

# Escuta clínica diante da morte: experiência de uma psicóloga residente em enfermaria de cuidados paliativos

*Clinical listening in the face of death: experience of a psychologist residing in a palliative care ward*

*La escucha clínica ante la muerte: experiencia de un psicólogo que reside en una sala de cuidados paliativos*

*Jakeline Maria da Silva\**  
*Josene Ferreira Batista\*\**

## Resumo

*Este relato de experiência tem como objetivo realizar reflexões com articulações teóricas referentes às experiências vivenciadas por uma psicóloga. Foi construído a partir da experiência prática de uma residente do programa de residência em psicologia clínica hospitalar na enfermaria de Cuidados Paliativos, em caráter de rodízio opcional. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, feito a partir de leitura e análise de diários de campo e registros profissionais construídos a partir dos atendimentos realizados. A discussão produzida foi balizada no escopo teórico à luz da filosofia existencialista e da teoria psicanalítica freudiana, trazendo também um recorte histórico tanatológico. Doravante, refletiu-se sobre o lugar de uma escuta clínica inventiva, dita po-ética, como dispositivo de cuidado no contexto paliativista, viabilizando ao sujeito a narração de sua história dentro de um espaço de (re) construção simbólica em momentos de terminalidade. Nesse sentido, o relato aponta para uma escuta que possibilita a tomada ética de produção de vida diante da morte.*

**Palavras-chave:** *Morte; Cuidados paliativos; Escuta clínica.*

---

\* Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0064-7974> E-mail: [jakelinesilva.psi@gmail.com](mailto:jakelinesilva.psi@gmail.com)

\*\* Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, PE, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7056-4958> E-mail: [jakelinesilva.psi@gmail.com](mailto:jakelinesilva.psi@gmail.com)

## Abstract

*This experience report aims to reflect with theoretical articulations on the experiences lived by a psychologist. It was constructed from the practical experience of a resident in the clinical hospital psychology residency program in the Palliative Care ward, as an optional rotation. It is a descriptive study, a type of experience report, based on the reading and analysis of field diaries and professional records, constructed from the services provided. The discussion produced was framed within the theoretical scope in light of existentialist philosophy and Freudian psychoanalytic theory, also bringing a historical tanatological perspective. Henceforth, reflections were made on the place of inventive clinical listening, termed po-ethical, as a care device in the palliative context, enabling the subject to narrate their story within a space of symbolic (re)construction in moments of terminality. In this sense, the report points to listening that enables the ethical stance of life production in the face of death.*

**Keywords:** Death; Palliative care; Clinical listening.

## Resumen

*Este informe de experiencia tiene como objetivo realizar reflexiones con articulaciones teóricas referentes a las experiencias vividas por una psicóloga. Se construyó a partir de la experiencia práctica de una residente del programa de residencia en psicología clínica hospitalaria en la sala de Cuidados Paliativos, en carácter de rotación opcional. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo relato de experiencia, basado en la lectura y análisis de diarios de campo y registros profesionales, contruidos a partir de las atenciones realizadas. La discusión producida fue enmarcada en el ámbito teórico a la luz de la filosofía existencialista y de la teoría psicoanalítica freudiana, trayendo también una perspectiva tanatológica histórica. De ahora en adelante, se reflexionó sobre el lugar de una escucha clínica inventiva, denominada po-ética, como dispositivo de cuidado en el contexto paliativista, permitiendo al sujeto narrar su historia dentro de un espacio de (re)construcción simbólica en momentos de terminalidad. En este sentido, el informe señala una escucha que posibilita la toma ética de producción de vida frente a la muerte.*

**Palabras clave:** Muerte; Cuidados paliativos; Escucha clínica.

A Psicologia Hospitalar é uma especialidade na qual se pressupõe o encontro do psicólogo com o sujeito que busca assistência na atenção terciária. Seu conjunto de práticas e atuação está inclinado à subjetividade dos sujeitos que se encontram diante da doença. Simonetti (2018) define

esse encontro como de ordem real, de natureza patológica, o qual produz ressonâncias psicológicas que reverberam na família, na equipe que o assiste e, sobretudo, no próprio paciente.

A inserção da Psicologia no cenário Hospitalar tem marcas ainda púberes. Angerami (2002) a circunscreve no Brasil, na década de 1950, no Hospital Geral, quando Matilde Néder atuou de modo pioneiro no acompanhamento psicológico de crianças nos setores de ortopedia e traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Enquanto prática reconhecida como especialidade, a Psicologia Hospitalar se instituiu formalmente balizada, com arcabouço técnico e teorias específicas, a partir da recente resolução N<sup>o</sup>013/2007 do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2014).

Diante desse contexto, portanto, fez-se necessária à formação profissional em saúde a implementação de diretrizes que norteassem os cursos de graduação e pós-graduação. Assim, o Ministério da Saúde, com a participação do CFP, estabeleceu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o processo de formação acadêmica do(a) psicólogo(a), formuladas em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicadas em 2004, entrando em vigor em 2011 (CFP, 2019).

