutíferas para compor o ensaio – ora pensando a morte enquanto fato/fenômeno social, ora pensando possibilidades de trabalho diante do morrer.

Portanto, em síntese, o percurso metodológico deste trabalho foi delineado do seguinte modo: 1) identifiquei a afetação pessoal em relação à experiência laboral; 2) construí um material clínico, baseado nas reminiscências do contato com pacientes atendidos no hospital; 3) considerei os pontos de articulação entre as memórias mais proeminentes, que se referiam aos pacientes que morreram; 4) selecionei fragmentos de atendimentos, diálogos, observações, afetos contratransferenciais, enquanto direcionadores para a pesquisa; 5) produzi um ensaio teórico interpretativo sobre os temas inspirados pelas memórias.

No ensaio teórico psicanalítico, o rigor do estudo e o aprofundamento das questões conceituais são aliados à sensibilidade do pesquisador às próprias determinações subjetivas provocadas pelo seu contato com o objeto (Hashimoto & Tavares, 2013). É a afirmação do desejo do pesquisador em transferência com o objeto de pesquisa que permitirá que a produção teórica em Psicanálise se construa não apenas como mera reprodução de conceitos, inaugurando a possibilidade da escrita singular a cada nova produção (Lameira, Costa e Rodrigues, 2017).

Os fragmentos recordados deram pistas do modo como permaneci implicada, enquanto pesquisadora, no material que propus analisar. Para Moreira & Kind (2022), a narrativa memorialística pode ser uma ferramenta potente para a pesquisa em Psicanálise, aos moldes da construção de caso clínico. Azenha (2018) aponta que na escrita de caso, é possível que haja a transmissão da psicanálise na medida em que o analista compareça na escrita à semelhança de um narrador. Para a autora, dessa forma,

a escrita seria capaz de conjugar a palavra plena, sem pressa, de forma que o relato seja o local de encontro com o relatado e como isso, não produza alienação do leitor. Ou seja, uma escrita mais próxima da escrita literária ou ao cinema, e mais distante da escrita

acadêmica e que nela operem os desvios necessários para fazer emergir a verdade e passar o real (Azenha, 2018, p.54).

Na escrita do caso clínico, o que se transmite “não é nunca uma experiência, mas sim o sentido de uma experiência, construído fragmentariamente e com furos” (Leite, 2018, p.21). Pelo seu efeito de transmissão, a escrita de caso possui um lugar privilegiado que situa a psicanálise no campo entre ciência - que comporta um saber fechado - e arte, que contempla em suas obras um caráter de abertura, um ir além (Azenha, 2018).

Nesta pesquisa, a escrita de vinhetas de memórias remeteu a atendimentos, a aspectos da transferência e do afeto envolvidos no encontro com cada personagem, com a cena hospitalar, com a instituição, e com a equipe de saúde. Nesse sentido, a analista compareceu na escrita como pensadora teórica da cena analítica em que o paciente é o único sujeito, mas também enquanto sujeito da experiência clínica que se revelou. A memória se tornou o elemento que convocou os aspectos subjetivos para engendrar material de análise e construção teórica da pesquisa.

Pensar a narrativa memorialística enquanto um recurso para acesso à história do sujeito é compreender o aspecto ficcional sobre o qual toda história é contada, e que revela pontos nodais que enlaçam o sujeito na própria verdade. Ou seja, como já aprendido a partir do método clínico, uma história não se escreve apenas linearmente, através do que é dito, mas também é fundamentada no que ultrapassa a própria linguagem (Moreira & Kind, 2022).

Tal como elaborado por Freud, a memória está sujeita a rearranjos e comporta hiatos temporais, nos quais as narrativas constroem história (Moreira & Kind, 2022). Além disso, a narrativa baseada na memória “comporta as significações impressas pelo sujeito com o mundo através da linguagem, compreendendo que a verdade tem estrutura de ficção, toma a dimensão real

e traumática, não passível de representação, como índice de pesquisa” (Moreira & Kind, 2022, p.44).

O conteúdo que se produz a partir da memória comporta uma estrutura própria, na qual as reminiscências podem ser pensadas através de seus avessos, afetos, esquecimentos, falhas e lacunas da história, que contemplam aspectos conscientes e inconscientes, transitando entre o profundo e a superfície (Porto, 2011). Em referência à literatura, Porto (2011) afirma que há uma poética do tempo na narrativa que, por meio do texto memorialístico, encontra possibilidades de existência e resistência ao esquecimento.

Destacar a resistência ao esquecimento é, ao mesmo tempo, afirmar o aspecto político deste trabalho que instrumentalizou-se metodologicamente com as vinhetas memorialísticas. As memórias que construí retrataram o caráter intersubjetivo do trabalho, que buscou dar palavra a tantos outros que integraram minha experiência laboral. A narrativa que se constituiu em determinado tempo e espaço reverberou a história de tantos outros que compuseram de algum modo a experiência narrada, construindo, como apontado por Porto (2011), um coletivo de vozes, de um ou vários grupos sociais com seus diversos signos, em uma poética que é ao mesmo tempo singular e plural.

Pela narrativa memorialística ocupei a posição de sobrevivente de um lugar testemunhal perante as mortes e os mortos, lugar este que deixou marcas a serem reveladas na pesquisa. Ao mesmo tempo, na escrita me propus interlocutora dos restos vivos daqueles sujeitos, que se fizeram presentes na escrita e na história por meio da memória. Transpor o lugar testemunhal para uma narrativa da memória foi também, de algum modo, política de resistência: um ato de fazer sobreviver na história algo que restou de singular daqueles que morreram.

Para além da condição de testemunha do padecimento, propus neste trabalho uma clínica que viabilizasse a produção de testemunho diante do morrer. A morte foi o instante da literalidade absoluta, do irrepresentável, mas houve uma *experiência* de vigor traumático que permeou o limite da finitude. Portanto, esse encontro inundado pelo desamparo fundamental foi campo potencial para a irrupção do traumático, e, ao mesmo tempo, de aposta na promoção do cuidado (Kuperman, 2016).

Diante de quem padeceu, coube à analista a condição de escuta que fosse capaz de suportar a literalidade da experiência e do discurso produzido pelo paciente, a fim de inaugurar naquele instante um anteparo de fantasia perante o traumático (Postigo, 2011). De outro modo, produzir testemunho no momento em que se vivenciou o morrer, foi de algum modo produzir uma via de transmissão para a elaboração do trauma, sustentada pelo laço transferencial.

Soou desafiador produzir uma pesquisa que discutisse aspectos do trabalho com a morte, tendo em vista a aspereza do tema, que por sua vez remeteu a ideias dolorosas, de sofrimento, de morbidez em seu lugar social de interdito. Então, neste trabalho, busquei o caminho do avesso, ao construir a circulação da palavra sobre o que se apartou da vida, conferindo visibilidade ao tema, às mortes, aos mortos, ao trabalho, às cenas e às memórias que se construíram ao longo da experiência.

Para isso, recorri a elementos e aspectos sensíveis que pudessem ampliar a discussão para além do intangível da morte biológica. Busquei por pistas do arsenal simbólico que permearam a noção da morte em nossa cultura: o lugar do assombroso, do estranho, do escandaloso, do sensível, do afeto e da representação da morte enquanto fato/fenômeno social. Nesse caminho, além dos relatos memorialísticos, pretendi aguçar a escrita utilizando fragmentos da história, do folclore e

da arte, a fim de compor o repertório das impressões subjetivas e intersubjetivas implicadas nesta pesquisa.

O trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro capítulo, recuperei a cena do atendimento clínico ao paciente Jeová, de 76 anos - tomado por reflexões diante da proximidade do fim da vida - para abordar os aspectos históricos e culturais que circundam o tema da morte. Pela lembrança de como a morte precisava ser encoberta no ambiente hospitalar, apontei a mudança da postura diante da morte ao longo da história na sociedade ocidental. Mobilizada pelos momentos em que o morrer e a morte foram cercados por mitos para a equipe multiprofissional, para as famílias e para os pacientes, recorri ao folclore brasileiro para revelar elementos que compuseram o repertório fantasmático em nossa cultura a respeito do tema. E ainda, busquei na música popular brasileira formas de representação da morte que permearam nossas manifestações artísticas e culturais.

No segundo capítulo, relatei a morte precoce de José, de aproximadamente 30 anos de idade, por um infarto – e recobrei como esse evento afetou a equipe de saúde - para discorrer sobre os impactos da morte para na clínica que se produziu no hospital. Relembrei o acompanhamento no percurso do morrer de Marcelo, de aproximados 40 anos de idade, descrevendo a minha incapacidade de me dar conta do seu padecer, para refletir sobre como o contexto do trabalho constante com a morte afetou a experiência do profissional de saúde, e compôs sua (in)capacidade de cuidado. Descrevi a busca desesperada da família de João - pastor evangélico de aproximadamente 70 anos, na circunstância da COVID-19 - por alguma memória de fala, ou gesto de seus últimos momentos de vida, a fim de discutir a condição de desamparo e a possibilidade de laço diante da morte e do morrer no hospital. Recordei de Joaquim - homem simples de meia idade,

que passou por uma amputação de membro antes de sua morte, sem que pudesse exercer escolha - para discutir alguns aspectos políticos do cuidado institucionalizado.

No terceiro capítulo resgatei as últimas palavras ditas por Ana - uma jovem com cerca de 20 anos de idade, no atendimento que antecedeu sua morte por COVID – 19 - para pensar sobre a singularidade da minha experiência clínica construída diante da morte e do morrer. Retomei o atendimento de Isaque - jovem de aproximadamente 30 anos de idade, nos seus últimos momentos de vida, após longos anos de tratamento de um tumor cerebral - para articular a clínica psicanalítica diante da morte com sua função de testemunho. Lembrei o morrer de Silvia - mulher em torno dos 40 anos de idade, e da sensibilidade do atendimento à sua família - para tensionar a noção de transferência e a dinâmica afetiva que envolve a dupla analítica na situação de atendimento. Retomei o atendimento aos pais de Felipe, um bebê recém-nascido que faleceu logo após o parto - e do momento doloroso do contato com o pequeno corpo - para apresentar os caminhos percorridos para a invenção de uma clínica singular no hospital com esses sujeitos.

## Capítulo 1. A morte na história, na cultura e na arte

*Jeová foi acompanhado por um longo tempo, na evolução de uma doença crônica, com internações recorrentes em UTI. De peculiar lucidez e coragem ao abordar a progressão da própria doença e a ideia da sua morte, ele pôde refletir sobre como desejava seus momentos finais, sobre seus vínculos, e o que ainda desejava concluir, sobre céu e inferno, e diversos temas que circundam o imaginário de quem encara o morrer. Em um dos atendimentos, ele relatou:*

*- Minha filha vai na igreja, fica lendo a bíblia pra mim, mas pra te falar a verdade, eu não acredito nesse negócio de céu e inferno não.*

*- E o senhor acredita no quê?*

*- Olha, dizem que Deus é pai, não é? Eu sou pai de 5 filhos. Eu amo todos eles, independente do que aconteça. Você acha que eu mandaria algum deles pro inferno?*

*No dia de sua morte, durante um longo período de insuficiência respiratória e rebaixamento de nível de consciência que impedia a interação com o mundo externo, os sinais vitais desse homem cessaram quando o último dos cinco filhos conseguiu chegar para visitá-lo.*

O que podemos alcançar quando pensamos sobre a morte? O medo, a dúvida, a evitação, o desejo, a perda, o assombro, a complacência, as explicações míticas e religiosas, os trâmites que envolvem o processo de morrer, a dor, a agonia, um desconforto? O personagem citado, na singularidade do seu encontro com a possibilidade de morte, se questionava sobre o céu e inferno, duvidava da possibilidade de um juízo final, e também refletia e afirmava os seus vínculos e afetos. Infinitas podem ser as possibilidades imaginadas e inventadas sobre a morte, que nos é enigmática e inapreensível.

As religiões e a filosofia há séculos buscam questionar e teorizar a respeito da origem e do destino humano. O arcabouço de experiências pessoais, familiares, históricas, políticas e culturais, compõe o repertório de cada um acerca da representação da morte. A morte também inspira poetas, músicos, artistas e instiga a vida cotidiana das pessoas comuns desde os tempos mais remotos (Kóvacs, 1992). Nas pinturas rupestres já se encontravam representações da morte como “perda, ruptura, desintegração, degeneração, mas também como fascínio, sedução, uma grande viagem, entrega, descanso ou alívio” (Kóvacs, 1992, p.2).

Recorro a Freud (1915/2010) para considerar que a própria morte nos é inconcebível, e ao tentar imaginá-la não podemos ocupar outro lugar para além da posição de observadores. No inconsciente estamos, portanto, convencidos da nossa imortalidade, tendo em vista a impossibilidade de uma experiência que produza alguma forma de representação da morte.

Freud (1915/2010) formulou hipóteses sobre como a humanidade, ao longo da evolução histórica, precisou se haver com o enigma da morte. De acordo com o autor, para o homem primevo “a própria morte era certamente tão irreal e inimaginável quanto ainda hoje é para cada um de nós” (p.175). Entretanto, ao experimentar a dor da perda das pessoas amadas, o homem não mais poderia apartar a morte, mas ainda predominava a resistência em admiti-la, por não poder imaginar-se morto.

O homem, então, admitiu a morte para si, mas refutou o sentido de aniquilação da vida, inventando junto ao corpo morto espíritos, a cisão entre corpo e alma, em um curso de pensamento análogo ao próprio processo de desintegração acarretado pela morte. “A contínua lembrança dos falecidos tornou-se a base para supor outras formas de existência, deu-lhe a ideia de uma sobrevivência após a morte aparente” (Freud, 1915, p. 176).

Posteriormente, as religiões anunciariam uma outra existência, mais valiosa e plena, sendo a vida mera preparação para um destino posterior à morte. As conseqüentes ideias de prolongamento da vida no passado, de existências anteriores, a noção de reencarnação, todas respondem ao mesmo propósito de extraviar da morte o sentido de abolição da vida. Logo, tão cedo “teve início a negação da morte que designamos como cultural-convencional” (Freud, 1915, p. 177).

Morrer é um fato biológico natural e, ao mesmo tempo fenômeno humano articulado à dimensão simbólica e, portanto, impregnado de valores e significados imbrincados ao contexto sociocultural e histórico (Combinato & Queiroz, 2006). Nesse sentido, torna-se relevante recuperar alguns aspectos históricos que esclareçam a evolução da atitude perante a morte nas culturas ocidentais, além de visitar elementos folclóricos e artísticos que auxiliam a compreender a representação da morte na nossa cultura.

### **1.1 Aspectos históricos**

*Quando morria alguém no ambiente de UTI, a equipe precisava transportar o corpo do falecido para outro setor, onde se aguardariam as providências funerárias tomadas pela família. Retirar o corpo da UTI envolvia uma série de cuidados: um lençol recobria o corpo sobre a maca, e se evitava, a qualquer custo, que qualquer pessoa que passasse pelo hospital tivesse contato com aquela cena. Interrompia-se o trânsito da recepção, interditava-se o elevador, verificava-se cautelosamente se familiares não estariam presentes nos arredores da unidade. Apressados, os profissionais faziam o percurso com o morto até o local de destino. Mas o que, de fato, nessa dinâmica, se pretendia evitar? Não seria óbvio que se morria nos*

*hospitais? Por que se fazia tão incômoda e repugnante a ideia de que alguém poderia, assim de repente, se deparar com a morte? Por que olhar para o morto deveria ser evitado, assim, com tanto empenho?*

Na crônica “Será que escapo desta?”, Rubem Alves (2014) retrata a solidão de um enfermo em relação às pessoas e aos profissionais que o cercam, diante da noção de proximidade do fim da vida. Aqueles que o rodeiam evitam qualquer conversa franca e honesta sobre o seu processo de morrer. No texto, o personagem parte do questionamento apresentado a seguir:

Doutor, agora que estamos sozinhos quero lhe fazer uma pergunta: "Será que eu escapo dessa?" Mas, por favor, não responda agora, porque sei o que o senhor vai dizer. O senhor vai desconversar e responder: ‘Estamos fazendo tudo o que é possível para que você viva’. Mas não me interessa nem o que o senhor está fazendo nem o que todos os médicos do mundo estão fazendo. Sou uma pessoa inteligente. Sei a resposta. Sei que vou morrer. Na escola de medicina os senhores aprendem a ajudar as pessoas a viver. Mas haverá professores que ensinam a arte de ajudar as pessoas a morrer? Pois a morte não é parte da vida da mesma forma que o crepúsculo é parte do dia? Ou isso não faz parte dos saberes de um médico? O que eu desejo é que o senhor me ajude a morrer. Meus parentes mais queridos se sentem perdidos. Quando quero falar sobre a morte, eles logo dizem: ‘Tire essa ideia de morte da cabeça. Logo você estará andando...’. Mentem. Então eu me calo. Quando saem do quarto, choram. Querem me poupar de sofrimento. Mas são fracos, e não sabem o que falar. Fico então numa grande solidão. Não há ninguém com quem eu possa conversar honestamente. As visitas vêm, assentam-se, sorriem, comentam as coisas do cotidiano. Fazem de conta que estão fazendo uma visita normal. Eu finjo que estou prestando atenção, obedecendo às normas da delicadeza. Sorrio. Acho

estranho que uma pessoa que está morrendo tenha a obrigação social de ser delicada com as visitas (p.237).

Na dificuldade da comunicação honesta, na solidão do enfermo e dos enlutados, na excessiva cautela diante do corpo morto, vai se delineando a postura convencional de negação da morte, apartando-a da vida e relegando-a à condição de interdito.

Freud, no texto *Considerações atuais sobre a guerra e a morte* (1915/2010), refletiu sobre a perturbação da postura sobre o tema da morte. O autor destacou a atitude pouco franca, na medida que facilmente se sustenta que a morte é natural, incontestável e inevitável, mas que na realidade manifestamos a tendência de deixá-la de lado, reduzindo a morte ao silêncio. O autor acrescenta que, “no tocante à morte de outra pessoa, o homem civilizado evita cuidadosamente falar dessa possibilidade quando aquele destinado a morrer pode escutá-lo”. (p.230). No mesmo texto, Freud ainda aponta para a dimensão da culpa ao se considerar a morte de terceiros em pensamento, afirmando que “o adulto cultivado não pode admitir nem em pensamento a morte de outrem, sem considerar-se duro e malvado; a menos que lide profissionalmente com a morte” (p.230 e 231).