A prática – deveras imprescindível, mas ainda alhures da grande maioria dos modelos acadêmicos de ensino superior – é tomada a rigor nos cursos de pós-graduação lato sensu. Nesse panorama se insere o Programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar, com ênfase na especialização por meio da própria atividade prática voltada ao serviço da instituição hospitalar, contribuindo de modo predominante à praxe da Psicologia.

Neste contexto, o(a) residente uniprofissional em formação atua diretamente com a equipe de saúde do serviço, pacientes e familiares, somando, entre atividades teóricas e práticas, um quantitativo de 5.760 horas, distribuídas ao longo de 60 horas semanais, num período de dois anos. A experiência possui um caráter de dedicação exclusiva, tornando

a residência hospitalar um encontro consigo e com as relações humanas, exigindo escolhas, manejos transferenciais e disponibilidade para “costurar” trocas de saberes interdisciplinares (IMIP, 2019).

A partir desse ponto, as informações gerais dos programas de residência em área profissional de saúde destacam recomendações específicas para a modalidade uniprofissional em Psicologia, que enfatizam a habilidade do residente em ouvir com dignidade, técnica e humanidade um paciente em sofrimento e seus familiares dentro do ambiente de um Hospital Geral. Isso evidencia a importância ética da escuta clínica e sua indispensabilidade nesse contexto (Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, 2019).

A escuta a qual se propõe a Psicologia Hospitalar é, em seus diferentes contextos e setores, uma escuta clínica. A dimensão ética e política dessa prática é, por assim dizer, da inclinação. As contribuições da Psicologia Hospitalar ressaltam a terminologia da palavra *inclinare*, advinda da Grécia antiga. Entre os gregos, chamavam-se de clínicos os médicos que, falando o idioma de seus concidadãos, inclinavam-se no leito para conversar com eles (Simonetti, 2018).

Enquanto campo de atuação, o Complexo Hospitalar – Hospital de referência da cidade do Recife – dispõe de assistências médica e social, ensino, pesquisa e extensão comunitária, possuindo diversas especialidades, sendo incluídas na residência em Psicologia Clínica Hospitalar as seguintes áreas: ginecologia e obstetrícia, neonatologia, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, nefrologia, hepatologia, oncopediatria, UTI e cardiologia pediátricas. Além disso, prestam-se, na condição de residente, os serviços de atendimento nos ambulatórios gerais e especializados de Psicologia.

No segundo ano de residência em Psicologia Clínica e Hospitalar, é dado como opcional o rodízio no qual o(a) residente escolhe para sua atuação um setor externo ou interno ao hospital. Assim, a passagem na residência traz uma série de encontros e experiências ricas ao profissional de psicologia, o que lhe suscita inclinações aos mais diversos campos e temáticas, considerando a riqueza de especialidades existentes num complexo hospitalar.

Nesse âmbito, os encontros são de ordem contingente, embora haja aqueles que se repetem. O profissional de psicologia depara-se corriqueiramente com os corpos adoecidos, as limitações postas pelo adoecimento, o sofrimento causado pela dor, que se manifesta no sujeito diante da possibilidade da morte e da angústia pelo que parece não ter nome e que toca na finitude, no limite e nas impossibilidades (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

Nesse ínterim, o hospital é marcado por demandas urgentes e, tendo em sua proposta o modelo médico curativista, faz dos Cuidados Paliativos uma importante ruptura no discurso pautado na negação da morte. Ali, onde a terminalidade é vivida de maneira integralizada, discutível, onde o campo de experiência com a morte e seus desdobramentos é vasto, escolhi o rodízio opcional, deste relato de experiência, mais especificamente na enfermaria da Casa dos Cuidados Paliativos, onde se concentram os pacientes paliativos da instituição, a saber, Casa dos Cuidados Paliativos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012, p. 26), em 2002, a OMS define o cuidado paliativo como:

uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

Essa abordagem advém de uma postura ética que se afasta de propostas protocolares de intervenção, partindo de princípios norteadores humanísticos. Estes têm como fundamento uma abordagem multiprofissional, visando à promoção do alívio da dor e de sintomas desagradáveis durante o processo de adoecimento, entendendo a morte como um movimento natural da vida que não precisa ser adiado ou acelerado (Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012).

A OMS definiu Cuidados Paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e de suas

famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Ela previne e alivia o sofrimento por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, entre outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais e espirituais. O cuidado paliativo é a parte crucial dos serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, em todos os níveis de cuidado: objetiva aliviar o sofrimento, seja ele causado por câncer, falência orgânica, tuberculose resistente, estágio final de doenças crônicas, prematuridade extrema ou fragilidade extrema no idoso (OMS, 2022).

Segundo Rodrigues (2012), os Cuidados Paliativos representam um modelo de assistência que não se baseia em protocolos de intervenção, mas em princípios orientadores que incluem: proporcionar alívio da dor e de outros sintomas desconfortáveis; reconhecer a vida como um processo natural, enquanto se respeita a morte; não prolongar nem apressar a morte dos pacientes; integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado; permitir que o paciente viva o mais plenamente possível até o fim da vida; oferecer apoio aos familiares durante a doença do paciente e no período de luto; adotar abordagem multiprofissional; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar os cuidados o mais cedo possível.