Impactado pela ascensão da Primeira Guerra Mundial, Freud (1915/2010) apostou em uma mudança no tratamento convencional diante da morte, já que o grande volume de mortos contados diariamente tornaria a morte inegável, e não mais justificada pelo acaso. No entanto, tantos anos depois, após outras guerras e outros trágicos eventos que precipitaram mortes coletivas a números elevados ao redor de todo mundo, a exemplo da recém atravessada pandemia COVID-19, as considerações sobre o trato social da morte enquanto tabu ainda soam completamente atuais.

Cabe considerar, no entanto, que nem sempre o posicionamento perante a morte foi o mesmo ao longo da história. Nesse sentido, tornou-se relevante buscar um breve apanhado

histórico, a fim de compreender as transformações que fizeram com que a morte alcançasse o estatuto de interdito na postura convencional das sociedades ocidentais.

A condição social atribuída à morte passou por significativas alterações ao longo do tempo. Na Idade Média, por exemplo, a finitude era vivida com resignação enquanto destino coletivo da espécie. A morte era uma cerimônia pública, organizada pelo próprio enfermo, que percebia de antemão os sinais que indicavam a proximidade do próprio fim; o trânsito de pessoas no quarto era livre, incluindo naturalmente a presença de crianças, e era importante que parentes, amigos e vizinhos estivessem presentes. Os ritos da morte eram aceitos e cumpridos sem caráter dramático ou comoção excessiva (Áries, 2012).

A partir do século XVIII, a morte adquire sentido dramático, sendo exaltada, desejada e arrebatadora; ao mesmo tempo ocupa-se menos da própria morte para direcionar o lamento diante da morte do outro. Afloram as expressões dos excessos emocionais experimentados na ocasião do luto, que representam, de acordo com Áries (2012), a maior dificuldade dos sobreviventes de aceitar a morte do outro; origem histórica das manifestações de saudade e lembranças, representada pelo incremento do culto aos túmulos.

Em meados do século XIX, com a advento das sociedades pós-industriais, a morte toma a forma que se aproxima da nossa postura atual, ou seja, da dimensão de interdito. Nesse contexto, que também é marcado pelo desenvolvimento científico da medicina, a visão da morte e do paciente moribundo modificaram-se profundamente. A revolução higienista potencializou a separação entre vivos e mortos, de tal modo que o convívio com quem padecia passou a representar fonte de perigo, contaminação e doença (Combinato & Queiroz, 2006).

O desenvolvimento do capitalismo transformou o corpo humano em um instrumento de produção. Adoecer nesse contexto significa deixar de produzir, o que significa vergonha da inatividade, que deve ser oculta do mundo social (Pitta, 1999 *apud* Combinato & Queiroz, 2006). Tendo em vista a supremacia do consumo, da produção e de um ideal de felicidade, também o trato com o padecimento passa a ser silenciado e encoberto, com a intenção de evitar ao moribundo, e sobretudo a toda sociedade, emoções demasiadamente fortes e insuportáveis, “causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz, pois, a partir de então, admite-se que a vida é sempre feliz, ou deve sempre aparentá-lo” (Áries, 2012, p.85).

Emerge a preocupação em isolar, separar e desenvolver conhecimento especializado e disciplina institucional para diversos fenômenos. Neste contexto, excluir os mortos dos vivos passou a ser um empreendimento fundamental. A época de transição para a modernidade foi marcada pela intenção de “colocar os mortos, juntamente com o lixo, cada vez mais longe do meio urbano e do convívio social” (Combinato & Queiroz, 2006, p. 210).

Áries (2012) aponta uma mudança mais pronunciada entre as décadas de 1930 a 1950, com o deslocamento do lugar da morte: “já não se morre em casa, em meio aos seus, mas sim no hospital, sozinho” (p.85). O hospital, para além da função curativa, torna-se local privilegiado para a morte, já que morrer em casa se torna inconveniente. Abandona-se a dimensão coletiva e ritualística, em que o moribundo deve se apropriar e presidir as próprias cerimônias, rodeado de pessoas próximas, para se alienar à ideia da morte enquanto fenômeno técnico determinado pelas competências e decisões unânimes da equipe hospitalar; “são eles os donos da morte, de seu momento e também de suas circunstâncias” (p.86).

A morte foi dividida, parcelada numa série de pequenas etapas dentre as quais, definitivamente, não se sabe qual a verdadeira morte, aquela em que se perdeu a

consciência ou aquela em que se perdeu a respiração... Todas essas pequenas mortes silenciosas substituíram e apagaram a grande ação dramática da morte, e ninguém mais tem forças ou paciência de esperar durante semanas um momento que perdeu parte de seu sentido (Áries, 2012, p.86).

Acontece nesse processo histórico uma profunda alteração do afeto manifesto diante do adoecimento, da morte e da perda. Na instituição hospitalar, delimitou-se a valorização de uma morte que pudesse ser aceita ou tolerada pelos sobreviventes. A morte que deixava os sobreviventes embaraçados e desencadeava uma comoção demasiada era algo que deveria ser evitado, não só no hospital, mas na sociedade de forma geral. O direito à comoção seria destinado ao espaço particular, às escondidas, poupando o entorno do desconforto de lidar com a emoção expressada (Áries, 2012).

Alteraram-se os ritos fúnebres, e ainda que se mantenha a cerimônia que marque a partida, as manifestações aparentes do luto devem ser contidas já que a dor explícita passa a provocar repugnância: é mórbida. O luto solitário e envergonhado se tornou único recurso, não mais se adotavam comportamentos e vestes específicas, e cada vez menos se visitava os túmulos. De acordo com Áries (2012), a fuga diante da morte, entretanto, não indicou uma indiferença em relação aos mortos, mas, ao contrário, parece provocar um impacto ainda maior diante da perda. O recalque da dor, a interdição de sua manifestação pública e a obrigação do sofrimento solitário e escondido parecem agravar o traumatismo que representa a morte e a perda de um ente querido (Áries, 2012).

O movimento histórico aponta para uma progressiva desapropriação da morte, em que o sujeito passa da condição de protagonista a coadjuvante nos ritos e escolhas sobre o próprio processo de morrer. Além disso, nota-se o silenciamento progressivo da morte e das manifestações

do luto, sendo imputada carga de pudor e inconveniência a todo assunto que a remeta, instaurando um interdito. Tal postura diante da morte impacta diretamente na elaboração da perda, e sinaliza a falência da possibilidade de produção simbólica diante da morte e da perda sustentada e suportada pelo laço social.

## **1.2 Revelações sobre a morte no folclore brasileiro**

*De tempos em tempos na UTI perdurava a hospitalização de pacientes em extrema gravidade, em condições de sobrevivência improvável. Na ocasião as equipes debatiam como seria possível alguém não “evoluir” - expressão sinônima de morte - naquelas condições. Várias possíveis explicações míticas habitavam o imaginário de profissionais, e até de familiares, para uma sobrevivência insistente em condições inexplicáveis. Uma situação orgânica de “quase morte” só se estenderia tanto porque aquela pessoa devia estar esperando alguém para se despedir, ainda devia ter algum acerto de contas que impedia o devido descansar em paz da alma. Poderia, ainda, quem sabe, restar alguma dívida de vida terrena que se pagasse com alto montante de sofrimento; uma romaria penitente para em algum momento merecer, de fato, a morte. Entre tragédia e dádiva, a morte transitava. Algumas pessoas que percorriam sinuosos e exaustivos percursos para o “encontro final” se perguntavam, e me perguntavam, o porquê de tanto sofrimento, já que não encontravam na vida que tinham construído motivos que justificassem um doloroso fim. Certa vez, em atendimento, um paciente percorreu a memória para tentar compreender quais eram os grandes erros que cometera ao longo da vida, e, em lágrimas, entendia que não havia relação justa entre o jeito de viver e o jeito de morrer.*

Muitas construções sobre o enigma da morte perpassam mitos, lendas, mistérios e invenções que vão sendo transmitidas ao longo das gerações no interior de uma cultura. Essas histórias vão sendo narradas e recontadas ao longo dos tempos e parecem compor parte importante do repertório de sentidos da humanidade perante o desconhecido. Por isso, recorri aos mitos, em especial ao folclore brasileiro, compreendendo que essas formas explicativas transcendentais, que produzem a metaforização e expressão simbólica de aspectos da realidade (Campo A, 2008), podem auxiliar na reflexão sobre as representações sobre a morte.

A Psicanálise foi aliada neste diálogo, tendo em vista que a mitologia, bem como a literatura e as artes permearam os escritos de Freud e o desenvolvimento teórico psicanalítico, compondo um profícuo material para a reflexão sobre a vida psíquica. O autor, inclusive, destacou em alguns pontos de sua obra que as investigações da Psicanálise são extensivas a todo material da cultura:

O que caracteriza a psicanálise como ciência não é o material de que trata, mas sim a técnica com a qual trabalha. Pode ser aplicada à história da civilização, à ciência da religião e da mitologia não em menor medida do que à teoria das neuroses (p. 453)” (Freud, 1917/1980).

O discurso mítico exerceu significativa influência nas elaborações teóricas de Freud: as tragédias gregas, as escrituras judaicas, a demonologia cristã, ilustraram, sustentaram e expandiram suas investigações clínicas (Mano & Weinmann, 2018). Com inspiração psicanalítica essas “geniais criações do espírito” – como Freud (1921) adjetiva a língua, o canto popular e o folclore – serão retomados os mitos, em especial a produção lendária da cultura popular brasileira, a fim de explorar algumas nuances dessas narrativas, que provocam pontos nodais sobre as inquietações humanas.

Mito é um termo de origem grega (*mythos*) que significa narrar, contar (Pastore, 2012). De forma ambígua, ao mesmo tempo em que se refere a uma fabulação, um relato, uma estória, a noção de mito também compreende como esse significado se constrói, uma lógica que rege a articulação significativa (Azevedo, 2004).

O mito designa composições de vários gêneros literários (épico, lírico e dramático), relatos históricos, lendas da tradição oral, bem como a própria ordenação, isto é, os tipos de relação que se estabelecem nesses relatos e que os constituem (Azevedo, 2004). A ambiguidade do termo reflete também o sentido presente nos relatos míticos, nos quais o significado jamais deve ser tomado de maneira unívoca e permanente.

Os mitos se constituem enquanto capital fantasmático de uma cultura. Nos mais diversos grupos se observa um objetivo comum, qual seja, criar sentido para questões que os humanos sempre necessitaram afrontar. Fatos como nascer, viver, morrer, enfrentar o poder e a violência da natureza, a dos outros e a própria, tornam-se interrogações existenciais comuns a toda cultura, e que transpõem as diferenças (Ceccarelli, 2012).

Portanto, há uma similaridade na linguagem mítica que atravessa os arredores do mundo e os tempos históricos, e que marcam uma repetição, uma insistência apesar das particularidades. Tal repetição, como descrito por Azevedo (2004), “tem por efeito expor, desvelar um ponto nodal dessa linguagem: a atenção a contradições e à sua superação” (p.16). Nesse sentido, os temas dos mitos recorrem diante dos grandes paradoxos humanos (Azevedo, 2004).

Segundo Corrêa (2019), no contorno da cultura popular brasileira, a produção mitológica se fundamenta em um processo mimético, no qual a cultura colonizadora, que tem como raiz predominante o catolicismo popular, se apropria de elementos culturais dos colonizados e escravizados, narrando-os sobre as próprias perspectivas, e lhes conferindo outros sentidos e

finalidades. Cascudo (2012) ressalta que a influência europeia, branca e colonial, foi responsável pela maioria dos mitos no nosso país, senão em quantidade, mas em força modificadora, em ação contínua. “Nenhum mito se imunizou do prodigioso contato e todos trazem vestígios, decisivos ou acidentais, sempre vivos, do “efeito” português” (p.47).

A marcada influência do catolicismo popular sobre a construção de uma cultura nacional repercute no conteúdo dos nossos mitos (Corrêa, 2019). Os ideais da nossa cultura perpassam os mitos fundadores bíblicos, que marcam intensamente as nossas concepções de bem e mal, verdadeiro e falso, de pecado, de sexualidade, de vida e morte, da posição social de homens e mulheres, dentre outras (Ceccarelli, 2012).

A partir da influência sacra, a representação preponderante da morte no imaginário brasileiro foi centrada na figura do morto. O defunto, do ponto de vista predominante da matriz religiosa brasileira, ainda que destinado a um universo próprio após a morte, ao além, seria de alguma forma alcançável e comunicável pelos vivos (Corrêa, 2019).

Essa constatação se aproxima das proposições de Freud (1915) que apontam para nossa postura convencional de negação da finitude, sendo o vislumbre da morte possível apenas pela morte do outro, além de toda a construção anímica que extravia da morte o sentido de total abolição da vida. Em uma breve leitura das lendas do folclore brasileiro, foi possível buscar elementos com as quais a produção narrativa espontânea busca dar conta da enigmática condição da morte.

Em nossa produção folclórica, a ideia de uma forma de vida que se prolonga para além da morte, em que os mortos permaneçam de algum modo acessíveis e intervenham na vida presente, tem uma função moral importante, uma vez associada ao pecado cristão (Corrêa, 2019). Esses penitentes, que tendo deixado assuntos ou dívidas morais mal resolvidas em relação aos vivos, poderiam retornar, na forma de duplo ou fantasma, para quitar suas pendências. Sobre o conceito

popular de alma, Cascudo (2000) afirma que: “a alma permanecerá na terra, enquanto dever promessas ou não cumprir a sentença que lhe impôs o Juiz Divino” (p.62).

É o caso da lenda do Cabeça-de-Cuia, entidade original da região do Piauí. Os relatos populares descrevem-no como um sujeito alto, magro, de cabelo caído na testa, que vive dentro do rio Parnaíba, e seu movimento pelas águas provoca enchentes. As mães proibem os filhos de se banharem nas águas do rio, e muitos homens também o evitam por medo. Dizem que a cada 7 anos ele devora uma moça de nome Maria, mas também pode capturar outras pessoas que se aventuram pelas águas do rio. O mistério se originou da história de um rapaz que, não obedecendo a sua mãe, maltratando-a e abandonando sua família, foi pela mãe amaldiçoado e condenado a viver 49 anos nas águas do Parnaíba. Depois que ele comer as sete Marias, tornará ao estado natural, desencantando-se. Conta-se que a mãe existirá enquanto ele viver nas águas do rio (Cascudo, 2000, p. 203).

No folclore, se chama Corpo-Seco aquele que viveu espalhando grandes malefícios, foi rejeitado pelos céus e pelas profundezas, e repelido até pela terra que recobriu seu corpo no sepultamento, que permaneceu por anos sem se decompor. Em obediência ao seu fardo, ergue-se de sua tumba para assombrar os vivos durante as noites. Como na herança da tradição europeia, os amaldiçoados e mortos sem penitência não serão desfeitos pela terra; o corpo secará e deambulará entre os vivos, assim como no mito das almas-penadas (Cascudo, 2000).

O Bradador, figura lendária de várias regiões do Brasil, é um desses fantasmas penitentes que cumpre seu fado gritando, bradando, chamando, durante a noite, ao redor das casas ou nos caminhos frequentados. Com berros altos, soltos e terríveis, este espírito protesta contra o castigo, espalhando medo pela região assombrada. Os relatos populares afirmam que o Bradador atravessa os campos, correndo, todas as sextas-feiras, depois da meia-noite, bradando pelos descampados.

Afirmam os caboclos que se trata do espírito de um corpo seco, e que só depois de cumprir a sina, seu corpo poderá ser absorvido pela terra que o rejeitara por largo espaço de tempo (Cascudo, 2012).

Em diversas lendas a morte é representada como uma ameaça da natureza, e pela qual se manifesta temor. Alguns seres encantados, representados no folclore, como já apontado até aqui, são cruéis e assombram as pessoas com seus instintos assassinos, colocando-as diante do risco persistente de ataque - a exemplo do Lobisomem, mais conhecido entre os animais fabulosos. Conforme Cascudo (2012), “todas as águas-vivas, ardentes e eternas do Medo, do Pavor sem contorno e da Imaginação, desceram, por três boqueirões raciais, para a vertente de onde sairia o brasileiro” (p. 49).

O Mapinguari é reconhecido por caçadores e trabalhadores das florestas como um verdadeiro demônio do mal. Descrito como um homem agigantado, com cabelos longos que o recobrem como um manto, unhas em garras e fome insaciável, mata infalivelmente quem o encontra, e devora. “Só é vulnerável no umbigo. Esse lugar é clássico para a morte dos monstros. É o sinal do seu nascimento, de sua triste e melancólica condição mortal” (Cascudo, 2012, p.208). Assombra durante o dia, ao contrário de outros entes, e emite sons atordoadores, e a ele se atribui os inexplicáveis sons das matas (Cascudo, 2012).

Outras lendas abordam o conhecimento sobre o prenúncio da morte e tragédias, como um mal agouro, oferecendo sinais que forneçam algum nível de conhecimento prévio de uma morte que está por vir. Além disso, como apontado por Corrêa (2019), as narrativas sobre entes agoureiros oferecem a possibilidade de barganha com os representantes da morte, permitindo, por meio da invocação do mágico, a possibilidade de evitar a própria sina.

A tradição fabulosa paraense denominada Matinta Pereira era, no início, apenas um anúncio de desgraças ou, para os indígenas, uma breve visita da alma de seus mortos. Passou posteriormente a um ente misterioso e perigoso, que pode ter a forma de uma mulher velha ou uma ave, e que emite um ruído inconfundível durante as noites, do qual todos devem se esconder; para evitar sinistros, as pessoas devem a ela ofertar alguma forma de prenda ou caridade, como o tabaco (Cascudo, 2012).

Na forma de ave também se tecem na tradição outros causos sobre o anúncio da morte. O atrito das asas da coruja rasga-mortalha remete ao som de um pano resistente sendo rasgado bruscamente. Para os supersticiosos, a coruja está “rasgando mortalha” para algum enfermo da vizinhança; atraída pelas luzes acesas nos aposentos dos doentes, sua ronda e seu voo são sinais de uma morte inevitável e próxima (Cascudo, 2000).

Freud (1927) afirmou que as forças implacáveis da natureza trazem consigo a recordação constante de nossa fraqueza e desvalia, intransponíveis apesar de todo o trabalho da civilização. A cultura produziu a humanização da natureza, na tentativa de forjar familiaridade com os elementos indomáveis, e produzir possibilidade de elaboração psíquica diante da angústia sem sentido.

De forças e destinos impessoais não podemos nos aproximar, eles são eternamente distantes. Mas, se nos elementos as paixões se agitam como no interior da própria alma, se nem sequer a morte é algo espontâneo, e sim o ato violento de uma virtude maligna, se em toda parte, na natureza, o indivíduo está rodeado de seres tais como os que conhece da própria sociedade, então ele respira aliviado, sente-se em casa num meio inquietante, pode elaborar psiquicamente a sua angústia sem sentido. Talvez ainda esteja indefeso, mas não mais paralisado e desvalido, pode ao menos reagir; sim, talvez não esteja sequer indefeso, e possa utilizar, contra os violentos super-homens lá fora, os mesmos recursos que emprega

em sua sociedade, tentando suplicar-lhes, aplacá-los, suborná-los, tirando-lhes, assim, parte de seu poder. Tal substituição de uma ciência natural pela psicologia não apenas produz alívio imediato, também mostra o caminho para um subsequente controle da situação (Freud, 1927 p.200).

O recurso ao folclore auxilia a compreensão de como é possível, por meio de elementos contados e transmitidos ao longo das gerações, fazer com que as inquietações humanas, entre elas a morte, possam ser pensadas e enfrentadas a partir do trabalho criativo da cultura. A invenção dos entes encantados e dos mitos permite que algumas nuances da morte sejam conhecidas, e que haja a expectativa da intervenção e controle humanos diante do incompreensível.

Outras manifestações culturais também podem auxiliar e aproximar a discussão sobre a morte, como será discutido no tópico a seguir.

### **1.3 Representações da morte na música popular brasileira**

*Na UTI, sempre havia algum televisor ligado a pedido de algum paciente. A visita dos familiares na unidade coincidia com o horário de reprise de uma novela vespertina, da qual a música tema de abertura era: “Encontros e Despedidas”, na voz de Maria Rita. Ao longo do trabalho no hospital, pude testemunhar vários momentos muito marcantes e profundos, e o instante de visitação mobilizava a potencialidade de alguns encontros. Durante alguns meses, o momento em que eu telefonava para a recepção pedindo a liberação das famílias, era embalado pela canção:*

*Mande notícias do mundo de lá, diz quem fica/ Me dê um abraço, venha me apertar, tô chegando (...)* Todos os dias é um vai e vem/ A vida se repete na estação/ Tem gente que chega pra ficar/

*Tem gente que vai pra nunca mais/ Tem gente que vem e quer voltar/ Tem gente que vai, quer ficar/ Tem gente que veio só olhar/ Tem gente a sorrir e a chorar/ E assim chegar e partir/ São só dois lados da mesma viagem/ O trem que chega é o mesmo trem da partida/ A hora do encontro é também despedida/ A plataforma dessa estação é a vida desse meu lugar/ É a vida desse meu lugar, é a vida*

Apesar de a canção “*Encontros e Despedidas*” já ser parte do meu gênero de preferência musical, ouvi-la no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva, fitando tantas faces que viviam seus percalços com a morte, fez com que eu a apreciasse de um lugar jamais alcançado anteriormente. O vai e vem das famílias, amigos, e conhecidos que adentravam a unidade para as visitas, me fazia pensar fortemente sobre a peculiaridade daqueles encontros, na plataforma dessa estação, como diz a canção.

Tal memória me leva a buscar sobre a morte na arte, no especial recorte da poética de algumas canções da Música Popular Brasileira, que auxiliam na reflexão sobre como o tema interpela o ouvinte, a partir dos sentidos produzidos no encontro da sonoridade com os apelos grafados em forma poética. Foram descritas aqui algumas canções que envolvem o termo “morte” em suas letras, e que dispõem das histórias da composição disponíveis para acesso na internet.

Portanto, busco a letra, mas também informações sobre o contexto de sua criação, fazendo com que a compreensão da morte nas canções alcance também lugares inéditos para a apreciação do leitor. Buscar por uma breve história de cada letra também pretende tornar a discussão sobre a morte mais próxima, migrando da condição de silenciamento para a possibilidade de laço, para uma morte manifesta, escrita e cantada, numa criação que demanda um intérprete, e o se fazer ouvir – um laço.

A manipulação de ritmos, tempos, dinâmicas e a tensão entre elementos, todos esses são capazes de produzir diversas impressões e sensações em quem ouve, e que ultrapassam os limites da palavra. No trabalho da criação musical, supõe-se que compositor e intérprete possam transmitir algo, pela obra em forma cifrada, que remonta à sua posição subjetiva e ao vazio enigmático de sua constituição. É pela própria condição do vazio que se torna possível a invenção e a continuidade da criação através dos significantes, na forma musical (Azevedo, 2008). Por outro lado, se é pela escuta que se produz um trabalho musical, há também um trabalho empenhado pelo ouvinte.

A música irá ressoar no vazio deste sujeito que ouve, produzindo efeitos nele. Ao término da música, esta deixará vestígios no ouvinte e, com eles ou a partir deles, este sujeito poderá, se assim se sentir impelido, fazer algo, tecer alguma coisa por ter sido tocado neste ponto para além dos sentidos (Azevedo, 2008, p. 95).

Para além da dinâmica sonora, a música pode também contar com uma produção poética, em forma de letra, a ser ritmada e encantada pelos contornos da musicalidade. Ainda que a apreciação adequada das letras de uma canção deva estar associada às dimensões auditivas, na articulação entre os signos verbais e acústicos, cabe considerar que a letra, ainda que destinada a ser cantada, pode expressar sua potencialidade quando considerada individualmente, na perspectiva literária (Perrone, 2008).

A dimensão poética também remete ao valor social que certas letras, articuladas às marcas do tempo histórico de sua composição, nos conduzem a visitar vários temas, tantas vezes sensíveis, negados ou interditos, por meio da forma privilegiada de mobilização formulada pela arte. Por ser uma comunicação expressiva, a arte também contempla algo diferente e mais amplo do que as vivências do artista, na medida em que a produção recorre ao repertório comum da civilização para

os temas e formas da obra e se molda sempre ao público, atual ou pressuposto (Candido, 2006). Portanto, a produção musical e artística deve ser compreendida a partir dessa dinâmica de entrelaçamento entre elementos sociais, subjetivos e do endereçamento ao outro.

Dessa forma, nesse trabalho, o resgate de algumas canções pode contribuir para a reflexão sobre como a morte pôde ser descrita, letrada e cantada na música popular brasileira, buscando, por meio da criação musical e poética, pistas sobre os sentidos compartilhados de como se representa a morte em nossa cultura. A intenção aqui, portanto, não é realizar uma pesquisa aprofundada sobre letras que versam sobre a morte nas canções, mas ilustrar como a produção artística é capaz de criar modos de expressão, poéticos e performáticos, que circundam esse tema interdito.

Nas músicas e nas respectivas histórias de sua criação, observei possibilidades de produção de sentidos que bordejam o que, no fim das contas, não se alcança, não se representa e não se tateia - o inenarrável da morte. Associam-se às obras escolhidas para compor este trabalho as memórias e personagens resgatados nesta escrita, que viveram de modos singulares a relação com a morte: a resignação, a revolta, a luta, a negação e o luto.

Em algumas composições, o contato com a própria morte é imaginado e desnudado, como em *Não Tenho Medo da Morte* (2008) de Gilberto Gil. O artista relata que a canção surge após ter acordado no meio da noite com uma sensação inominada; na escrita, encontra palavras que vão contando sobre sua angústia, e que têm como tema a morte. O artista conta do processo de ampla reflexão sobre essa questão ao longo da vida, inicialmente inquietante, mas após algum amadurecimento, como algo mais sereno.

As reflexões sobre a morte me ajudaram muito, elas são muito frequentes, presentes o tempo todo. Pensar nela com serenidade foi um trabalho. Não evitar o medo, mas fazer

com que o medo da morte se traduza de uma forma tranquila, amenizando essa dificuldade do temor da morte. (...) Eu acho que é isso mesmo, é uma passagem grave, muito importante, é o único mistério profundo da vida. A morte, o indecifrável, é o tempo presente, você vai ser ator disso e ninguém vai viver a morte por você, ela é parte da sua vida. (...) Hoje ainda tenho medos, mas menos. (...) A própria vida, os filhos, a morte de um filho, casamentos, os atalhos e desatalhos, os fazeres e desfazer, tudo me deu mais paciência com a vida, com as coisas, capacidade de tolerar, de viver as dificuldades de uma forma mais íntegra, com meu ser inteiro e não aquele tão dividido que eu tinha. Hoje eu tenho coragem de dizer que não tenho medo da morte, em uma música, coisas assim. Ao mesmo tempo, coragem de dizer também tenho medo de morrer. (Gil & Zappa, 2013, p.266)

Do relato da composição, e das reflexões pessoais do artista em relação a morte, surge a canção:

Não tenho medo da morte/ Mas sim medo de morrer/ Qual seria a diferença/ Você há de perguntar/ É que a morte já é depois/ Que eu deixar de respirar/ Morrer ainda é aqui/ Na vida, no Sol, no ar/ Ainda pode haver dor/ Ou vontade de mijar/ A morte já é depois/ Já não haverá ninguém/ Como eu aqui agora/ Pensando sobre o além/ Já não haverá o além/ O além já será então/ Não terei pé nem cabeça/ Nem fígado, nem pulmão/ Como poderei ter medo, hein/ Se não terei coração?/ Não tenho medo da morte/ Mas medo de morrer, sim/ A morte é depois de mim/ Mas quem vai morrer sou eu/ Derradeiro ato meu/ E eu terei de estar presente/ Assim como um presidente/ Dando posse ao sucessor/ Terei de morrer vivendo/ Sabendo que já me vou/ Aí nesse instante, então/ Sentirei quem sabe um choque/ Um piripaque, um baque/ Um calafrio ou um toque/ Coisas naturais da vida/ Como

comer, caminhar/ Morrer de morte matada/ Morrer de morte morrida/ Quem sabe eu sinta saudade, hein/ Como em qualquer despedida/

Em Cazuza, emerge outra posição ao deparar-se com a possibilidade da própria morte, com certo apelo dramático. No auge de sua carreira musical, o artista se deparou com os sintomas e o diagnóstico de HIV, em um momento crítico na saúde pública no país em relação à epidemia desse vírus. Em 1988 o jovem foi internado em uma UTI na cidade de Boston, numa luta que repercutiu nas suas composições do álbum seguinte (Nascimento, 2005). Dentre as composições está *Boas Novas* (1988), manifestação crua do contato íntimo com o próprio sofrimento, e a possibilidade da morte:

Poetas e loucos aos poucos/ Cantores do porvir/ E mágicos das frases/ Endiabradas sem mel/ Trago boas novas/ Bobagens num papel/ Balões incendiados/ Coisas que caem do céu/ Sem mais nem porquê/ Queria um dia no mundo/ Poder te mostrar o meu/ Talento pra loucura/ Procurar longe do peito/ Eu sempre fui perfeito/ Pra fazer discursos longos/ Fazer discursos longos/ Sobre o que não fazer/ Que é que eu vou fazer?/ 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/ Eu vi a cara da morte e ela estava viva, viva/ Direi milhares de metáforas rimadas/ E farei/ Das tripas coração do medo, minha oração/ Pra não sei que Deus "H" da hora da partida/ Na hora da partida a tiros de vamos pra vida/ Então, vamos pra vida/ Senhoras e senhores/ Trago boas novas/ Eu vi a cara da morte e ela estava viva

Outras canções nos convidam a escutar a morte pela perspectiva dos afetos mobilizados diante da experiência de perda. Assim é história da composição de *Cajuína* (1979), que foi contada por Caetano Veloso em entrevistas a programas de televisão. O compositor relatou que a criação desta música aconteceu após o suicídio de um amigo integrante do movimento Tropicália, letrista

de algumas importantes obras produzidas na época. Representando a singularidade do tempo que compõe cada luto, Caetano revelou que, apesar da dureza do sentimento experimentado pela morte de Torquato Neto, não conseguiu chorar na ocasião. Aproximadamente um ano após a morte do amigo, Caetano chegou a Teresina (PI) para uma turnê e encontrou Dr. Heli Nunes, o pai de Torquato. Aquela era a primeira vez que se viam, após o trágico evento da perda. Caetano descreveu que chorou muito na ocasião do encontro, precisando ser consolado pelo pai do amigo. A cena revelada na canção foi vivida na casa de Heli, onde os dois permaneceram sozinhos, rodeados por quadros com fotografias de Torquato. Eles se fitavam em silêncio, e o pai consolava o amigo com afagos. Heli abriu a geladeira, e serviu uma Cajuína, em dois copos, enquanto ambos permaneciam sem dizer qualquer palavra. No jardim, Heli colheu uma “rosa-menina” e ofereceu a Caetano, e a cada gesto, o artista se emocionava mais. Após o episódio, na cidade seguinte que recebia a turnê, Caetano compôs a canção:

Existirmos a que será que se destina?/ Pois quando tu me deste a rosa pequenina/ Vi que  
 é um homem lindo e que se acaso a sina/ Do menino infeliz não se nos ilumina/ Tampouco  
 turva-se a lágrima nordestina/ Apenas a matéria vida era tão fina/E éramos olharmo-nos  
 intacta retina/ A cajuína cristalina em Teresina

Ainda sobre as canções que tocam a dimensão dolorosa da perda, Bezerra e Barcelos (2020), afirmam o caráter testemunhal das canções *Angélica* (1977) e *Pedaço de Mim* (1978), compostas por Chico Buarque, que reivindicam a inscrição do traumático na memória coletiva. De acordo com os autores, Chico, que era muito próximo de Zuzu Angel, assume nessas composições um lugar testemunhal, ao encarnar o lugar do terceiro que testemunha e narra a dor vivida pela mãe, do desaparecimento e da perda do filho no período da Ditadura Militar Brasileira. Em *Angélica*, o compositor escreve:

Quem é essa mulher/ Que canta sempre esse estribilho/ Só queria embalar meu filho/ Que mora na escuridão do mar/ Quem é essa mulher/ Que canta sempre esse lamento/ Só queria lembrar o tormento/ Que fez o meu filho suspirar/ Quem é essa mulher/ Que canta sempre o mesmo arranjo/ Só queria agasalhar meu anjo/ E deixar seu corpo descansar/ Quem é essa mulher/ Que canta como dobra um sino/ Queria cantar por meu menino/ Que ele já não pode mais cantar

Para os autores, em *Pedaço de Mim*, o artista ainda expressa a mobilização pelas mortes precoces, já que Zuzu Angel também foi vítima de uma morte suspeita, no período de intensa luta pelo reconhecimento da morte do filho. Na canção, Chico escreve:

Oh, pedaço de mim/ Oh, metade afastada de mim/ Leva o teu olhar/ Que a saudade é o pior tormento/ É pior do que o esquecimento/ É pior do que se entrevar/ Oh, pedaço de mim/ Oh, metade exilada de mim/ Leva os teus sinais/ Que a saudade dói como um barco/ Que aos poucos descreve um arco/ E evita atracar no cais/ Oh, pedaço de mim/ Oh, metade arrancada de mim/ Leva o vulto teu/ Que a saudade é o revés de um parto/ A saudade é arrumar o quarto/ Do filho que já morreu/ Oh, pedaço de mim/ Oh, metade amputada de mim/ Leva o que há de ti/ Que a saudade dói latejada/ É assim como uma físgada/ No membro que já perdi/ Oh, pedaço de mim/ Oh, metade adorada de mim/ Lava os olhos meus/ Que a saudade é o pior castigo/ E eu não quero levar comigo/ A mortalha do amor/ Adeus

As músicas selecionadas e suas histórias permitem acessar formas singulares de expressão de sujeitos que se propõem a representar afetos que permeiam a morte: a noção da própria finitude, a reflexão sobre a vida, a luta e o luto. Essas obras partem de uma produção subjetiva que é, ao mesmo tempo, coletiva, já que a arte permite representar a voz coletiva de um tempo e um povo,

guiados por forças sociais (Galdino, 2006). Por isso, não raro, as músicas também podem remeter às memórias aqui descritas, produzindo um emaranhando de sentidos compartilhados diante das representações sobre a finitude.

## Capítulo 2: A morte e clínica hospitalar

*José, um paciente de 30 e poucos anos, deu entrada na UTI em estado grave, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio. Já sedado e intubado no primeiro atendimento no pronto socorro, logo em seguida à admissão em UTI, ele evoluiu rapidamente para uma parada cardiorrespiratória. Enquanto boa parte dos membros da equipe se ocupava da urgência do atendimento, eu atendia numa sala anexa a UTI a esposa do paciente, extremamente simples, fragilizada, e sem compreender o evento que acontecera tão subitamente; entre outras coisas, em lágrimas, ela relatou que eles tinham um filho muito pequeno. Naquele momento, a equipe já estava bastante mobilizada pelo caso; me aproximei da cena da reanimação, e o médico comentou com pesar algo sobre a pouca idade do paciente; em resposta, eu acrescentei sobre a situação da esposa, e que eles tinham um filho pequeno. A equipe já demonstrava cansaço pela insistência na reanimação, que já se prolongava para além do tempo recomendado em qualquer protocolo. O médico respondeu em tom de voz exaltado: “Eles têm um filho de 3 anos?”, e em seguida, começou a fazer diversos direcionamentos para a equipe prosseguir com a tentativa de ressuscitação; os profissionais se revezavam, e investiam insistentemente naquele fio tão fino de vida. Mais de uma hora depois, encerrada a tentativa, todos desmontaram a cena em extremo silêncio, partiram para seus respectivos relatórios, e o médico se reservou em um quarto por bastante tempo. Depois, ele retornou com semblante triste, e com olhos vermelhos de quem parecia ter chorado.*

É certo que, em minha vivência do ambiente hospitalar, nem toda morte causava assim, grande alvoroço. Algumas eram vividas pela equipe como comuns, já esperadas e quase nem notadas; outras pareciam até desejadas, por profissionais, pelo paciente ou por algumas famílias.

Mas, algumas vezes, nesse trato rotineiro de indiferença diante das mortes, algo escapava. Vez ou outra se ouvia lamentos de algum profissional comovido ou inconformado com uma perda; e em geral pelos cantos, já que essa forma de luto não era, via de regra, validada ou partilhada entre os pares.

Comunicar a morte, por sua vez, parecia uma tarefa um tanto mais delicada. Nas minhas memórias, esse momento envolvia maior seriedade do médico ou alguma evitação. Indago se esse era o momento em que o profissional encarava a morte de fato, já que experimentávamos a intensidade das manifestações emocionais que essa comunicação infringia. Ou seja, não era pela constatação de que aquele era um corpo morto e insocorrível que se entrava em contato com a morte; era ao experimentar a dor de quem com a morte vivia uma perda, o que fazia com que aquele corpo assumisse um lugar pela sua posição no laço com o outro.