No que tange ao papel do(a) psicólogo(a) no cenário paliativo, Pereira Bezerra Viegas *et al.* (2018), sintetizam-no como: auxílio na comunicação entre equipe, paciente e família; compreensão do diagnóstico; acolhimento dos aspectos emocionais que circundam o adoecimento; abertura aos conteúdos espirituais e rituais de despedida; manejo relacionado a elaborações e concretude de pendências das mais diversas ordens.

Este artigo objetiva realizar uma reflexão com articulação teórica sobre a função da escuta clínica no tocante ao encontro com a morte e suas ressonâncias, sendo construído a partir do percurso como psicóloga residente do programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar e minhas reflexões mediante vivências no contexto de terminalidade na enfermaria dos Cuidados Paliativos. Este relato de experiência da residência hospitalar tem como ênfase a escuta clínica no contexto dos Cuidados Paliativos.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir de reflexões com articulações teóricas referentes a experiências vivenciadas durante um mês no serviço de Cuidados Paliativos Oncológicos do Hospital de Referência, na cidade de Recife/PE.

O relato foi produzido a partir da leitura e da análise dos diários de campo realizados em caderno de anotações e registros profissionais acerca dos atendimentos, reuniões multidisciplinares e preceptoria. Os dados experimentais foram analisados à luz do escopo teórico paliativo, tanatológico, existencialista, com abordagem psicanalítica. A revisão bibliográfica foi desenvolvida com artigos extraídos pela base de dados SciELO, com os seguintes descritores: Cuidados Paliativos, psicanálise, existencialismo, escuta clínica, morte e Psicologia Hospitalar. Também foram usadas obras consagradas da filosofia e da psicanálise que contemplam a temática da morte. Ademais, o relato de experiência atende e respeita os critérios éticos da resolução 510/16 do CNS, sendo aprovado no Comitê de Ética-CEP/IMIP e/ou Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob CAEE nº 44107021.2.0000.5201.

A enfermaria de Cuidados Paliativos situava-se num espaço físico próprio, comportando 14 leitos, sendo dez exclusivos a pacientes acometidos de graves doenças, que põem em risco a continuidade da vida, e quatro de cunho geriátrico.

A pesquisadora principal recebeu, durante sua passagem na enfermaria de Cuidados Paliativos, preceptoria balizada na literatura paliativista, que também serviu de suporte teórico para realizar as reflexões teóricas deste estudo. Vale salientar que todas as atividades, intervenções e atendimentos *in loco* foram devidamente anotadas em livro de registro e/ou prontuário multidisciplinar, além das evoluções internas que competem à categoria de registros documentais do psicólogo, obrigatórias no exercício de sua função, que serviram como fonte de dados para realizar este relato.

Nos primeiros dias de rodízio opcional neste espaço, foi registrada a disposição dos leitos, a integralidade da equipe multidisciplinar, o fluxo de atendimento da Psicologia, os registros e as anotações necessárias à prática e as ressonâncias psíquicas que traziam a representação da morte.

## RESULTADOS

No ano em que estas vivências foram registradas, a enfermaria Casa dos Cuidados Paliativos localizava-se dentro dos muros de um Hospital Geral do Recife, mais precisamente acima de uma capela, tendo suas portas e janelas bem abertas e um telhado revestido por telhas de barro, que mais lhe conferiam a aparência de uma casa do que propriamente uma enfermaria.

Algumas questões naquele lugar se repetiam na minha escuta como residente em Psicologia Hospitalar. Com que frequência o tema da morte viria à tona? Estariam as demandas e queixas dos pacientes em torno daquilo que tal lugar representaria? Perguntariam sobre a própria morte, suporiam como aconteceria? Falariam ou silenciariam acerca de tais questões? Essas perguntas foram disparadoras para o meu exercício profissional e para o que nomearia de ato po-ético. Meira (2020) aponta que o ato po-ético diz respeito a uma ação criativa, fundamentalmente artística, na qual se doa sentido e linguagem à criação, de modo que o sentido das vivências apreendidas se desvela e produz algo de original ao sujeito. Assim, os traços e retalhos das experiências relatadas conferem ao próprio relato algo de po-ético, na medida em que confere novos sentidos às experiências, às voltas e às vias de um rodízio que me colocou às voltas e às vias da minha dimensão de terminalidade.

Ainda que se saiba que, desde o momento em que nascemos, estamos todos condenados a morrer, o que se pode refletir no contexto da enfermaria de Cuidados Paliativos e dos pacientes crônicos – e/ou contexto de terminalidade – é que a morte reatualiza, em cada sujeito, questões e comportamentos muito particulares, que revelam pormenores de sua idiosincrasia.