Na posição de um profissional de saúde, por meio do trabalho, estabelecem-se afetos e enlaces com sujeitos em padecimento, e que confrontam o enigmático da nossa posição subjetiva diante da morte. Após a contextualização de alguns aspectos históricos e culturais que contam da nossa postura frente à morte, serão ressaltados elementos que permeiam uma outra forma importante de produção humana: o trabalho. Busco aqui a compreensão sobre a peculiaridade de um trabalho que se estabelece no vínculo com pessoas diante do morrer e da morte. Afirmo ser esta forma de laço peculiar na medida em que, se o laço social é uma forma de construção ilusória diante do inexorável desamparo diante da morte (Ceccarelli, 2009), qual a qualidade desse laço que estabelece rumo à morte? Quais as repercussões, para o profissional, de ocupar um lugar que faz ponte na passagem para o fim? Para essa discussão, cabe inicialmente a construção sobre os significados envolvidos no exercício de um trabalho.

O trabalho é uma atividade produtiva humana que media trocas sociais, e que, no sentido analítico, envolve um modo de produção de sentido: os gestos, o *saber-fazer*, o processo criativo, o engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, sentir, interpretar e reagir às situações. Nesse aspecto, portanto, o trabalho não é primordialmente a relação salarial ou o emprego, mas a conjugação do verbo, o “trabalhar”; isto é, um certo modo de engajamento da subjetividade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais) (Dejours, 2004).

Há de se considerar que a categoria trabalho não é natural ou a-histórica, mas diretamente relacionada ao contexto social, econômico e político de sua produção, e que nesse sentido pode ser experienciado de maneiras muito distintas por cada pessoa. Historicamente, identifica-se visões antagônicas do trabalho que convivem nos mesmos espaços, e por vezes, no mesmo sujeito, que revela sentimentos ambíguos em relação a sua vida profissional. Sob a influência da formação cultural cristã, o trabalho humano está associado a um sentido penoso e penitente, e ao mesmo tempo edificante e gratificante, assemelhado ao ato de criação divino (Ribeiro & Léda, 2004). Observa-se, portanto, que o significado atribuído ao trabalho apresenta perspectivas distintas: “em alguns momentos representa castigo divino, punição, fardo, incômodo, carga, algo esgotante para quem o realiza. Em outros, espaço de criação, realização, crescimento pessoal, possibilidade de o homem construir a si mesmo e marcar sua existência no mundo” (Ribeiro & Léda, 2004, p.77).

Freud (1930), atento ao demasiado sofrimento humano diante das dificuldades inerentes a existência e às exigências da civilização, mostrava a relevância da produção de atividades que pudessem tornar a vida suportável, dentre elas o trabalho. A mobilização para o trabalho constitui uma estratégia importante para a arte de viver, uma forma de engajamento do sujeito no circuito

social, o que o torna ao mesmo tempo fundamental para a identidade e para a manutenção da civilização (Menezes, 2010).

Podemos dizer que a essência da noção freudiana de ‘trabalho’ (Arbeit) reside nas operações do psiquismo. O trabalho é uma ocasião para elaboração psíquica; constitui-se em um dos meios de expressão do sujeito. O trabalho pode ser entendido como uma resposta sublimatória ao desamparo (Hilflosigkeit) (Menezes, 2010, p.138).

Para adentrar o campo do trabalho, cabe aqui caracterizar o lugar da experiência, o palco, onde se enredam as cenas e as memórias descritas ao longo desta pesquisa. Imprimo minha percepção dos moldes institucionais que estabelecem o enquadre da experiência clínica, uma clínica hospitalar.

## **2.1 Notas sobre o campo da experiência**

*Recordo-me de acompanhar Marcelo, um homem ainda jovem durante uma longa internação em UTI. Ele padecia de cirrose hepática e algumas complicações infecciosas decorrentes do autocuidado precário e abuso de automedicação. A cada dia, inseriam-se mais recursos artificiais para cada função orgânica que falia: medicações em infusão contínua para manutenção da pressão arterial, hemodiálise, oxigênio... Sua pele tinha uma coloração amarelada, o emagrecimento era rápido, e o sofrimento se estampava na face em cores vivas. Acompanhando o prolongar-se da internação, e as discussões da equipe que sinalizavam a gravidade clínica, havia ainda a demanda do paciente em relação ao contato com os filhos. Estabelecemos a rotina de videochamadas, sempre que possível de acordo com a dinâmica da família e a disponibilidade do paciente. Combinei com a mãe que deveríamos conversar com as*

*crianças antes da ligação e explicar em linguagem acessível sobre a doença, e sobre ele estar diferente do jeito que as crianças estavam acostumadas a vê-lo em casa. Naquela época a filha caçula tinha pouco mais de dois anos, e o menino por volta de 4 anos. Na primeira videochamada, lembro-me da reação do filho mais velho, que falava com o pai sobre alguns detalhes da rotina, dos animais da fazenda que frequentavam. Ao mesmo tempo, o pequeno tinha os olhos inquietos e uma feição de estranhamento, e fazia várias perguntas. Sempre que tinha uma dúvida, a criança se direcionava a mim na ligação:*

*- “Ditora... o que é isso enfiado no nariz do meu pai?”, se referindo ao cateter de oxigênio.*

*- Essa é uma mangueirinha que passa um ar que ajuda o seu pai a respirar.*

*Mais algumas palavras trocadas com o pai, e logo uma nova pergunta.*

*- “E o que é isso no peito dele?”*

*- Ah, esses aqui são alguns fios que a gente cola com adesivo, que faz a gente escutar o coração dele bem alto, e ver ele bater aqui da nossa televisão.*

*- “Ditora... por que a voz do meu pai tá assim tão fraquinha?”*

*Essa pergunta provocou algum desconforto no pai, também na mãe que acompanhava a chamada, e em mim. Até aquele momento, apesar de observar diariamente aquele padecer, não tinha me dado conta de forma tão... honesta. Talvez, paciente e esposa também não. Acho que a gente olha todo dia, vê tanto, que nem enxerga. Mal tinha me ocorrido que aquela voz tinha, como ele, ficado tão frágil. Será que nós todos naquele momento percebemos que ele poderia estar... morrendo?*

Freud (1915), em *Considerações atuais sobre a morte e a guerra*, ao refletir sobre a perturbação da nossa postura perante a morte, descreve que, “no tocante à morte de outra pessoa, o homem civilizado evita cuidadosamente falar dessa possibilidade quando aquele destinado a

morrer pode escutá-lo” (p. 230). O autor acrescenta que, “apenas as crianças ignoram tal restrição; elas ameaçam despreocupadamente umas às outras com a ideia da morte, e chegam a dizer, na cara de alguém que amam, coisas desse tipo: “querida mamãe, quando você morrer, vou fazer isso e aquilo”. (p. 230). Na cena descrita, uma criança escancara, para mim, para o paciente e para a família, a morte que tinha sido um tanto mascarada defensivamente. Cada pergunta, cada questão elucidava a negação e a indiferença diante daquele morrer.

Cabe questionar, portanto, por que a observação se tornava saturada e indiferente, diante de padeceres tão marcantes, pungentes e visíveis a cada dia? Qual é o contexto que estabelece essa posição do profissional, de certa anestesia diante do contato cotidiano com a morte e seus percalços? Para compor esta discussão, busquei caracterizar as impressões sobre o paciente hospitalizado em situações de urgência biológica, e a dinâmica institucional que propõe o tratamento.

O modelo de assistência à saúde é secularmente influenciado por uma lógica hierarquizada, fragmentada e técnico-burocrática, herdada do paradigma cartesiano (Deslandes, 2005). As Unidades de Terapia Intensiva são ambientes altamente tecnológicos e especializados, destinadas ao suporte de estados críticos de saúde e constantemente permeados pelo ritmo de urgência na assistência ao paciente (Bolela & Jericó, 2006). Percebe-se na peculiaridade desse espaço a preocupação com o aperfeiçoamento da técnica, muitas vezes sobreposto à dimensão do cuidado (Bolela & Jericó, 2006).

A assistência do profissional nesse contexto demanda tarefas repetitivas, arriscadas, ágeis e inflexíveis, tantas vezes submetidas à sobrecarga de trabalho, o que contribui para que a atenção seja mecanizada. Conforme Bolela & Jericó (2006), tal *modus operandi* poderá tornar a atenção ao paciente impessoal, impositiva e fragmentada, o que pode redundar na negação dos aspectos

humanos e sensíveis no contato com o outro, um embrutecimento pela via da precarização das condições do trabalho.

Além disso, outros elementos compõem o repertório de cuidado junto ao sujeito em condição de padecimento. O paciente de UTI é alguém que vivencia uma fragilidade orgânica extrema ou uma fragilidade em potencial, a ponto de precisar de vigilância contínua de cada sinal vital. Esse processo de viver intensamente a condição de desvalimento diante do risco da própria morte evoca uma posição subjetiva, e repercute em posições intersubjetivas no contexto da assistência em saúde.

Recorro aqui, então, às minhas impressões da rotina intensiva para compor os detalhes e as nuances do contexto em que se presta o cuidado nas fronteiras da morte e do morrer. Descrevo esse ambiente como um espaço fechado, de acesso restrito, asséptico e com a temperatura protocolar sempre fria. Os leitos eram separados por cortinas, e eram essas que garantiam alguma privacidade nos momentos de cuidados íntimos dos pacientes. Algumas luzes permaneciam continuamente acesas, ainda que fosse noite, com a movimentação incessante da equipe, especialmente se houvesse muitos pacientes em condição de gravidade.

O espaço carecia de janelas que sinalizassem o passar do tempo do lado de fora, o que fazia com que não raro se perdesse a noção das horas, ainda que houvesse relógios disponíveis no campo de visão. Os sons variavam entre risadas, choros, gritos, gemidos, trabalho acelerado e comunicação entre os profissionais, mas os bipes de monitores eram uma constante. O cheiro era incômodo, um odor que se confundia entre remédios, refeições, rotinas de higiene e doenças. Com o tempo se acostumava, mas às vezes resistia algum estranhamento.

Para o paciente, a admissão em UTI o direcionava a um leito, onde era despido de todas as suas roupas e demais pertences pessoais (alianças, acessórios, óculos, próteses, artigos religiosos,

etc.), trajado com um uniforme da instituição - igual para todos os internados naquele setor - e que frequentemente deixava a intimidade do corpo um tanto exposta, descaracterizando a singularidade em cada detalhe, e rompendo abruptamente a intimidade do corpo ao torná-lo público.

O paciente era abordado constantemente, por diferentes profissionais, para uma série de exames e intervenções, a depender das necessidades de suporte: tubos, acessos venosos, máquinas, cateteres, curativos, faziam parte da intensidade do cuidado que invadia, invariavelmente, cada um daqueles corpos. Até os mais básicos cuidados de higiene, idas ao banheiro, troca de fraldas, alimentação, passavam a ser atividades submetidas ao apoio de um outro, estranho e desconhecido, que exerce o cuidado íntimo como uma função laboral, já que as famílias só podem estar presentes em períodos curtos e predefinidos.

Os familiares eram orientados do lado de fora, sobre as rotinas da Unidade e horários de notícias; eles podiam estar com seu familiar no horário definido para a recepção de visitas, as notícias também restritas aos horários informados, presencialmente ou por contato telefônico - o que tantas vezes representou grande angústia para quem esperava, do lado de dentro ou do lado de fora.

Essas e tantas outras impressões emolduram o contexto. A descrição mais ou menos objetiva é importante para compreender de onde parte a assistência em saúde que perpassa este trabalho, e para caracterizar a escuta analítica do profissional inserido na dinâmica do Cuidado Intensivo, e que trabalha articulado a uma equipe multidisciplinar. Instituição, impasses, afetos, políticas, violações intrínsecas à hospitalização, atravessam a experiência do morrer de cada personagem e afetam o profissional que disponibiliza o cuidado.

Nesta perspectiva,

não é apenas o doente que é despossuído de sua relação com a doença, de seu sofrimento, ou seja, de sua posição subjetiva no processo de adoecimento. Clavreul (1983) deixa bem claro que o médico também o é. Na verdade, este é chamado a calar seus sentimentos e, como o doente, esvanece diante da doença. Dessa forma, o médico também se apaga diante de seu saber. É por isso que Lacan (apud Clavreul 1983) informa não existir a relação médico-paciente e que esta seria substituída pela relação instituição de saúde e doença. A ordem médica, portanto, apaga a posição do doente no enunciado do seu próprio sofrimento, mas também apaga a do médico submetido a seu discurso (Coppus & Netto, 2016, p. 91).

Magalhães & Melo (2005), destacam que cuidar do outro que padece expõe o profissional da saúde a emoções e sentimentos que revelam os fantasmas de suas próprias realidades de perdas, mortes e lutos. Desse modo, serão mobilizadas defesas e posturas diante do paciente que representarão proteção psíquica para a sustentação do cuidado ou potenciais entraves ao tratamento. O trabalho, tantas vezes percebido como um “combate” à morte, promove construções ilusórias de onipotência, que são confrontadas com a realidade de perdas. A impossibilidade de caminhos para a elaboração dos lutos pode figurar como sofrimento psíquico para os profissionais.

Collet & Rozendo (2003), ao analisarem a prática da assistência em enfermagem, afirmam que há uma postura de desligamento do sofrimento do outro, que separa subjetivamente aqueles que exercem e aqueles que recebem o cuidado nos atendimentos realizados. Para as autoras, o distanciamento do profissional em relação ao usuário opera como um mecanismo de fuga ao enfrentamento da condição de sofrimento ao qual o profissional permanece exposto durante o trabalho, e que implica também na relação de distanciamento entre os profissionais do mesmo grupo.

A expressão das próprias dificuldades pode representar, para o profissional, incompetência em lidar com o paciente ou o próprio grupo de trabalho. Evidenciam-se limitações do profissional no exercício da sensibilidade ou capacidade empática, e a sensação de despreparo para lidar com a dor e o sofrimento do outro. Tais fatores corroboram para a reprodução da postura de banalização do sofrimento, tanto dos próprios profissionais, quanto dos usuários dos serviços de saúde (Collet & Rozendo, 2003).

As autoras ainda apontam que, “afetivamente a enfermagem pode assumir uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro (p. 191)”, atitudes de negação ou rejeição com vistas à autoproteção. Há, nessa dinâmica, uma tentativa de abstração do sofrimento sinalizada pela postura profissional de indiferença, e que também reflete na intolerância ao outro que convoca o seu sofrimento. “A enfermagem supõe-se imune contra a percepção do sofrimento dos usuários para não correr o risco de ser tomada de angústia” (Collet & Rozendo, 2003, p.191).

Como descrito por Coppus & Netto (2016), a UTI é um ambiente que evidencia amplo desenvolvimento técnico e tecnológico, e aponta para a potencialidade humana pela invenção e desenvolvimento de recursos na luta em prol da vida. Ao mesmo tempo, a irremediável constante presença da morte nos confronta com a castração e, portanto, com a tão negada incompletude e limitação humana. Profissionais e doentes, ainda que em posições completamente distintas na dinâmica do cuidado e do processo de morrer, compartilham de algum modo algo da precariedade e do desamparo diante da experiência da morte, questão que ressoa na qualidade da assistência em saúde.

## 2.2 Laço e desamparo

*Um filho enlutado pela morte do pai por COVID - 19, me procurou no hospital um ano após a perda. Na época da internação, o meu contato com a família se estabeleceu apenas por telefone, sendo aquele o primeiro momento que nos víamos presencialmente. Sentados um em frente ao outro, o filho disse que me procurou na tentativa de que eu pudesse descrever alguma lembrança, de qualquer palavra, gesto, recomendação, alguma expressão de seu pai, João, nos momentos finais de vida. Por mais que eu me recordasse daquela família, e alguns aspectos da história do paciente, eu era incapaz de oferecer a ele essa memória. Eu não me lembrava. Eles voltaram para a cidade de origem, sem muitas respostas. Busquei então pelas pessoas que estiveram envolvidas no cuidado de João naquela época, e uma técnica de enfermagem que o acompanhou nos últimos momentos, se recordou: “ah, me lembro dele sim; eu nunca esqueci. Antes da intubação ele pediu para colocar o hino 73 da harpa cristã: Pecador escuta a voz do Senhor/ Se estás cansado, ó vem descansar/ Vem, não te detenhas; sem nenhum temor/ Deixa o teu fardo e vem repousar/ Vem, vem a Mim e descansarás/ Toma o Meu Jugo e te guiarei/ Sou humilde, manso, dou-te minha paz/ Ó vem, hoje mesmo, e te salvarei”. Encaminhei para a família aquela recordação, que respondeu com profunda comoção.*

A família de João atribuiu sentido religioso àquele atendimento que, de certo modo, produziu algum amparo diante da dor do luto. Sob outro vértice, esse atendimento também remeteu à dimensão mítica, em que o paciente foi capaz de prever a morte, anunciada pelo hino solicitado no momento do agravo de saúde. O que pôde ser compreendido pela família ou pela equipe como um sinal de prenúncio da morte resgata a dimensão folclórica de que seja possível, pela invocação do

mágico, algum conhecimento ou controle sobre a morte. Como descrito por Freud (1927), há no trabalho da cultura o forjar familiaridade com elementos indomáveis, a tentativa de produzir a possibilidade de elaboração psíquica diante da dor, da angústia sem sentido.

A caracterização da cena hospitalar e do cuidado intensivo, e as memórias retomadas ao longo deste trabalho revelaram condições de profundo sofrimento físico e psíquico diante do adoecimento e do contato com os percalços da morte. As lembranças também revelam algumas experiências desoladoras de famílias, ou pessoas queridas que também vivenciam algo do insuportável diante de suas perdas. Essas experiências evocaram uma posição subjetiva – e repercutiu em posições intersubjetivas - e essa foi uma compreensão valiosa para esse trabalho: as possibilidades do laço, frente ao desamparo.

Em *O mal estar na civilização*, Freud (1930) destacou três fontes de sofrimento que nos confrontam e ameaçam:

o nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. (Freud, 1930, p. 49).

A vulnerabilidade às condições inexoráveis de sofrimento da experiência humana confronta o sujeito com a dimensão do próprio desamparo fundamental. O estado de desamparo é um protótipo das situações traumáticas, propulsoras de angústia no indivíduo adulto, que o confronta no tempo presente com a impotência do desamparo infantil originário (Appoa, 2014).

A pronunciada prematuridade do desenvolvimento fisiológico do bebê humano ao nascimento coloca em questão a dependência absoluta de um outro cuidador, que garanta a

satisfação das necessidades vitais para sua sobrevivência. Para além dessa dependência fisiológica para alívio das tensões internas, há também um desamparo psíquico, que se caracteriza pela incapacidade do bebê de lidar com as exigências pulsionais filogeneticamente herdadas, em função da ausência de um aparelho psíquico ao nascimento (Ceccarelli, 2009).

Os investimentos libidinais e as ligações que se estabelecem no seio da relação entre bebê e cuidador “confortam, imaginariamente, o Eu em constituição. O universal do desamparo se singulariza na história de cada um, a partir da relação de total dependência que a criança estabelece com quem lhe deu vida psíquica” (Ceccarelli, 2009, p.34). Concomitante ao estado de dependência fisiológica, surge então um primeiro estado psíquico, de satisfação alucinatória do desejo, no qual os traços da primeira experiência de satisfação são investidos, para que a espera do reencontro com o objeto se torne suportável. Esse momento inaugura um novo estado de dependência, que demanda por satisfação das necessidades psíquicas: afeto, amor, reconhecimento, palavra, linguagem (Ceccarelli, 2009).

Assim como o desamparo é a condição originária da subjetividade humana e também seu horizonte contínuo (Campos & Silva, 2020), o laço social com o outro cuidador está colocado desde os primórdios da constituição do sujeito (Betts, 2014, p. 10), e permanece como recurso genuíno para lidar com essa condição primordial. Como proposto por Ceccarelli (2009), o laço social, assim como outras invenções da cultura, nos confere a ilusão de sermos amparados e acolhidos diante das intempéries inerentes à vida.

Ao longo da vida, reagimos às inevitáveis situações de desamparo que temos que enfrentar segundo o protótipo construído na infância: frente à angústia, buscamos alento no mundo interno ou nas construções imaginárias simbólicas: os laços sociais que o mundo externo nos oferece fazem parte destas construções. Nesta perspectiva, os laços que estabelecemos

para lidar com o desamparo psíquico variam segundo a cultura e o momento histórico (Ceccarelli, 2009, p. 35).

Nesse sentido, partindo dos pressupostos freudianos e da clínica com pessoas em condições de intensa vulnerabilidade física e psíquica, compreendi que o confronto com a própria morte pode ser experienciado como uma condição de desamparo, a exemplo das experiências mais primitivas que tornam o humano insocorrível diante do real da morte e da própria precariedade humana; e tal condição demanda do laço alguma construção possível. Na clínica hospitalar, a possibilidade de laço, especialmente para pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva, que não podem contar integralmente com a presença de pessoas próximas, se estabelece pela relação laboral entre profissional e paciente.

Há, nesse sentido, uma própria alusão à cena do cuidado primário, em que o paciente se localiza em condição tão frágil que muitas vezes depende do cuidado tátil do outro, para suas necessidades biológicas mais elementares. Ao mesmo tempo, nesse vínculo, há uma demanda de quem padece, por reconhecimento, palavra, afeto, cuidado e linguagem, na desorganizadora tarefa de perceber o próprio esfacelamento do corpo diante dos últimos fios de vida. O laço social, frente ao desamparo, tem como função fornecer meios simbólicos e imaginários de reconhecimento do que representa ao sujeito e reafirmar sua identidade (Betts, 2014).

Conforme Butler (2022), o apelo ao reconhecimento que interpela o laço, não busca apenas o olhar que afirme uma existência, mas convoca a construção de algo novo

Quando reconhecemos o outro, ou quando pedimos por reconhecimento, não estamos pedindo para que o Outro nos veja como somos, como já somos, como sempre fomos, como éramos constituídos antes do encontro em si. Em vez disso, ao pedir, ao fazer um apelo, já nos tornamos algo novo, uma vez que somos constituídos em virtude de ter

alguém se dirigindo a nós, uma necessidade e desejo pelo Outro que ocorre no sentido mais amplo da linguagem, sem o qual não poderíamos existir. Pedir por reconhecimento, ou oferecê-lo, é precisamente não pedir reconhecimento pelo que já somos. É solicitar um devir, instigar uma transformação, fazer um apelo ao futuro sempre em relação ao Outro. É também apostar a própria existência de si, e a própria persistência na existência de si, na luta pelo reconhecimento (p.66).

Diante do morrer e da morte, ocorre não apenas a destruição física e biológica, mas o aniquilamento do ser em sua relação intrínseca com o outro. O vazio instaurado pela morte é, antes de tudo, o vazio dessa perda relacional, que é ao mesmo tempo pessoal e coletiva, na medida em que aponta também para a ruptura de um lugar do tecido social (Medeiros & Fortes, 2019). Essa dinâmica demanda um trabalho de luto que não é apenas privado, mas coletivo, e requer reconhecimento no laço social.

O fragmento do atendimento rememorado fez pensar sobre o laço que se estabeleceu na condição de adoecimento e dependência, em que João pôde ser zelado durante as semanas que permaneceu acamado, recebendo suporte para suas necessidades mais básicas, como alimentação, banho ou troca de fraldas. João também foi reconhecido e lembrado pela profissional que prestou cuidado ao longo de sua hospitalização, mesmo bastante tempo após sua morte. Recordo que, no recorte da UTI COVID-19, os profissionais eram as únicas pessoas com as quais os pacientes mantinham contato presencial, já que qualquer tipo de visitação esteve proibida em função dos elevados riscos de contágio. Aquele contexto fazia com que o vínculo demandasse do profissional de saúde muito mais do que a técnica, mas, sobretudo, palavra, olhar, escuta e afeto. Um ano depois da morte de João, o apelo ao laço pôde também oferecer anteparo diante da dor da perda dos

familiares, que interpelaram o acolhimento e reconhecimento para que alguma construção simbólica pudesse ser exercida diante do real e sem sentido da morte.

### **2.3 Efeitos políticos do cuidado institucionalizado**

*A equipe médica solicita suporte psicológico na comunicação de uma má notícia: Joaquim havia passado pela amputação total de um membro inferior, e precisava ser informado sobre a conduta quando despertasse da anestesia. Na ocasião, o paciente havia sido encaminhado às pressas ao centro cirúrgico com um prejuízo circulatório grave, mas ainda não se sabia a dimensão da cirurgia à qual seria submetido. O cirurgião definiu a extensão da amputação com o paciente desacordado em anestesia geral, e sem que houvesse tempo hábil para consultar a família, tendo em vista o alto risco de morte envolvido no caso. E assim, sem saber, Joaquim perderia uma perna, já que era o “melhor” a ser feito naquele momento. A equipe se munia da soberania do seu saber para tomada de decisão sobre o corpo e vida do outro. Alguns momentos após o despertar, fui até o paciente, e perguntei se ele sabia descrever o motivo da hospitalização e, com palavras simples ele respondeu que era por causa de um problema da perna, e que precisava operar. Conversamos que ele já havia operado, e que agora ele se recuperava em UTI. Joaquim relatou que o médico já vinha avisando que podia ser que ele perdesse uma parte do pé em algum momento, e respondi que precisávamos mesmo falar sobre isso. Naquele instante, o paciente foi informado pelo médico da gravidade da cirurgia e da necessidade de amputação completa de uma das pernas. Logo após a comunicação, o médico se retirou, e eu permaneci. O paciente, homem simples, que se comunicava com palavras enxutas, me olhou e disse: “Fazer o*

*que, né? ”. Sem revolta, sem palavras, sem afeto e sem protesto; apenas um silêncio condescendente. Algum tempo depois, a gravidade da situação levou o paciente a morte.*

Chico Buarque, em *Pedaço de mim* descreveu poeticamente a saudade, a dor lacerante diante do luto, do pedaço que se aparta ou se arranca de quem sofre. Em um dos trechos da canção, o artista descreve a dor da saudade como a dor do membro fantasma, uma fígada no membro amputado. Na experiência de José, não houve relato de dor, não se pôde exercer palavra e escolha frente à proposta cirúrgica. Ele não pôde dizer sobre o que perdia ao perder a perna, em função da urgência no tratamento e da tentativa médica de salvar sua vida.

O desígnio do ideal da morte à instituição hospitalar ilustrou um movimento histórico e sociopolítico de rechaço à morte e aos consequentes afetos associados a perda, e da supremacia da tecnociência, do saber médico, configurando um campo de poder ao qual estamos invariavelmente sujeitos, e que o paciente hospitalizado pode vir a experimentar como um campo de violência.

A assistência hospitalar é um recurso importante, e por vezes responsável pela possibilidade de tratamento, cura e melhorias nas condições de saúde de quem padece. Ao mesmo tempo, esse modelo de atenção à saúde se articula ao risco da submissão radical do paciente a dinâmica institucional, e a um saber soberano: o discurso médico. Conforme Soneght (2022), o saber biomédico e o hospital afetam o cotidiano dos sujeitos e enquadram (mas não extenuam) suas experiências. Tal enquadre não se restringe ao diagnóstico/prognóstico, mas também se constrói por meio de moldes institucionais e discursivos, e pelas relações de cuidado.

Cabe retomar a historicidade do discurso imbricado na concepção de saúde e na assistência hospitalar, que alude ao apelo pastoral e à disciplinarização para controle da vida e dos corpos.

a escuta que visa a desvendar, conhecer, classificar, que visa ao esquadramento do corpo, da vida, da subjetividade, buscando a salvação, todas essas práticas estão presentes no hospital desde que passou a existir como lugar da cura, e mesmo antes, quando lugar de recolhimento dos pobres. Nesse sentido, é fundamental colocar em análise as relações de poder que perpassam a relação entre “pacientes” e profissionais de saúde, com o objetivo de analisar a naturalização de certas práticas, que são atravessadas também pela judicialização dos corpos e da vida (Inca, 2014, p.144).

Os discursos produzidos sobre saúde e cuidado atravessam nossas posições subjetivas e compõem os ideais sobre adoecimento, vida e morte. A vida garantida pela atual concepção de saúde está pautada em generalizações, universalidades, modelos, sendo sempre afirmada como um direito e, sobretudo, como uma obrigação (já que se espera do paciente o cumprimento do dever de aceitação das orientações e tratamentos propostos). É para evitar a morte que se garante a vida, não pela afirmação da vida em sua potência (Inca, 2014).

Moretto (2001), ao retomar os apontamentos de Clavreul (1983), aponta que o discurso médico é o representante do discurso da Ciência. Este, por sua vez, exclui a subjetividade tanto daquele que o enuncia quanto de quem o escuta, já que no modelo ideal de ciência se erradica a subjetividade do cientista, em nome da objetividade.

Nesse sentido, a autora destaca que o discurso médico impõe uma forma de coerção, tanto ao médico quanto ao doente. Trata-se de uma ordem intrínseca que deve ser cumprida e executada pelos profissionais. O imperativo metodológico da objetividade e da cientificidade tem uma consequência prática na clínica médica, que subjuga o doente, ao mesmo tempo que exclui a subjetividade do médico. Nessa ordem, o profissional é convocado a calar seus sentimentos, e despossui o doente da sua doença, do sofrimento, e de sua posição subjetiva (Moretto, 2001). “Ao

mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências do seu saber” (Ibidem, 2001, p. 63).

Na relação de cuidado estabelecida no contexto da assistência em saúde, cabe destacar que os doentes estão condicionados por uma vulnerabilidade marcante, tanto pela condição do próprio padecimento do corpo, quanto pelas marcas de um campo de poder que os submete à dimensão do desamparo discursivo. Rosa (2022) discute a especificidade na compreensão clínica do silenciamento em algumas formas de sofrimento, que estão associadas ao modo como as pessoas estão situadas no laço social, mais especificamente, em posições socialmente desqualificadas devido a fatores econômicos, raciais, culturais, religiosos, de gênero, entre outros.

Nesse sentido, articulo a noção de desamparo discursivo à posição do doente no laço social, que tantas vezes promove em nome da saúde, a destituição de sua autonomia, desejos e escolhas diante do campo de poder configurado pelo discurso médico. Rosa (2022), define que esse modo de sofrimento sociopolítico “desarvora o sujeito de seu lugar de fala” (p.3), a partir da desqualificação de seu discurso.

Sem endereçamento possível ao Outro, o sujeito silencia, sendo lançado ao não senso e à dificuldade de reconhecer, ele mesmo, seu sofrimento, sua verdade, seu lugar no laço social e no discurso. Essa condição desarticula o sujeito de sua ficção fantasmática, afeta seu narcisismo e remete a angústia ante o desamparo que perpetua a condição traumática (Rosa, 2016, p.47).

Os efeitos do silenciamento e da dessubjetivação promovida pelo tratamento designado à instituição hospitalar geram, portanto, consequências psíquicas importantes para o paciente, como apontado por Moretto (2001). “Na maioria das vezes, em busca de alívio e na luta pela vida, ao

submeter-se ao discurso médico, ao ocupar a posição de objeto de investigação médica, o sujeito perde seu referencial próprio e identifica-se com a própria doença” (Moretto, 2001, p.63-64).

Deparamo-nos, portanto, com um campo de anulação de aspectos subjetivos na relação entre equipe de saúde e paciente, o que produz efeitos frequentemente negados ou desconsiderados na dinâmica institucional. Nesta perspectiva, o silenciamento expõe o sujeito ao risco da irrupção do traumático, corresponde exatamente a “desorganização subjetiva decorrente da emergência daquilo que está fora do sentido e da significação” (Rosa, 2016, p.47). Esses restos permanecem soltos, carentes de cuidado e sentido, como aponta Moretto (2001).

Gondar (2012) defende, a partir de Ferenczi, que efeitos traumáticos podem ocorrer quando alguém não é reconhecido na sua condição de sujeito. A ideia de trauma que se configura a partir da noção de desmentido tem como foco o aspecto relacional: relações de poder, de dependência, de desvalorização, de desrespeito; em outras palavras, relações políticas.

Entretanto, ainda que a dinâmica institucional inscreva um funcionamento de negação da subjetividade, e da redução do doente ao objeto de intervenção, parece haver momentos, cenas, detalhes em que o que é demasiadamente humano escapa, e não se submete ao silenciamento. O discurso médico tem por vocação reduzir as desordens da subjetividade e finalmente integrá-las em sua ordem (Moretto, 2001, p.66), ao passo que esse movimento tende ao fracasso. Nesse vácuo, onde o discurso dominante vacila, a Psicanálise se faz possibilidade de intervenção e invenção na dinâmica hospitalar.



### Capítulo 3. A experiência viva no trabalho com a morte

*Ana, uma jovem de 24 anos, entrou em insuficiência respiratória aguda, com o diagnóstico de COVID – 19, durante o auge das contaminações e hospitalizações no país. A piora muito rápida não respondia a nenhuma das medidas terapêuticas propostas pela equipe. O médico sinalizou a necessidade de intubação, e solicitou a intervenção; a mulher, que em muito parecia uma menina, com dificuldade respiratória intensa, estava acoplada ao Elmo - capacete de respiração assistida, que parecia mesmo uma bolha que cobria toda a cabeça, e exercia pressão positiva pulmonar constante. Aproximei-me e conversamos sobre a intubação, com a dificuldade de quem mal pode dizer palavras que não fossem entrecortadas pela ausência de fôlego. Ela não dizia nada sobre a comunicação da piora terapêutica; não pediu para falar com ninguém da família por telefone, não fez nenhuma pergunta, como era tão frequente naquele momento para outras pessoas; apenas pediu para que eu permanecesse ao lado dela, que não saísse do quarto. Permaneci, em silêncio a beira leito; ao que ela solicitou: “Você sabe rezar?”. Fiquei um pouco desconcertada com a pergunta, e questionei se ela gostaria de rezar naquele momento. Ela respondeu afirmativamente com sinal de cabeça, e perguntei: “O que você quer rezar?”, e ela respondeu: “Qualquer coisa”, solicitando que eu conduzisse a prece. Ana segurou minha mão, que estava encoberta por diversos paramentos, luvas – nem meus olhos, nem minha face, nada de mim se revelava nos tempos de UTI COVID – entoei a oração do Pai Nosso, com uma sensação cortante no peito. Aquele foi o último momento dela antes de adormecer, e depois morrer.*

Ao longo deste trabalho, as memórias e os breves relatos conduziram o percurso teórico. Inicialmente, foi possível pensar sobre aspectos históricos e culturais que elencaram o repertório

de lida com o tema morte. Depois, compreendi aspectos relevantes que envolveram o trato do profissional de saúde com a morte e o morrer, destrinchando questões afetivas, políticas e institucionais que impactaram a qualidade do cuidado para com os sujeitos que morreram no hospital. Busquei refletir sobre as possibilidades de uma clínica psicanalítica no hospital diante da morte e, neste capítulo, pretendi revelar a singularidade da clínica que pôde ser ensaiada com sujeitos que vivenciaram a experiência do morrer no laço que se faz possível na situação analítica.

Quais são as potencialidades e limites da construção de uma clínica psicanalítica diante do morrer? Há, nesse recorte, um corpo que padece e é finito, e apresenta ao sujeito a experiência do limite, da precariedade da vida, dos diversos tipos de desenlace e da solidão. O marco da finitude produz diversas consequências para quem sofre e, sobretudo, um esforço psíquico para integrá-lo à experiência subjetiva, fazendo do acontecimento uma vivência singular (Moretto, 2023).

Nesse aspecto, de acordo com Moretto (2023), a clínica revela que todo sofrimento traz consigo uma demanda de reconhecimento, que pode ser transformado na medida em que é reconhecido, a partir da palavra em relação. A escuta é condição que não se sustenta pelo aprendizado protocolar, não é uma técnica. Há, nesse sentido, uma presença capaz de transformar o sofrimento que só se produz pelo vínculo; assim, “escutar é, portanto, uma condição que precisa ser construída, é uma condição psíquica que se constrói numa relação” (Moretto, 2023, p.7).

Tocada pela memória do atendimento de Ana em seus momentos finais de vida, no desamparo do confronto com a própria finitude, me dispus a pensar sobre o que se revela de singular nesta clínica. Foi possível produzir algum sentido quando o irremediável se avistou num horizonte tão próximo ou sustentar (e não sucumbir) a um lugar que fizesse ponte para o fim. Neste ínterim, coube à analista testemunhar e viabilizar um espaço de sustentação para que cada sujeito pudesse compartilhar os elementos traumáticos vividos.