É nesse ínterim que a Casa dos Cuidados Paliativos se tornou um território fértil para o meu encontro com sujeitos adultos e finitos que

falavam da própria morte e com aqueles que preferiam não a citar, ou os que falavam da morte por meio de outros assuntos ou utilizavam-se de subterfúgios linguísticos que não escancarassem a palavra que parece evitada desde a infância. O que corroborou os achados teóricos, durante a escuta das posições dos pacientes diante da morte, foi a escuta de sujeitos e familiares que preferiram evitar o assunto e continuar a crer que um milagre aconteceria; a escuta de outros sujeitos que, apropriados do iminente acontecimento, falavam com quietude da compreensão de sua morte, mesmo afirmando que nem por isso, deixariam de realizar uma cerimônia religiosa de casamento, adiada com a descoberta de um câncer metastático (a vida mostrando, desse modo, que não cessa de se inscrever enquanto há desejo).

## DISCUSSÃO: MORTE, UM PANORAMA

Segundo Kovács (1992), na infância, a criança experimenta suas primeiras impressões da morte quando sua mãe se ausenta, marcando, assim, as representações de perda, falta, separação e desamparo que levará consigo no decorrer de sua existência. Nas demais fases da vida, como a adolescência e a adultidade, a morte é reposicionada. É no contexto da adolescência que a transgressão faz sua tônica, no qual é perceptível a negação dos sujeitos sobre a temática, ancorando-se, portanto, nas ideias de potência e imortalidade.

Na fase adulta, por sua vez, marcada temporalmente como sendo a metade da vida, a morte fica aquém das responsabilidades sociais, do trabalho, da família e toda energia é despendida para a consolidação de um adulto, dito, funcional. É, portanto, na segunda fase da adultidade que, tendo reconhecido a impetuosidade do tempo, o sujeito se debruça sobre o declínio de suas funções e, com isso, em tese, estaria mais atento às questões da morte e suas possíveis proximidades. No entanto, percebe-se que a negação o acompanha em sua jornada, até mesmo na terceira idade, quando naturalmente esse fenômeno se torna iminente. O assunto é evitado ou temido como se o ato de falar sobre a morte a atraísse (Kovács, 1992).

A morte enquanto fenômeno humano não é estática. Embora cada sujeito encare a própria morte de forma particular, percebe-se que

o encontro com a morte, ao longo da história, perpassou um conjunto diverso de contextos sócio-históricos. Segundo Ariès (1977), a ritualização da morte configura um traço que identifica a humanidade. Nas sociedades mais primitivas, por exemplo, os mortos não eram abandonados. Quando se morria, o acontecimento era tomado como um produto de feitiçaria, atuando na dimensão da carne, sendo a alma imortal. Partindo desse pressuposto, civilizações produziram formas peculiares de simbolizar a morte. Os egípcios, por exemplo, acreditando no retorno do espírito ao corpo, realizavam processos de mumificação.

Em Roma, acreditava-se que os mortos não desapareciam; os espíritos teriam, assim, habilidade de se comunicarem com os vivos. Já na Grécia Antiga a cremação significava uma postura de enfrentar a morte. Havia, na Antiguidade, uma separação entre o mundo dos vivos e o dos mortos. As religiões modernas, por sua vez, trouxeram um tom de medo e incompreensão para o fenômeno. Os processos funerários, nesse contexto, eram pautados num intenso receio de que o morto voltasse ao mundo dos vivos. Pedras imensas eram colocadas para selar os túmulos, os corpos eram dissecados e cremados. A morte passa a ter o status de um fracasso imprevisível, remetendo a uma conotação quase ‘não natural’ (Ariès, 1977).

Na Idade Média, mantiveram-se os rituais fúnebres e os afetos enlutados. A palavra “funus” significa corpo morto, funerais, assassinato; “funestus”, sacrilégio provocado por um cadáver. Esses rituais apontam uma tentativa de construção de sistemas simbólicos para compreensão do fenômeno da morte. As cerimônias podiam envolver diversos passos, sendo a morte tratada a partir de um evento público organizado pelos familiares da pessoa morta, com participação ativa da comunidade (Ariès, 1977).

A partir dos séculos XVI ao XVIII, a morte adquiriu novo sentido, passando a representar uma ruptura. Segundo Ariès (1977), duas mudanças significativas ocorreram no fim do século XVIII: um sentimento de empatia com a morte do outro e uma transformação profunda na relação entre a família e o ente falecido. Essa transição ocorre de forma sutil desde a Idade Média até a metade do século XIX.

O século XX inicia mudanças radicais nesse cenário. Uma delas é a instauração, para além do movimento de ocultação do cadáver, de um

encobrimento do seu estado e do motivo de sua morte. Enquanto antes se morria dentro das casas, o quarto onde se falecia foi substituído pelo hospital, e a família pela equipe de profissionais de saúde. Essas transformações têm como fundamento o apego crescente à vida e aos avanços do conhecimento científico. A morte deixa de ser uma circunstância natural e passa a representar um fenômeno patológico, técnico, distante da família e da comunidade (Ariès, 1977).