Se a morte é ato derradeiro do ser vivente, o limite impossível de sentido, como descrito na canção de Gilberto Gil, o possível ao laço social são as construções simbólicas diante do morrer. Em *Não tenho medo da morte*, o artista descreveu essa diferença, afirmando que a morte já é o depois, algo que extrapola a possibilidade de experiência do sujeito, onde não haverá ninguém: “a morte já é depois de mim /mas quem vai morrer sou eu”. De outro modo, o morrer é o próprio campo da vivência singular, em que cabe, entre tantas outras coisas, a presença, o saber, o medo, a dor, as vontades, o calafrio, o toque, o pensar, a saudade e a despedida.

Por isso, na clínica psicanalítica diante do morrer – verbo que indica a perspectiva de um acontecimento em andamento, ligado à vida - busquei uma escuta testemunhal no curso do advento potencialmente traumático, no tempo de vida que perdurou face à morte, na tentativa de construção do singular diante da tragédia. Para Antonello (2019), é por meio do testemunho que o sujeito envia sinais de apelo ao outro, momento que se faz importante a possibilidade de vinculação sensível do analista.

### **3.1 Morrer e o tempo de testemunho**

*Isaque, um homem jovem, de aproximados 30 anos de idade, enfrentava há muitos anos um tumor cerebral; contava com orgulho que já havia passado por mais de 20 cirurgias, e que sobrevivia sem nenhuma sequela, contrariando as expectativas médicas. Isaque expressava convicção de que seria curado, e afirmava que sua vida era uma promessa de Deus. As comunicações de piora clínica eram recebidas com ceticismo por ele e sua família, especialmente pela mãe, pastora evangélica. Essa mulher sempre repetia que era mãe de dois filhos, e que o primeiro deles faleceu aos 20 anos de idade em um acidente automobilístico; afirmava de maneira imponente que Deus havia prometido que esse filho sobreviveria, que ele era sua promessa. O*

*câncer, que já perpetuava diversas metástases pelo corpo, inclusive pelos pulmões, dava notícias a cada dia de uma piora progressiva. A família e o paciente rejeitavam a todo custo a necessidade de intubação, já que ao longo do tratamento ouviram algumas vezes que essa intervenção indicaria irreversibilidade do quadro. Certo dia, a falta de ar piorou muito, e passou a provocar grande desconforto, medo e angústia em Isaque, e a necessidade de ventilação mecânica se tornava imprescindível. Nesse dia, passei várias horas com ele, ao lado do leito, sentada nas escadas que servem de apoio para a cama. Ele não queria ficar sozinho, e solicitava minha presença, ainda que a falta de ar o impedisse de dizer muitas palavras. Nesse dia, ele conseguiu, de maneira inédita, dizer para mim que não aguentava mais, e que a dificuldade de respirar se tornou insuportável. A insuficiência respiratória avançou muito rápido, e combinamos que chamaríamos sua família com urgência para falarmos sobre a necessidade de intubação. Isaque aceitou, com um semblante que parecia comunicar impotência, medo, frustração e desamparo. Nos minutos seguintes, que precederam a chegada de sua mãe e esposa - e que pareceram eternos - permaneci ao lado de Isaque, ora em silêncio, ora atendendo pequenas solicitações. Ele me entregou seu celular e, com dificuldade, pediu para colocar música. Não conseguia mais dizer qual gostaria de ouvir, mas com gestos foi me sinalizando o que eu deveria colocar. Eu reproduzia as canções religiosas, enquanto ele segurava minha mão, e permanecia de olhos fechados. Quando uma música terminava, logo ele me indicava qual a próxima que gostaria de ouvir. Esses foram alguns de seus últimos momentos de vida.*

Se a morte compõe um enigma irrepresentável partilhado pela humanidade, a experiência do sujeito diante do morrer é individual e singular. Na vinheta apresentada, Isaque inaugurou a possibilidade de dizer sobre o insuportável de continuar vivendo e, sobretudo, de continuar negando a própria morte. Quando não pôde mais verbalizar, no limite do corpo e da representação,

o vínculo possibilitou que o jovem falasse por meio de canções que o remetiam à própria experiência de espiritualidade. A partir desta cena, propus a discussão dos elementos subjetivos que estão em jogo no tempo do morrer, e da qualidade testemunhal que permeia a clínica psicanalítica feita com pacientes que vivenciaram a travessia para a condição absoluta do fim.

Gomes (2023) diferenciou a noção de trauma - experiência subjetiva que se configura *a posteriori* - da situação de urgência subjetiva. Para a autora, no hospital

a ameaça ao próprio corpo biológico, ou de perda de um familiar, pode colocar o sujeito frente a uma dimensão do Real, o que desorganiza suas coordenadas simbólicas e imaginárias, isto é, sua possibilidade de inscrição desse acontecimento. Entretanto, considerar que uma emergência médica necessariamente causará um evento traumático contrapõe-se à própria teoria freudiana sobre o traumático, uma vez que exclui o fato de que cada sujeito vai experienciar um acontecimento a partir de sua posição subjetiva (p.115).

Nesse sentido, Moretto (2023) ressaltou a distinção entre as ideias de acontecimento e experiência. O acontecimento pode ser lido como o fato, o evento objetivo; a experiência, de outro modo, está relacionada à dimensão subjetiva do fato. Na abordagem psicanalítica do sofrimento em situações de adoecimento, faz-se necessário propor um dispositivo clínico que favoreça a passagem do acontecimento à experiência singular. Tal passagem só é possível por meio da construção de uma narrativa que se produz na relação com um interlocutor - nesse caso, o psicanalista - que a favoreça e testemunhe. Desse modo, a fala direcionada a um analista diverge da mera descrição do acontecimento; “falar para um psicanalista é contar-se” (Moretto, 2023, p.3).

Há nesta passagem a sinalização da relevância da posição testemunhal do analista para a articulação entre o fato e o reconhecimento da experiência subjetiva de quem o vivencia. Para

compreender melhor a interlocução entre a cena analítica com a posição testemunhal, cabe buscar o diálogo da Psicanálise com a literatura do testemunho, esta última herdada dos relatos produzidos pelos sobreviventes do campo de concentração na Segunda Guerra Mundial. A literatura do testemunho revelou a experiência narrada sobre os horrores experimentados pelo povo judeu nos campos de concentração durante o Holocausto. Os relatos tratavam de acontecimentos traumáticos vividos e testemunhados pelos sobreviventes e que, por meio da escrita, buscaram compartilhar, denunciar a violência e reintegrar a experiência apartada de sentido pelo apelo ao laço social (Antonello, 2016).

Por isso, na literatura do testemunho encontrou-se a marcante necessidade dos sobreviventes de narrar aos outros os traumas sofridos. Como escrito por Levi (1988), “a necessidade de contar ‘aos outros’, de tornar os ‘outros’ participantes, alcançou entre nós, antes e depois da libertação, caráter de impulso imediato e violento, a ponto de competir com outras necessidades elementares” (p. 8). Para além do compartilhamento, a literatura mostrou que o reconhecimento do outro é fundamental para aquele que se propõe a narrar o trauma. O reconhecimento, portanto, está no âmago da necessidade de partilha dos sobreviventes (Antonello, 2019). Nesta perspectiva, é possível vislumbrar da cena testemunhal a própria cena psicanalítica, como apontado por Seligmann-Silva (2008):

A cena testemunhal deve ser pensada em diálogo com o saber derivado da psicanálise. Em certo sentido podemos ver a cena psicanalítica elementar, ou seja, o paciente diante de seu analista, como uma cena testemunhal. Trata-se, *mutatis mutandis*, de um sobrevivente buscando a atenção e escuta de um outro tendo em vista a construção de um mundo menos Unheimlich (Seligmann-Silva, 2008, p. 103).

A Clínica exercitada no manejo com pacientes hospitalizados, nesta pesquisa, almejou produzir um laço que sustentasse a escuta diante do excepcional encontro com a morte, do impossível e inenarrável pela via do simbólico. Ao longo deste trabalho, foi possível compreender a postura social de negação da morte e sua irrepresentabilidade a nível psíquico, além da dinâmica política e institucional que tantas vezes reproduziu indiferença diante de quem sucumbiu. Por isso, pude delinear a possibilidade de que a clínica psicanalítica com sujeitos hospitalizados e confrontados com o real da morte deve ser compreendida como uma Clínica do potencialmente traumático, e que demanda função de testemunho.

Kuperman (2016), pautado na teoria ferenciana, descreve que o trauma se dá em três tempos: o momento do evento concreto, que provoca choque a nível psíquico, mas que ainda não se configura como trauma; o segundo momento, em que o sujeito se movimenta em direção a um outro confiável para testemunhar sua dor e buscar sentido para o evento desestabilizador; e o terceiro momento, no qual o trauma se constituiria efetivamente, em que o sujeito se depara com a indiferença e a desautorização do seu testemunho.

No hospital, é possível pensar no impacto subjetivo do adoecimento e do confronto com a morte a partir dos tempos do trauma. Conforme Kuperman (2016), o primeiro seria o tempo do indizível, em que há um sujeito acometido pelo sofrimento inédito, em geral inesperado e para o qual não dispõe de repertório simbólico que o auxilie na construção de sentido para a condição de vulnerabilidade. No segundo tempo, o do testemunho, o sujeito busca narrar seu sofrimento no contato sensível com um outro confiável. Num terceiro tempo, da indiferença, esse outro permanece indisponível para testemunhar o sofrimento do doente, pois esse outro é remetido a um estado de impotência tão angustiante que faz o indizível da dor psíquica do doente algo inaudível.

Nesta perspectiva, no hospital, o descrédito frente ao sofrimento do doente é traumatizante por impossibilitar o enquadre, o laço e o compartilhamento afetivo capaz de articular sentido à experiência do sujeito que padece diante da doença, da hospitalização e do morrer (Kuperman, 2016).

Gondar e Antonello (2016) ressaltaram a peculiaridade do trabalho analítico com sujeitos que reverberam a confrontação com o traumático. Nesse contexto, a clínica não tem como objetivo fazer o sujeito aceder a uma ordem simbólica ou a uma estruturação psíquica segundo a ordem do recalque e da neurose. Ao contrário, a função de testemunha do analista deverá comportar um espaço intersticial, para além do dizível e visível, antes que qualquer forma se imponha, “funcionando como um laboratório de intensidades afetivas à procura de configuração” (p. 19). Neste espaço, os relatos frequentemente fragmentados, literais ou confusos dos sujeitos traumatizados poderiam ser acolhidos sem expectativa de coerência. Por isso, a função de testemunha estaria mais direcionada ao lugar do informe do que de à um terceiro que investigaria uma posição subjetiva ou formação do inconsciente (Gondar e Antonello, 2016).

Face ao trauma, “o analista precisa saber ouvir e, principalmente, suportar (dar suporte) a literalidade apresentada pelo paciente” (Antonello, 2019, p. 185). O testemunho permitirá ao sujeito depositar parte da dor que o consome na relação com outro, por meio da escrita na literatura, ou da fala na cena analítica, enfraquecendo-a (Antonello, 2019). A função de testemunho, desse modo, ocupa um espaço que não é nem de interpretação ou continência, mas de travessia do acontecimento experimentado no aqui e agora da relação transferencial (Giovanneti, 2011).

Sob esse olhar, foi indispensável que se produzisse pela analista dessa pesquisa um espaço de alteridade, sustentado no encontro da relação transferencial, em que fosse possível a prática do cuidado, do reconhecimento e de validação, para que a condição traumática pudesse transitar pela

palavra, ainda que sua representação beirasse o impossível. Tendo em vista a violência e os excessos não representáveis, fez-se necessário um processo de amparo para que alguma construção fosse possível. “É preciso de ajuda - de *alguém/outro*, que possa acolher a violência daquilo que é narrado/sonhado; ou seja, compartilhar o excesso que o psiquismo *sozinho* não pode dominar” (Antonello, 2019, p. 184).

No lugar do testemunho foi possível localizar a escuta analítica e a possibilidade de trabalho sobre o traumático do sujeito, por meio da simbolização, da narrativa e do reconhecimento da experiência. O testemunho dessa escuta contribui para que o sujeito, por meio do laço, possa criar fantasias que operem como um anteparo ao traumático (Postigo, 2022). Gondar e Antonello (2019) afirmam que os testemunhos são modos de sobrevivência e atos de saúde, pois ao narrar suas catástrofes subjetivas, os sujeitos batalham para obscurecer a claridade devoradora do traumático. Testemunhar seria, desse modo, sinônimo de resistência da vida face à morte, pela figuração narrativa que dá voz ao que, de outro modo, poderia ser vivido como impotência e silêncio. Nesta dinâmica, é necessário que o analista que testemunha sustente e suporte um lugar, para que haja produção de testemunho. Enquanto testemunha, o analista

Sustenta a indeterminação desse espaço e o fato de ele não estar orientado para um objetivo, ou seja, sua possível ausência de sentido e de forma. Sustenta-o como espaço de paradoxo, no qual se pode narrar a impossibilidade de narrar. Sustenta-o, como propõe Ferenczi, com sua capacidade de “sentir com (*Einfühlung*)” (Ferenczi, 1928/1992, p. 31), que o permite reconhecer e ressoar o sofrimento de seu paciente, abrindo-se a esse outro, ou melhor, ao devir que vem do outro (Gondar e Antonello, 2016).

Os autores ressaltam que a experiência empática não significa identificação, ou fazer da dinâmica analítica uma experiência de alienação no outro. De outro modo, “sentir com” se refere

à maleabilidade do analista às variações afetivas, deixando-se sensibilizar por elas, e se implicando em um manejo em que os lugares e as palavras possam ser revezados (Gondar e Antonello, 2016).

Por isso, promover o cuidado na circunstância/condição de testemunha de alguém que está a morrer constitui um campo delicado, já que suportar e sustentar essa escuta é também, ao mesmo tempo, margear constantemente a condição traumática que constitui o sujeito que performa o analista. Há uma dimensão intersubjetiva que compõe a dinâmica transferencial, na qual compartilha-se inevitavelmente algo da precariedade e do desamparo enquanto traço fundamental da condição humana. Do laço que viabiliza a produção do testemunho, o analista não sairá ileso.

Na cena analítica, o analista assemelha-se ao *chiffonnier*, cujo trabalho é recolher trapos, restos. (...) O traumático exige corporeidade e o analista sabe que seu corpo será sacrificado; o cansaço, o peso, a dedicação e os momentos em que preferiria não estar ali, ele os assume por sua própria conta e risco (Dias, 2011, p.167).

Na perspectiva do cuidado, há a aposta na construção de encontro e de uma linguagem que permita que “o corpo do analista não esteja lá em vão” (Dias, 2011, p.168). No hospital e na clínica que se estabelece diante da morte e do morrer, cabe ao cuidador o desafio de oferecer hospitalidade e acolhimento ao sofrimento do doente, ainda que seja mobilizador estar diante da dor do outro. Cabe ainda, assentir à afetação mútua no vínculo de cuidado, para que se facilite a produção de sentido para o adoecimento, do tratamento e das suas repercussões – sejam elas de cura ou agravamento. Portanto, é preciso dispor da própria saúde e vitalidade nos confrontos cotidianos com a morbidez e a morte (Kuperman, 2016).

Desse modo, uma clínica que seja capaz de exercer função de testemunho demanda do analista a capacidade de experienciar um vínculo que permita, como descrito por Gondar e Antonello (2016), a capacidade de comunicação com o incommunicável, deixando-se tocar e afetar

por ele. Por isso, nesse manejo, abordar a noção de transferência na teoria psicanalítica sob esse viés peculiar tornou-se fundamento, neste trabalho, sobre Clínica hospitalar diante do morrer.

### 3.2 O enlace dos afetos

*Silvia, uma mulher jovem, com seus trinta e poucos anos, foi hospitalizada na UTI por consequência de um câncer grave e avançado, de evolução assustadoramente veloz. Ela era casada, tinha dois filhos pequenos, e seu esposo se manteve diariamente ao seu lado. A piora rápida e a condição de progressiva fragilidade mobilizavam muito a equipe de saúde. Havia sensibilidade dos profissionais envolvidos no cuidado, seja pela idade da mulher, pelo fato de ela ter filhos pequenos, pela dedicação do marido, ou pela evolução assustadora da doença. Com a percepção da rápida piora clínica, convocamos o marido para uma conversa clara e honesta sobre a possibilidade do desfecho ruim. Rapidamente, após a conversa, a paciente já estaria sedada, intubada, e com outros suportes invasivos como única alternativa para sobrevivência. Já ciente da gravidade, da evolução do quadro e da possibilidade de morte, o esposo solicitou que eu colocasse um vídeo para a paciente (já desacordada), da apresentação do dia das mães que a filha tinha protagonizado na escola. Naquele momento ele não podia realizar a visita, e me demandou essa significativa tarefa. Peguei o celular, caminhei até a paciente. Permaneci alguns segundos olhando para ela, impactada, com o celular nas mãos. Olhei o vídeo, a imagem crua daquela criança que homenageava a mãe, e não consegui reproduzir. Confrontar aquela cena, naquele momento crítico, me atravessou de forma tão contundente que não pude sequer conter meu próprio choro. Naquele tempo, o esposo permaneceu sozinho em uma sala, aguardando meu retorno. Voltei à sala de atendimento, com o semblante de choro que não se poderia forjar. O marido da paciente me fitou nos olhos em silêncio, e eu disse*

– “Você percebeu que eu estava chorando?”

*O homem permaneceu em silêncio, sinalizou afirmativamente com a cabeça, como se compreendesse aquela resposta. Disse o quanto a situação daquela mulher mobilizava afetivamente toda a equipe, e que a mim comovia muito o que eles estavam vivenciando. Ele pareceu compreender, em meio ao semblante de preocupação e dor. Não tive coragem de dizer que não tinha conseguido reproduzir o vídeo. Alguns minutos depois, na mesma sala, a nossa conversa com ele aconteceu para comunicar o falecimento da esposa.*

No fragmento resgatado, expus a dinâmica afetiva que envolveu o atendimento à Silvia e sua família. Na cena, os sentimentos que revelei ter experimentado no vínculo transferencial remetiam, de algum modo, à qualidade dos afetos experimentados pela paciente e por seu familiar, diante de uma doença que avançava rapidamente, e da morte que chegava antes que qualquer sentido ou compreensão pudessem ser exercidos. Para a família, a dor do luto se instaurava na medida em que se vislumbrava a dimensão das rupturas que aconteceriam com a morte que se aproximava: perdia-se a mulher, mãe, esposa, filha. Ao mesmo tempo, a equipe se compadecia testemunhando aquele sofrimento. Houve, portanto, uma afetação mútua que se produziu, a partir do vínculo no contexto de cuidado do sujeito que padece.

Essa dinâmica afetiva é motor e direção que definem os caminhos que serão percorridos ao longo da intervenção, quase sempre urgente e imprevisível. Não se limita às mesmas lógicas de tempo, nem às regras técnicas que permeiam uma escuta clínica num *setting* habitual; é pela transferência que se reinaugura, a cada contato afetivo, uma experiência clínica singular.

O fenômeno da transferência se configura como o contato afetivo do paciente em relação à situação analítica, e esta induz uma resposta também afetiva do analista frente ao paciente.

Palhares (2008) discute que há, na transferência, um encontro que enlaça afetos, sentimentos e conteúdos inconscientes, que engendram mutualidade. Por isso, o tratamento acontece na dimensão da intersubjetividade, em que dois sujeitos estão “irremediavelmente vivos” (Palhares, 2008, p. 100).

No desenvolvimento da Psicanálise, o conceito de transferência assumiu posição central na compreensão de tratamento, e sofreu algumas modificações ao longo do tempo.

O curso de uma análise pode ser compreendido como o espaço e o tempo do manejo da transferência, ou seja, o processo psicanalítico está intimamente relacionado à dinâmica da afetividade que transita entre analista e analisando (Kuperman, 2008). A conceituação de transferência apontou para a compreensão do primado da afetividade no tratamento analítico, ao mesmo tempo em que constituiu impasses na clínica psicanalítica. Como destacado por Kuperman (2008), esse termo já aparecia nos primeiros momentos da obra freudiana, e foi inicialmente caracterizado como uma forma de resistência ao tratamento, e, mais tarde, como reedição na situação analítica da relação recalcada com as figuras parentais.

Em 1912, na obra *A dinâmica da transferência*, primeiro texto de Freud dedicado exclusivamente à questão (Roudinesco & Plon, 1998), o conceito de transferência começa a ser integrado à teoria da clínica psicanalítica, compreendido como a repetição de conteúdos no aqui e agora da relação analítica, necessária para acesso à elementos inconscientes (Kuperman, 2008), e, portanto, condição para que haja tratamento psicanalítico.

As formas de manifestação dos afetos na transferência, positivos ou negativos, representaram um desafio a ser manejado pelo analista, fator elementar para o sucesso de uma análise. A resolução da transferência seria, para Freud, um dos principais objetivos do tratamento (Freud, 1916-1917/2014).

O termo “contratransferência”, encontrado poucas vezes ao longo da obra freudiana (Andrade & Herzog, 2011), foi definido como um processo de influência do paciente sobre a sensibilidade inconsciente do analista. Freud (1910) recomendou que o analista reconhecesse a contratransferência dentro de si, estabelecendo como premissa fundamental que o analista se submetesse ao processo da própria análise, pois os complexos e resistência do analista atuariam como limite da capacidade de analisar (Freud, 1910/2013).

Os impasses clínicos revelados no desenvolvimento teórico da Psicanálise e o reconhecimento da particularidade das subjetividades severamente comprometidas pelo sofrimento psíquico, fomentaram o desenvolvimento de novas compreensões a respeito da dinâmica transferencial. Ferenczi, autor contemporâneo de Freud, contribuiu de forma inédita com a concepção dos afetos na situação analítica. O autor formulou um estilo clínico de manejo em que a técnica psicanalítica se tornava “elástica”, no sentido de que o analista, ecoando empaticamente o sofrimento apresentado por seu analisando, buscava promover a adaptação do *setting* às suas necessidades regressivas e à expressão da sua criatividade (Kuperman, 2010).

No texto *A Elasticidade da Técnica Psicanalítica*, Ferenczi (1928) escreveu sobre a posição do analista diante do tratamento. O autor apontou que

o trabalho psíquico desenvolvido pelo analista é, na verdade, complicado. Deixam-se agir sobre si as associações livres do paciente e, ao mesmo tempo, deixa-se a sua própria imaginação brincar com esse material associativo; nesse meio tempo, comparam-se as novas conexões com os resultados anteriores da análise, sem negligenciar, por um instante sequer, o exame e a crítica de suas próprias tendências (p.32).

Nesta árdua tarefa de experienciar a afetação pelos conteúdos revelados pelo paciente, ao passo do autoexame crítico, conta-se com o exercício do tato psicológico, enquanto direcionador

da intervenção. Para Ferenczi (1928), o tato possibilitaria saber o momento, a forma e o conteúdo a serem comunicados ao analisando; como reagir frente a uma manifestação inesperada ou desconcertante do paciente; quando se deveria calar e aguardar novas associações; e quando o silêncio seria uma tortura inútil para o paciente.

Em síntese, o autor definiu tato como a faculdade de “sentir com”. Como revela Gondar (2008), há nessa compreensão uma conotação musical: “procuramos, é certo, colocar-nos no diapasão do doente, sentir com ele todos os seus caprichos, todos os seus humores, mas também nos atemos com firmeza, até o fim, à nossa posição ditada pela experiência analítica” (Ferenczi, 1928, p.36). A autora articula a ideia de “sentir com” com a capacidade do analista de criar com o paciente um acorde musical, já que um acorde contempla ao mesmo tempo ressonância e dissonância, simetria e dissimetria (Gondar, 2008).

Gondar (2008) diferencia “sentir com”, de “ser como”: justamente por não ser o paciente que o analista poderia se valer de sua capacidade mental para sentir o que ele sente, e pensar o que ele pensa sem sofrer as mesmas resistências, dificuldades ou inibições. Kuperman (2008) corrobora com a discussão e reafirma que sentir com não diz respeito à identificação do analista com o analisando ou, o que seria ainda mais grave, da projeção sobre este de conteúdos psíquicos do analista. A contribuição inovadora desta proposta foi a compreensão do campo transferencial como plano de compartilhamento afetivo que, por meio do encontro lúdico, favoreceria a produção de sentidos para as experiências da dupla analítica.

Ferenczi (1928) previu a relevância de adaptação da técnica às necessidades do paciente, “como uma tira elástica, ceder as tendências do paciente, mas sem abandonar a tração na direção das próprias opiniões” (p.31-32). Por isso, compreendeu também a importância da disponibilidade afetiva do analista no *setting*, uma vez que, caso o analista se refugie do encontro pelo apego severo

à técnica, à neutralidade e à abstinência, poderá - mesmo que não seja a sua intenção - ser um traumatizador (Kuperman, 2023). Cabe lembrar que o contexto da elaboração clínica de Ferenczi parte da compreensão de que o traumático não se refere à violência de um evento, mas ao desmentido. Portanto, se o analista, apegado excessivamente à teoria e à técnica, não tiver condições de adaptação às necessidades do paciente, ele estará desmentindo-o como sujeito (Gondar, 2008).

De acordo com Kuperman (2008), o *modus operandi* da clínica que se baseou no encontro sensível entre analista e analisando, instaurou a problemática da exigência de uma grande disponibilidade afetiva do psicanalista, bem como a ampliação dos limites técnicos estabelecidos para o campo transferencial. A postura asséptica por parte do analista foi questionada, e passou a se propor que o profissional deixasse de se defender da própria implicação afetiva no espaço analítico. Nesse sentido, abandonou-se o controle hipócrita da contratransferência, ou sua apropriação imaginária com o objetivo de elaborar uma interpretação – sempre preservando, contudo, as reservas necessárias ao ofício.

Gondar (2008) defende a atualidade epistemológica, clínica e política da teoria ferencziana, e faz pensar sobre a necessidade de construção de um novo modo de sensibilidade no tratamento dos pacientes contemporâneos, mais porosa e menos blindada em relação à clínica original das neuroses. Os afetos não são obstáculo para o tratamento, e nem tampouco se reduzem à oposição vetorial entre a transferência e o *contra*. A vida psíquica é relação, encontro, e os afetos se formam no espaço *entre*, na dinâmica relacional; o encontro afetivo seria, portanto, o mais potente instrumento com os pacientes difíceis, e que em certos momentos, todos os pacientes o são.

A Clínica ensaiada ao longo desta pesquisa revelou encontros analíticos com pacientes em circunstância de profundo sofrimento psíquico, em condições limítrofes e potencialmente

traumáticas. A tentativa, ao longo dos atendimentos e cenas relatadas, foi, de algum modo, oferecer um espaço de cuidado, permitindo que se pudesse fazer laço e, transferencialmente, potencializar a escuta no confronto com o irremediável morrer. Tal potência se engendrou pela aposta na sensibilidade da analista, no reconhecimento da vulnerabilidade relacional que marca a imprescindibilidade dos vínculos e a permeabilidade que permitiu que os afetos fossem testemunhados, sofridos e expressados na cena analítica. Retomei Ferenczi (1932) para afirmar que acompanhei meus pacientes o mais longe possível e, com a ajuda dos meus próprios complexos, pude também chorar com eles.

### 3.3 A clínica da travessia

*Uma família havia perdido uma criança logo após o parto. Felipe, um menino. Lembro disso pela roupa que o bebê vestia e por algumas palavras do pai proferidas naquele momento. A mãe, ainda em recuperação do procedimento cirúrgico, permanecia em observação e não tinha retornado ao quarto. Fui convocada para o atendimento pela tamanha comoção da família, que se reunia próximo ao espaço em que estava o corpo do bebê. Havia muitas pessoas naquele ambiente, já que consternação havia contribuído para que fosse autorizada a entrada de mais gente do que permitiam as regras da instituição. Recordo de alguns traços do bebê, e da roupa que vestia na ocasião – um macacão azul, muito bonito; suponho que a família o tenha escolhido para saída do bebê do hospital. Em meio a tantas pessoas, lembro de um choro, o choro do pai, uma expressão especialmente dolorosa. Aquele homem chorava, clamando pelo filho, inconformado, e dizia o quanto sonhou jogar bola com ele. Disse muitas outras coisas, das quais não consigo me recordar. Atendi aquela mãe logo após seu retorno ao quarto, já ciente da notícia*

*da morte do bebê. Um semblante de desolação, e ainda não haviam muitas palavras que ela pudesse dizer. No atendimento, uma das suas grandes preocupações era que ela não conseguiria alta hospitalar a tempo de velar e sepultar o próprio filho. Perguntei, então, se ela gostaria de um momento do bebê ainda no hospital, antes que as providências funerárias fossem cumpridas. Ela respondeu afirmativamente. Na época, esse procedimento não era uma política da instituição, era uma prática incomum. Pensei em como tornar aquele contato viável, e pensei também que eu não suportaria carregar aquele bebê em meu colo por dois lances de escadas para levar até a mãe. Busquei pela técnica de enfermagem do berçário, responsável por ter cuidado e vestido aquele bebê já sem vida. Ela concordou em buscarmos o bebê para levar até a mãe, e eu a acompanhei. Expliquei a situação para os demais familiares presentes, e a técnica pega o bebê nos braços. No caminho, ela comentou sobre o quanto a criança era bonita. Às vezes, nessas cenas do hospital, o tempo parecia correr de outro jeito. Sinto que naquele dia a subida pelos dois lances de escada demorou demais, mesmo que no relógio não tenha contado mais que um minuto. Ao chegarmos ao quarto, a mãe logo estendeu os braços para pegar o bebê no colo. Ficamos eu, o pai, a mãe, a técnica de enfermagem e a criança. O pai falava para a mãe sobre como o filho deles era bonito, e ia comentando sobre alguns detalhes físicos da criança. A mãe erguia o macacão para conseguir ver os detalhes, as mãos e os pés, e acariciou cada um dos dedos daquele bebê, dizendo que ele era perfeito. Recordo-me desse momento como uma cena de contemplação, diferente do desespero anterior. Perguntei se eles queriam ficar a sós, e não me lembro de ter recebido alguma resposta, parecia que eles estavam totalmente voltados para aquela cena, creio que mal nos ouviam. Resolvemos deixá-los a sós, e aguardamos por poucos minutos do lado de fora da porta. Não consigo lembrar muito para além daqui.*

Milton Nascimento interpreta a canção *Travessia*, cuja letra contempla dois tempos distintos, separados pelo refrão. No primeiro instante, Milton canta a dor da perda: a escuridão que encobre o viver, o sem lugar, a solidão a urgência de contar sobre o sofrimento. O refrão é o momento do dizer: Solto a voz nas estradas/ já não quero parar/ meu caminho é de pedra/ como posso sonhar? Sonho feito de brisa/ vento vem terminar/ vou fechar o meu pranto/ vou querer me matar

No segundo tempo, a canção conta sobre a transformação, na possibilidade de reabertura das experiências ligadas à vida. Nas vivências enquanto analista que estive com sujeitos diante da morte, compreendi que este trabalho se produziu na *travessia*.

No atendimento à família de Felipe, bebê que teve poucos minutos de vida após o nascimento, refleti sobre como construir uma proposta de cuidado que fosse capaz de sustentar o desejo de produzir testemunho diante do morrer e da morte. A morte é o fim, o nada, o silêncio; porém, nesse atendimento, e em tantos outros ao longo da experiência clínica desvelada nesta pesquisa, existiu um trabalho que reconhecia na morte a necessidade de um laço que firmasse uma aposta de construção subjetiva. Em muitos momentos, foi possível edificar elementos de vida para quem estive prestes a morrer, ou para quem ficou depois que alguém morreu - quando o morto pôde ser falado, imaginado, e perdido no circuito afetivo de quem permaneceu. De algum modo, uma travessia.

Quais seriam, portanto, alguns caminhos possíveis de se construir nessa Clínica singular, que faz travessia da morte para vida, do silêncio para a palavra? Retomei a crônica de Rubem Alves (2014), que termina com uma orientação do paciente que está morrendo ao seu médico:

E agora, doutor, me responda: "Será que eu saio dessa?". Ficarei feliz se o senhor não me der aquela resposta boba, mas se assentar ao lado da minha cama e me disser: "Você está

com medo de morrer. Eu também tenho medo de morrer...". Então poderemos conversar de igual para igual (p. 237).

Para pensar essa Clínica, primeiramente, cabe ressaltar o caráter relacional que emoldura as experiências de atendimento e que remonta à evidência da dependência fundamental humana. Nesta perspectiva, morte e luto são eventos não meramente privados, mas políticos, conforme Butler (2022): “se meu destino não é, nem no começo, nem no fim, separável do seu, então o "nós" é atravessado por uma relacionalidade que não podemos facilmente argumentar contra” (p. 43).

Para tanto, afirmei que a importância de que se pautasse nessa conjuntura, para o analista ou para os demais profissionais de saúde, uma crítica à hierarquia, à neutralidade e à assepsia que distanciam as posições do profissional e do doente, aspectos tantas vezes afirmados como condições preponderantes para que se preste a assistência adequada. A negação do afeto no cuidado nega também a condição de humanidade do profissional que presta o cuidado, e impacta na forma como ele vivencia os efeitos subjetivos do próprio trabalho. Nessa dinâmica, profissionais também estariam submetidos ao desmentido e, portanto, à condição traumatizante no exercício laboral.

Um segundo aspecto importante que compõe esta Clínica aponta para a construção de uma relação de horizontalidade na relação analítica, e que também deve ser ampliada aos demais profissionais de saúde. No texto *A análise de crianças com adultos*, Ferenczi (1932/1990) demonstrou a necessidade de comunicação com o infantil presente no adulto, prática que seria viável pela condução lúdica na situação analítica, por intermédio da criança que existe no analista. Para o autor, a impressão que se teria “é a de duas crianças igualmente assustadas que trocam suas experiências, que em consequência de um mesmo destino se compreendem e buscam instintivamente tranquilizar-se” (Ferenczi, 1932/1990, p. 91) Nesse sentido, o analista, em

movimento contrário à posição verticalizada no tratamento, arriscaria situar-se em consonância com a criança que existe em seu paciente. Na relação analítica, o que permite que a confiança se estabeleça é justamente a noção da vulnerabilidade compartilhada entre iguais – não de um lugar hierárquico, mas de uma parceria. Desse modo, esse dispositivo técnico seria, ao mesmo tempo, um dispositivo político (Gondar, 2012).

Um terceiro ponto fundamental deste trabalho se alicerçou na noção de testemunho enquanto possibilidade para a clínica diante do morrer. Houve, no âmago de quem compartilhou a experiência de sofrimento, a necessidade de reconhecimento e, nesse espaço de partilha, se produziu um testemunho singular amparado pela relação de cuidado do sujeito que esteve diante da finitude. A morte é destino humano comum, mas a experiência diante do morrer é singular, e o discurso que se produz nesse momento possui caráter excepcional. Para isso, ainda que o repertório social e cultural revele a inabilidade de lidar, admitir e representar a morte, é necessário que haja a vontade de escutar quem morre para que se faça possível ressignificar a morte e o morrer socialmente.

Para Seligmann-Silva (2008), o testemunho passa a existir a partir da vontade de escutar, do desejo de portar o testemunho que se escuta. Nessa pesquisa, o vínculo que se teceu com um sujeito que morreu marcou e atravessou de forma impensável também o sujeito da escuta. O trabalho com a morte implicou, invariavelmente, em diversas perdas, que deixaram rastros e restos em quem sobreviveu. Portanto, um quarto aspecto desta Clínica afirmou a importância de um espaço para que os profissionais de saúde exercitem o trabalho de luto. Conforme Dunker (2019), o luto não se restringe a um evento, mas é, sobretudo, um modo de subjetivação, um modo de relação com o outro permanente. Os profissionais da saúde, especialmente, parecem estar constantemente expostos ao luto, com a perda de ideais, ideias abstratas e coisas congêntas, ainda

que haja uma diferença substancial entre a perda de uma pessoa querida e demais perdas simbólicas.