O hospital se converte num espaço voltado para os cuidados do enfermo, e a nova maneira de morrer é cercada de estranhos, de profissionais a cumprir procedimentos e, sobretudo, de pessoas que utilizam uma língua diferente da cotidiana. O nome do falecido transforma-se no leito com o número X ou a doença Z (Spíndola, 1994). A família, na qual o paciente confia, torna-se “tão alienada quanto o moribundo, ao médico e à equipe hospitalar. São eles os donos da morte, do seu momento e das suas circunstâncias” (Ariès, 1977, pp. 53-4).

Essas construções simbólicas exercem uma função imaginária no tocante à representação da morte para a humanidade. Elas alteram os padrões de existência na comunidade, revelando como a morte e o processo de morrer influenciam a percepção do significado da vida tanto para as sociedades como para os indivíduos que as constituem. De acordo com Ariès (1977), é evidente que sempre existiu receio em relação a esse fenômeno, um temor que se manifesta nas ansiedades experimentadas pelo ser humano, as quais estão ligadas à sua incapacidade de controlar a morte e suas consequências.

Quanto à posição passiva que a morte, aos moldes da medicina tradicional, impõe e irrompe em angústia, o que se evidenciou na vivência com a Casa dos Cuidados Paliativos foi o reposicionamento do sujeito diante da própria morte, pois rompendo com o caráter curativista da medicina, que centraliza o saber e a condução clínica acerca do paciente paliativo, esse espaço prima por dividir com o sujeito as conduções de seu tratamento. Como consequência, ele passa a ter voz e desejo validados nas proposições éticas do tratamento, que não põe o prolongamento da vida como justificativa de procedimentos invasivos e extensão da vida a todo custo, ainda que de modo sofrível (Kovács, 2014).

Sem adiar a morte ou antecipá-la, os Cuidados Paliativos se destacam pela ortotanásia, a morte em que as dimensões social, psíquica e espiritual do sujeito são levadas em consideração, priorizando-se o controle da dor, dos sintomas físicos e psíquicos, bem como o apoio à família e o manejo de luto antecipatório (Kovács, 2014). Isso acontece na prática da psicologia com o paciente paliativo e sua família. Além do respeito às singularidades que atravessam sua dimensão sociofamiliar, sua dignidade é preservada para além do controle de suas dores físicas, no acolhimento às dores que envolvem sua história, suas faltas ou pendências, de modo que a prática em equipe multiprofissional sustenta um espaço para realizar mudanças de posição, ainda que ínfimas, ainda que efêmeras, ainda que no limiar da finitude.

A Casa dos Cuidados Paliativos destaca-se por expressões, pela circulação não somente de ar, com suas janelas bem abertas, mas de palavras e afetos que despontam em forma de jogos, na música preferida de determinado paciente, numa comida especial, num passeio com alguém acamado, de modo a retirar as rodinhas do leito e passear pelos corredores e pelas áreas abertas do hospital.

### **Considerações filosóficas e psicanalíticas acerca da morte**

Como se escreve desassociado da experiência? Como se inscrever num lugar, objetos, pessoas ou olhares, sem nos deixar, sem atravessá-los, sem ser por eles atravessados? As passagens têm isto: à medida em que algo se passa, algo que seja, fica. Escreve-se para que se guarde algo que ficou, para dar palavras aos encontros, àquilo que saltou aos sentidos e exigiu escoamentos. Escrever é codificar os afetos, é expor-se, é deixar entendível nas entrelinhas: por isto aqui escrevo, porque fui por isto afetado.

Se parece impossível a reatualização de afecções ao sujeito perante o fenômeno da morte, é porque ela traz ressonâncias psíquicas que carregamos desde os tempos mais remotos. Freud (2010) reflete sobre a atitude do homem perante a morte, apontando que, nos primórdios da humanidade, o homem situa sua representação da morte de forma contraditória: reconhecendo-a como sua finitude, porém, atuando de forma distinta mediante

os cenários da própria morte ou da morte de alguém. Essa contradição revela um sentimento de justiça diante da morte do outro, isto porque, nas sociedades primitivas, esse outro corporificou a representação de ameaça, não tendo o homem, portanto, dificuldades em executá-lo.

Desse modo, Freud (2010) relembra que a história primeva da humanidade foi repleta de assassinatos. Ele observa que a afetação dolorosa perante a morte de familiares ou de pessoas próximas também ensinaria o homem primevo sobre sua possibilidade de morrer. Assim, o homem não consegue mais manter a morte no campo do invisível, não somente pela dor da perda dos falecidos como pelo imaginário da própria morte, criando, dessa forma, uma objeção a essa realidade por meio da contestação do aniquilamento da vida. Assim se justificaria a produção de crenças em torno de espíritos junto ao cadáver de alguém querido ou amado. Essa adaptação de crenças leva a fragmentação do indivíduo numa proposta de corpo e alma. Então, a constante lembrança dos entes falecidos geraria um embasamento para o imaginário de outras formas de existência, construído a partir de uma ideia de vida após a morte.

Freud (2010) também afirma que não carregamos representações da morte em nosso inconsciente, “de modo que na escola psicanalítica podemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte; ou, o que vem a significar o mesmo, que no inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (p. 230). O que, no entanto, não deixa de ser percebido é o mecanismo de negação da morte, notório na medida em que evitamos, cautelosos, tocar no assunto, seja no que se refere à nossa morte, ou à morte de outrem, ainda mais se ela for iminente.

Em *Futuro de uma ilusão*, Freud (2011) amplia a discussão sobre o encontro do homem com as representações da morte, mostrando que a cultura, por mais que busque estratégias para lidar com a natureza e seus potenciais de destrutividade, até aqui não alcançou solução para o enigma da morte, que escancara nossa finitude, nossa impotência e nosso desamparo. Destarte, para lidar com o insuportável do desamparo, Freud (2011, p. 36) considera o discurso religioso como um mecanismo de enfrentamento ao destino final do homem:

Mas o desamparo dos homens permanece, e, com ele, os deuses e o anseio pelo pai. Os deuses conservam a sua tripla tarefa: afastar os pavores da natureza, reconciliar os homens com a crueldade do destino, em especial como ela se mostra na morte, e recompensá-los pelos sofrimentos e privações que a convivência na cultura lhes impõe.

Assim, o discurso religioso ocuparia uma espécie de sustentação para que o homem finito e limitado enfrentasse sua incapacidade diante da morte. Isto posto, evidencia-se a relação dessa postura compensatória com as fantasias infantis de uma representação paterna onipotente. A partir dessas inferências, é importante frisar que não se pode confundir o lugar da prática da psicanálise em contextos de finitude e morte, pois a escuta clínica enquanto instrumento da prática nas enfermarias de Cuidados Paliativos não se presta a incentivar ou tolher tais discursos (Machado, 2015). Sua função está tão somente relacionada ao investimento na fala do sujeito sobre si, como será visto no tópico específico à escuta clínica.

A residência em Psicologia Clínica Hospitalar é um terreno fértil aos encontros, entre tantos, com a morte e suas representações. Embora este relato tenha sido realizado a partir da passagem na enfermaria de Cuidados Paliativos, minha percepção sobre o tema da morte foi aguçada ao me deparar com um carrinho que atravessava o hospital transportando um corpo ao necrotério. Imagem silenciosa, uma vez que os transeuntes tomados por tal passagem consternam-se, e o ruído que se amplifica nessa cena habitual é tão somente o do material de alumínio, produzido pelos movimentos das rodas que se atritam ao chão. Tal cena saltou à minha atenção, pois tratava-se de uma mãe grávida que faleceu com seu feto; vida e morte, imprevisivelmente, tão próximas. A cena delineava, desde os primeiros dias de experiência como residente hospitalar, a inclinação ao tema, levando-me a decidir pelo rodízio opcional na enfermaria de pacientes terminais.

Sartre (2011) e Heidegger (2005), filósofos existencialistas, deixaram em seus legados epistêmicos uma notória contribuição para a temática da morte. O primeiro apresenta sua tônica no seu mais reconhecido livro *O ser e o nada*, refletindo a condição de liberdade à qual está submetido o homem. Isto porque, não havendo o homem criado a si, lança-se ao mundo

carregando consigo a responsabilidade por sua existência. A vida, assim, não teria qualquer sentido pré-definido, pois os modos de ser já estariam limitados a modelos prontos, hábitos arraigados e fórmulas preestabelecidas de agir. Nessas realidades rígidas de como viver, perderíamos a capacidade criativa da liberdade. A perda da liberdade implicaria numa vida mortificada. A vida, portanto, para Sartre, convoca o ser ao exercício de uma liberdade que se desvela em angústia, posto que colocá-la em exercício é, antes de tudo, vislumbrar o nada que o homem carrega em sua existência.

Sartre (2011) caracteriza a morte como um absurdo: “A morte é um puro fato, como o nascimento; chega-nos de fora e nos transforma em lado de fora puro. No fundo não se distingue em absoluto do nascimento (...)” (p. 668) – evidenciando que, se não escolhermos nascer, tampouco a morte parece-nos uma escolha. Morreremos: isto é um fato indubitável. Desse modo, o que vale ressaltar na filosofia sartriana é a seguinte questão: posto que morreremos, o que fazer com o compromisso que se tem com a própria liberdade?

Heidegger (2005) reflete acerca da condição existencial do homem e sua produção de vida a partir das noções de autenticidade e inautenticidade. O conceito de inautenticidade advém do princípio de que o homem, em sua existência no mundo, é levado pelas tradições, pelo cotidiano, pelas massificações que deixam alhures a sua potência criativa. O homem, em seu modo de vida automático e desapropriado de sua existência, afasta-se da sua autenticidade.

O exercício de existência autêntica se dá, nessa perspectiva filosófica, nas malhas dos encontros. Desassociado da epistemologia cartesiana, o mundo, para Heidegger, não é simplesmente o espaço que nos envolve, ele é parte de nós, criado e recriado por nós, na medida em que o habitamos, em que o construímos e conferimos seus sentidos. O homem, portanto, é enquanto ente que se desvela em seus encontros, inseparável do mundo. É o ser-no-mundo. A mudança entre uma vida regida pela repetição, pelas tradições – pela inautenticidade – para a autenticidade seria possível a partir da ameaça da finitude.