Butler (2022) indica que há, na dinâmica do luto, a perda de uma relacionalidade, de um laço que diferencia e relaciona o eu ao outro, o enlutado e quem se perdeu. Por isso, o luto revela “a servidão na qual nossas relações com os outros nos mantêm, de maneiras que nem sempre podemos contar ou explicar” (p.43). O laço transferencial, na cena analítica ou nas demais práticas de cuidado em saúde, promove atravessamentos afetivos inevitáveis. Um vínculo que se produz no recorte da experiência laboral, mas que de nenhum modo se faz, por esse motivo, indiferente. Conforme Butler (2022),

Somos desfeitos uns pelos outros. E se não o somos, falta algo em nós. Esse parece ser o caso com o luto, mas só porque já era o caso com o desejo. Nem sempre permanecemos intactos. Podemos até querer, ou mesmo conseguir por um tempo, mas apesar de nossos melhores esforços, nos desfazemos, na face do outro, pelo toque, pelo cheiro, pelo tato, pela perspectiva do toque, pela memória do tato (p. 44)

Existe, nesse sentido, uma relacionalidade inegável que compõe os vínculos humanos e que expõe o sujeito que prestou o cuidado de saúde ao sujeito em sofrimento e/ou em luto. O modo como cada um foi capaz de experienciar os próprios lutos ao longo da vida pode reverberar também na possibilidade de vinculação afetiva com o paciente que irá morrer. Por isso, parece fundamental pensar na construção de dispositivos de atenção à saúde mental para os profissionais de saúde e que permitam que novas possibilidades de cuidado sejam exercidas. É pela afirmação de que o trabalho é atravessado pela experiência afetiva do profissional que será possível o reconhecimento que viabilize o trabalho de luto, capaz de resistência ao silenciamento, e que permita não sucumbir na experiência laboral.

Por fim, este trabalho pleiteia pensar que o trabalhador possa, em alguma medida também ser sujeito do cuidado, para que se vislumbre alguma possibilidade de atenção em saúde capaz de olhar para a morte e de escutar quem morre.

### **Considerações finais**

Este trabalho buscou discorrer sobre o tratamento dedicado à morte e ao morrer no laço social, a partir da minha experiência profissional e afetiva com sujeitos hospitalizados. Nesse contexto, foi possível abordar modos de invenção na clínica psicanalítica diante do morrer; as diversas invenções de sujeitos nas suas mais singulares formas de viver a própria morte; e também, a invenção clínica que propôs um modo de trabalho com os sujeitos que morreram. O vínculo tecido com cada sujeito permitiu a reinvenção do trabalho analítico a cada encontro vivo e único.

Os sujeitos rememorados nessa pesquisa representam os afetos, vivências e vínculos experimentados com tantos outros que compuseram o repertório clínico revelado neste trabalho. Com Jeová, pude me propor a reflexões existenciais, filosóficas e dogmáticas diante da morte que se aproximava. Com o filho de Marcelo, fui confrontada com a indiferença, que como um véu tamponou meu olhar profissional que lidava rotineiramente com a morte. Na ocasião da morte de José, pude compreender como a equipe de saúde também esteve atravessada pelos afetos, e vulnerável aos lutos. Com Joaquim, tentei resgatar alguma possibilidade discursiva diante do silenciamento produzido pela condição política do cuidado de saúde institucionalizado. Com a família de João, pude amparar uma narrativa que construísse sentidos diante do sem sentido da morte e da perda. Com Ana, pude ser anteparo para o vazio, e para a prece, diante da ausência de

palavras que marcaram sua forma de morrer. Com Isaque, pude compreender que os últimos momentos comportam testemunho, e que o impossível das palavras pôde ser embalado por canções. Com Silvia, pude empreender o exercício profundo da sensibilidade e da mistura, que reverberou as sensações de uma mulher e uma família que sofrem uma morte precoce. Com os pais de Felipe, pude suportar a angústia diante da morte, da contemplação de um pequeno corpo e do testemunho da perda.

Esta pesquisa pretendeu ainda sinalizar para a inabilidade construída historicamente na sociedade ocidental em lidar com a morte. A arte e outros elementos da cultura produziram brechas e modos figurativos de contar e representar a morte que, ainda que apartada de sentido e do discurso, afronta constantemente os sujeitos pelas próprias e constantes experiências de perda. Esta forma de lidar com a morte também alicerça a formação e a lida do profissional de saúde que, muitas vezes, reproduz discursos, posturas e indiferença diante do morrer.

O trabalho também revelou que há, no cuidado institucional com pessoas em padecimento de morte, uma potencialidade traumática produzida pela dimensão política do discurso biomédico que tantas vezes subjuga a experiência subjetiva diante do imperativo do tratamento e da cura. O discurso generalizante, que identifica o lugar do sujeito com a doença, produz um modo de silenciamento e desautorização, que está no âmago da noção de trauma, e atravessa constantemente sujeitos em situações de sofrimento e vulnerabilidade física e psíquica. A potencialidade traumática atravessa também a experiência de quem presta o cuidado, e que ecoa os efeitos subjetivos da negação da própria sensibilidade diante do atendimento e do vínculo com pessoas que morrem.

Ao resgatar as memórias de atendimentos que permaneceram vívidas mesmo após o encerramento do trabalho como psicóloga hospitalar, formulei uma tentativa de subversão do

discurso que reduziu o moribundo à condição de resto na estrutura social e no saber médico. O sujeito é único, o encontro com a morte é próprio e singular, e suas manifestações têm voz e visibilidade, até depois da morte, nos restos que ecoaram em quem pôde se lançar a uma vinculação sensível no cuidado. Desse modo, a prática analítica diante da morte comportou função de testemunho - em que o analista se faz testemunha, e pelo desejo de escuta produz um espaço que sustenta e suporta o incomparável do discurso testemunhal.

Por fim, a presente pesquisa reafirmou a imprescindibilidade de políticas públicas e institucionais de saúde mental para os profissionais de saúde. É inequívoca a compreensão de que é necessário o cuidado/investimento quanto a subjetividade do profissional para que se construa disponibilidade afetiva para a vinculação sensível com o paciente que está a morrer. Nesse sentido, cabe afirmar que não há condições ideais ou critérios que instrumentalizem o analista ou o profissional de saúde no trato com a morte e o morrer; o trabalho acontece imbricado nos possíveis e impossíveis do campo subjetivo, e do cenário das instituições de saúde. Entretanto, cabe defender a necessidade de investir na escuta ao profissional. Ou seja, sustentar uma proposta de cuidado tão viva que seja capaz de ancorar o desejo de escuta diante da morte e do morrer, passa também pela elaboração dos próprios lutos daqueles que acompanham esse processo.

## Referências

- Ariès, P. (2012). *História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias* (Priscila Viana de Siqueira, Trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Alves, R. (2014). *Ostra feliz não faz pérola* (2ª ed.). São Paulo: Planeta.
- Andrade, A. B. de T., & Herzog, R. (2011). Os afetos do analista na obra freudiana. *Psicologia Clínica*, 23(1), 119-131. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652011000100008>
- Antonello, D. F. (2016). *Trauma, memória e escrita: uma articulação entre a literatura de testemunho e a psicanálise* (Tese de Doutorado, UNIRIO/CCH/Programa de Pós-graduação em Memória Social). Disponível em <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/11546/Tese%20-%20Diego%20Fricks%20Antonello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Antonello, D. F. (2019). Testemunhar: um modo de compartilhar o trauma. *Ágora (Rio de Janeiro)*, 22(2), 180-189. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142019002005>
- APPOA. (2014). Desamparo e vulnerabilidades. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 45-46, 09-19.
- Azenha, C. A. (2018). Caso: entre saber e verdade. In N. V. Araújo Leite, M. M. Moraes, & J. G. Milán-Ramos (Orgs.), *O caso, entre exceção e transmissão*. Campinas, SP: Mercado das Letras.
- Azevedo, A. V. (2004). *Mito e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Azevedo, R. M. (2008). Sobre a criação da obra de arte musical e sua escuta: o que se dá a ouvir?. *Cógito*, 9, 94-99. Recuperado em 28 de setembro de 2023, de

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-94792008000100021&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792008000100021&lng=pt&tlng=pt).

Betts, J. (2014). Desamparo e vulnerabilidades no laço social – a função do psicanalista. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 45-46, 09-19. Recuperado de [https://apboa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista\\_45\\_46.pdf](https://apboa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista_45_46.pdf)

Bezerra, A. A., & Barcelos, P. (2020). Cantando a dor do outro: o caso Zuzu Angel e a canção como testemunho na obra de Chico Buarque. *Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 14(4), 880-891. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2038>

Bolela, F., & Jericó, M. de C. (2006). Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery*, 10(2), 301-309. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019>

Butler, J. (2022). *Vida precária: os poderes do luto e da violência* (Andreas Lieber, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica.

Cascudo, L. C. (2000). *Dicionário do Folclore Brasileiro*. Rio de Janeiro: Ediouro.

Cascudo, L. C. (2012). *Geografia dos Mitos Brasileiros*. São Paulo: Global.

Campo, A. L. (2008). *Diccionario básico de Antropología* (1ª ed.). Quito, Ecuador: Abya-Yala. Disponível em [https://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20200917/ob\\_eab67d\\_diccionario-basico-de-antropologia.pdf](https://data.over-blog-kiwi.com/1/38/03/91/20200917/ob_eab67d_diccionario-basico-de-antropologia.pdf)

Campos, E. B. V., & Silva, A. N. (2020). O desamparo como categoria afetiva fundamental do mal-estar na atualidade: um ensaio psicanalítico. *Revista de Psicologia da UNESP*, 19(1). <http://dx.doi.org/10.5935/1984-9044.20200006>

Candido, A. (2006). *Literatura e Sociedade* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Ouro Sobre Azul.

Castro, J. C. L. (2011). A palavra é a morte da coisa: simbólico, gozo e pulsão de morte. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1405-1428. Recuperado em 12 de março de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482011000400005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400005&lng=pt&tlng=pt).

Ceccarelli, P. R. (2009). Laço social: uma ilusão frente ao desamparo. *Reverso*, 31(58), 33-41. Recuperado em 29 de dezembro de 2023, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952009000200004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200004&lng=pt&tlng=pt).

Ceccarelli, P. R. (2012). Mitos, sexualidade e repressão (1). *Ciência e Cultura*, 64(1), 31-35. <https://doi.org/10.21800/S0009-67252012000100013>

Collet, N., & Rozendo, C. A. (2003). Humanização e trabalho na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 189-192. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200016>

Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>

Coppus, A. N. S., & Netto, M. V. R. F. (2016). A Inserção do Psicanalista em uma Unidade de Tratamento Intensivo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 88-100. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000322012>

Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

Deslandes, S. F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 401-403. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200017>

Dias, R. C. (2011). *A clínica como testemunho de corporeidade diante do traumático: por uma nova noção de experiência* (Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro). Disponível em [http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34712/34712\\_6.PDF](http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34712/34712_6.PDF)

Dunker, C. (2019). Teoria do Luto em Psicanálise. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 28-42. Recuperado de <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/226/154>

Ferenczi, S. (1992). A elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras completas de Sándor Ferenczi, Psicanálise 4*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).

Ferenczi, S. (1992). Análise de crianças com adultos. In *Obras completas de Sándor Ferenczi, Psicanálise 4*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931).

Ferenczi, S. (1990). *Diário clínico*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).

Freud, S. (2010). Considerações atuais sobre a guerra e a morte. In *Obras completas - Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos* (Paulo César de Souza, Trad., Vol. 12, pp. 209-246). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1914-1916).

Freud, S. (2010). Além do princípio de prazer. In *História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), Além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* (Paulo César de Souza, Trad., Vol. 14). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1920).

Freud, S. (1976). Escritores criativos e devaneio. In *Obras completas* (Vol. 9, pp. 147-158). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Original publicado em 1908[1907]).

Freud, S. (2013). As perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. In *Obras completas* (Vol. 9, pp. 287-301). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1910).

Freud, S. (2014). Conferências Introdutórias à Psicanálise. *Obras Completas* (Vol. 16). São Paulo: Companhia das Letras. (Original publicado em 1917).

Freud, S. (1996). Sobre o Narcisismo: uma introdução. In J. Salomão (Trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago Ed. (Original publicado em 1914).

Galindo, C. S. O. (2006). Da Grécia à MPB: poesia, música e oralidade. *Boitatá*, 1(2), 45–61. <https://doi.org/10.5433/boitata.2006v1.e30695>

Gil, G., & Zappa, R. (2013). *Gilberto bem de perto*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.

Giovannetti, M. F. (2011). Sobre migrações e transferências. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(2), 317-325. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v45n2/v45n2a18.pdf>

Gondar, J. (2008). Além da contratransferência: os afetos do analista. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 30(21), 175-191. <https://cprj.com.br/cadernos-de-psicanalise-n-21/>

Gondar, J. (2010). As coisas nas palavras: Ferenczi e a linguagem. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 32(23), 123-132. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psi-46366>

Gondar, J. (2012). Ferenczi como pensador político. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 34(27), 193-210. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-62952012000200011&lng=pt&tlng=pt)

Gondar, J., & Antonello, D. F. (2016). O analista como testemunha. *Psicologia USP*, 27(1), 16-23. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20150010>

Gomes, L. R. S. (2023). *Achar palavra: um dispositivo psicanalítico em urgências, emergências e desastres* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia). Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/T.47.2023.tde-11122023-134205>

Inca (2014). *Hospital do Câncer I. Seção de Psicologia. Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; A. B. R. Bernat, D. R. Pereira, M. M. Swinerd (Orgs.). Rio de Janeiro: INCA.

<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//caderno-de-psicologia-2.pdf>

Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo Saúde*, 34(4), 420-429.

Kupermann, D. (2008). Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *Jornal de Psicanálise*, 41(75), 75-96.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352008000200006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352008000200006&lng=pt&tlng=pt)

Kupermann, D. (2010). A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. *Cadernos de Psicanálise – CPRJ*, 32(23), 31-45.  
[https://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno23\\_pdf/07-A%20VIA%20SENSIVEL\\_DANIEL%20KUPERMAN.pdf](https://www.cprj.com.br/imagenscadernos/caderno23_pdf/07-A%20VIA%20SENSIVEL_DANIEL%20KUPERMAN.pdf)

Kupermann, D. (2016). Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na Psicologia Hospitalar. *Revista da SBPH*, 19(1), 6-20.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100002&lng=pt&tlng=pt)

Kupermann, D., Gondar, J., & Molin, E. C. D. (2023). Quem foi Ferenczi? In R. Hentz et al. (Orgs.), *Ferenczi: a arte da psicanálise* (pp. 1-20). São Paulo: Blucher.

Lameira, V. M., Costa, M. C. S., & Rodrigues, S. M. (2017). Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. *Revista Subjetividades*, 17(1), 68-78.  
<https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v17i1.4861>

Leite, N. V. A. (2018). Caso: entre saber e verdade. In N. V. A. Leite, M. M. Moraes, & J. G. Milán-Ramos (Orgs.), *O caso, entre exceção e transmissão*. Campinas, SP: Mercado das Letras.

- Levi, P. (1988). *É isto um homem?* (L. Del Re, Trad.). Rio de Janeiro: Rocco.
- Magalhães, M. V., & Melo, S. C. A. (2005). Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. *Psicologia e Saúde em Debate*, 1(1), 1-12. <https://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7/5>
- Mano, G., Corso, M., & Weinmann, A. O. (2018). Psicanálise e cultura pop: os mitos no contemporâneo. *Psicologia USP*, 29(1), 78–86. <https://doi.org/10.1590/0103-656420160115>
- Menezes, L. S. (2010). *Um olhar psicanalítico sobre a precarização do trabalho: desamparo, pulsão de domínio e servidão* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19102010-120022/publico/menezes\\_do.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-19102010-120022/publico/menezes_do.pdf)
- Medeiros, Clarice, & Fortes, Isabel. (2019). A dor do luto: perspectivas psicanalíticas. *Trivium - Estudos Interdisciplinares*, 11(2), 222-234. <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2019v2p.222>
- Moreira, J. O., & Kind, L. (2022). *Pesquisas com narrativas nas ciências humanas: Psicanálise, Psicologia Social, Sociologia e História*. Porto Alegre: ediPUCRS. <https://play.google.com/books/reader?id=1KyGEAAQBAJ&pg=GBS.PA3&hl=pt>
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moretto, M. L. T. (2023). A importância da escuta do sofrimento na formação e nas práticas de cuidado em saúde. *Revista Espaço Pedagógico*, 30, 1-14. <https://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/15531/114117825>
- Nascimento, F. S. (2005). *Mentiras sinceras: um estudo sobre as letras de Cazuza* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Letras e Estudos Linguísticos,

Universidade Federal da Bahia.

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10972/1/dissertacao%20Fabio%20Nascimento.pdf>

Palhares, M. C. A. (2008). Transferência e contratransferência: a clínica viva. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 100-111.

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2008000100011&lng=pt&tlng=pt)

Pastore, J. A. D. (2012). Psicanálise e linguagem mítica. *Ciência e Cultura*, 64(1), 20-23.  
<https://doi.org/10.21800/S0009-67252012000100009>

Perrone, C. A. (2008). *Letras e Letras da MPB* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Booklink.

Porto, P. C. P. (2011). Narrativas memorialísticas: memória e literatura. *Revista Contemporânea de Educação*, 6(12), 1-20. <https://doi.org/10.20500/rce.v6i12.1648>

Postigo, V. M. C. (2022). A função testemunho, o traumático e a escuta clínica do psicanalista cidadão. *Trieb*, 21(1), 1-10. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2022-sbprj-trieb-v21-n1-7.pdf>

Rabaçal, A. J. (1967). Influências indígenas no folclore brasileiro. *Separata da Revista de Etnografia*, 14. Museu de Etnografia e História. <http://www.etnolinguistica.org/>

Ribeiro, C. V. S., & Léda, D. B. (2004). O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 4(2), 1-12.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812004000300006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812004000300006&lng=pt&tlng=pt)

Rosa, M. D. (2002). Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *Textura: Revista de Psicanálise*, 2(2), 42-46.

- Rosa, M. D. (2022). Sofrimento sociopolítico, silenciamento e a clínica psicanalítica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e242179. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003242179>
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sant'anna, A. R. (1986). *Música popular e moderna poesia brasileira*. Petrópolis: Vozes.
- Seligmann-Silva, M. (2010). O local do testemunho. *Tempo e Argumento*, 1(2), 3-20. <https://revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/1894>
- Seligmann-Silva, M. (2008). Narrar o trauma: escrituras híbridas das catástrofes. *Gragoatá*, 24(1), 101-117. <https://periodicos.uff.br/gragoata/article/view/33162/19149>
- Soneghet, L. F. (2022). A normalidade crítica do cotidiano diante do adoecimento e da morte. *Anuário Antropológico*, 47(2), 1-10. <https://journals.openedition.org/aa/9720>
- Tavares, L. A. T., & Hashimoto, F. (2013). A pesquisa teórica em psicanálise: das suas condições e possibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 166-178. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202013000200002&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202013000200002&lng=pt)
- Tavares, L. A. T. (2014). *Psicanálise e musicalidade(s): sublimação, invocações e laço social* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis. <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/f0cb600f-24d7-4e62-8e47-fdc0ed38919b/content>