É a partir da iminência da morte que o ser jogado ao mundo, e responsável por sua existência autêntica, vê-se privado do ser-aí. Limite,

este, existencial, que o faz apreender o caráter transitório e finito de seu ente, ou seja, sua existência corporificada. Desse modo, é na angústia produzida pela constatação da finitude do ser e da certeza da morte que se faz possível a produção de uma vida autêntica, imbuída de um fazer ético, de um cuidar de si, de escolher-se e lançar-se a escolher suas possibilidades. Heidegger (2005) eleva a morte ao lugar de possibilidade existencial, porque é ela a expressão mais genuína da possibilidade de todas as impossibilidades do ser.

### **Escuta clínica e morte: reinvenção po-ética**

Há diferentes maneiras de morrer dentro de um hospital. Morrem os sonhos de um corredor submetido a uma amputação, morre o ensejo de gestar o próprio filho daquela mulher que precisou fazer uma histerectomia. Morrem os pequenos prazeres alimentares da criança diagnosticada com diabetes mellitus, morrem inúmeras possibilidades de atividades diárias dos pacientes submetidos ao longo e moroso processo de hemodiálise.

O hospital, em si, comporta diferentes representações de finitude, restrições e despersonalização. O que há, no entanto, de vívido por entre essas paredes que permanecem erguidas? Os sujeitos imbuídos de suas demandas, de suas vidas que não cessam de se inscrever, ainda que nos mais difíceis contextos. Por isso, é necessário nesse lugar a figura do psicólogo(a), sujeito a quem se dirige as demandas psíquicas nas suas diferentes expressões sobre aquilo que toca na ordem do insuportável.

Os conteúdos dirigidos à figura do psicólogo(a) nem sempre parecem coerentes com a situação em que o paciente está inserido. Por vezes, o sujeito enredado em seu sofrimento, ou em face do diagnóstico de uma doença incurável prefere falar sobre a novela ou sobre o jogo de futebol. É por isso que se diz que o escutador, o analista, buscará seguir as trilhas da associatividade do sujeito falante, respeitando-as, porque aquilo que é dito ou não dito comporta algo que está além do seu significado, pois as palavras trazem consigo muito além do seu sentido denotativo, trazem significações que muitas vezes estão latentes e não conseguem, por algum motivo e resistência, se manifestar.

A manifestação dessas demandas pode surgir nas mais diferentes formas: choros, silêncios, solicitação de uma partida de videogame, um jogo de baralho ou conhecer pela primeira vez o mar. A morte que convoca o sujeito à responsabilidade consigo, costuma também escancarar pendências e desejos marginalizados pela máquina imperdoável da rotina, do trabalho e do tempo.

Era comum, na enfermaria dos Cuidados Paliativos, uma atenção cuidadosa para aquilo que o paciente solicitava. Fosse de ordem simbólica ou concreta, não raro a equipe se mobilizava para a realização de um passeio, uma visita, a ligação para alguém especial, uma sessão de filme com pipoca. Como se a morte lembrasse, sorrateira, à equipe: cuida-te, apressa-te, toma-te conta, olha para o lado e também para si, todos estamos, sim, prestes a morrer.

Esse cuidado que ultrapassa a saúde puramente orgânica, faz jus à proposta dos Cuidados Paliativos de ver o sujeito de maneira integral. Ao longo do mês, nesse rodízio, foi possível perceber com afincos a realização semanal de uma reunião com a equipe multiprofissional para discussão de casos, iniciada com a apresentação dos pacientes pelos próprios nomes ou apelidos, caso assim eles preferissem ser chamados, com seus gostos alimentares, musicais ou atividades outras que lhes caracterizassem. O sujeito, dessa maneira, é visto em sua singularidade e na história que o compõe, e não somente numa sequência numérica de prontuário, leito ou código diagnóstico.

Enquanto convocação à prática de uma escuta ética circunscrita na enfermaria dos Cuidados Paliativos, tornou-se *sine qua non* à residente repensar o lugar e a função da escuta como dispositivo clínico de cuidado. A linha pode ser tênue e, facilmente, a função do psicólogo(a) torna-se alvo de um equívoco no tocante às demandas da equipe de preencher a falta ou a angústia inerentes ao sujeito, sobretudo, diante da morte. Os desafios que surgiram no último rodízio da residência profissional reiteraram a premissa de que os últimos momentos não são menos produtivos que os demais, pois neles há de se produzir, elaborar e recriar tanto quanto no começo, pois a prática precisa ser inventiva, ou sucumbirá aos velhos modos do fazer sempre igual, discrepante do território clínico, sempre perpassado por mudanças e movimentos.

A função da escuta, portanto, foi de acolhimento às palavras e expressões, sublinhando-as quando sinalizavam algo de peculiar na história daqueles sujeitos, de maneira sutil e cautelosa, porque o psicólogo(a), usando a metáfora de um datilógrafo, deixará que a história seja contada pelo próprio sujeito. As lacunas, palavras soltas, as antíteses ou anáforas que lhe pertencem são seus textos e não nos cabe nada corrigir, pois isto seria uma pretensa fantasia de sabermos qual melhor escrita que cada um utiliza-se para se a ver consigo ou a melhor história que cada um cria de si.

Para Minerbo (2016, p. 58), “A escuta clínica é uma escuta criativa, na qual está implícita uma atividade silenciosa de interpretação daquilo que está sendo dito, ou melhor, daquilo que se expressa por várias linguagens”. A escuta clínica é um dispositivo que faz circular a palavra, a sustentação para a singularidade de cada um, é uma janela que se abre quando se sente preso e sufocado dentro de si. Isto porque, diante da morte, acontecimento que escapa aos recursos de simbolização, a escuta produz bordejamentos, contornos.

Desse modo, por meio da palavra, aquilo que é da ordem do sem sentido – e por isso tomado de forma caótica e angustiante – toma algum destino. Machado (2015) afirma que:

quanto ao paciente terminal, quando este se dispõe a se questionar nesse momento, mesmo que ele não faça uma análise, no sentido mais convencional do termo, o fato de ter sido tocado por essa dimensão reveladora da palavra, possibilitada pela escuta de um analista, talvez contribua para que ele possa inventar algum sentido para o que lhe ocorre. Destaca-se “inventar”, pois não se trata aqui de aderir a um sentido já construído, dado a priori. (Machado, 2015, p. 617)

Foi necessário, então, inventar uma escuta clínica po-ética. Escuta disponível e inclinada ao que foi dito e também calado, sussurrado, vociferado. Uma escuta clínica po-ética, nesse contexto, é uma escuta não pretensiosa, cautelosa e disponível, aberta aos mais díspares elementos que o paciente, em suas breves transferências, deposita. Escuta que aponta para uma ética própria, particular, que diz respeito à inclinação ao fazer poético, à produção de cuidado a partir da escuta e do acolhimento das palavras e da sustentação aos fenômenos contingentes.

Em alusão à psicanálise lacaniana, Moretto (2001) sugere que o psicanalista não recue diante do hospital, porque, aos moldes do tradicional setting freudiano, o processo analítico nesta circunstância estaria comprometido ou fadado ao fracasso. Vale lembrar que também não se deve recuar diante do paciente terminal. Para isso, Moretto (2001) sugere que tais pacientes se beneficiam da escuta, posto que procuram pelo apaziguamento da angústia da morte. Em suas palavras:

Sabemos que a angústia advém da falta de significantes; então, me parece que o que um analista pode fazer com um paciente à beira da morte e que sabe disto (pois todos nós podemos estar também à beira da morte com a diferença que não sabemos propriamente disto), não só no hospital, mas também no seu consultório, ou na casa do paciente, é se oferecer como escuta, como um Outro que possibilita a fala, dado que as formações simbólicas têm como função dar conta da angústia, ainda que não-toda. (Moretto, 2001, p. 103)

Daí, portanto, o compromisso com a escuta favoreceu a inclinação à praxe de uma escuta clínica po-ética, apostando, assim, na escuta enquanto dispositivo de cuidado e no sujeito enquanto narrador da própria história.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este texto teve como objetivo realizar reflexões com articulações teóricas referentes às experiências vivenciadas por mim, uma psicóloga, a partir da sua atuação no programa de Residência Uniprofissional em Psicologia Clínica Hospitalar, circunscrita à enfermaria de Cuidados Paliativos.

Tomando os Cuidados Paliativos enquanto espaço de cuidado integral aos sujeitos em contexto de terminalidade, a escuta clínica, nesse recorte, mostrou-se um exercício ético capaz de dar sustentação às singularidades de cada paciente tanto nas suas formações simbólicas quanto nas criativas.

Manejar a escuta clínica nesse contexto ultrapassou a função para a qual se empresta o analista, aquela de escutar as angústias, as repercussões e os sentidos da morte para cada sujeito. Tal escuta foi ao encontro de uma função fundamentalmente criativa, visto que, ao falar, o sujeito é capaz de recriar seu contexto de terminalidade, elaborando-o e reinventando o tempo que lhe resta.

A escuta clínica po-ética foi o principal instrumento de trabalho no meu percurso da residente no território dos Cuidados Paliativos. Embora houvesse a limitação do tempo, circunscrito em um mês, foi possível reconhecer, por entre as vivências nessa enfermaria, que a escuta clínica aprimorou a filosofia da humanização desse espaço, que convoca, inevitavelmente, o sujeito a uma tomada de consciência da finitude do ser.

## REFERÊNCIAS

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP*. Revisado e Ampliado, 2º ed.
- Angerami-Camon, V. A. (2002). Psicologia hospitalar, passado, presente e perspectivas. In: O Doente, a Psicologia e o Hospital. *Psicologia ed.*, São Paulo, Brasil: Cengage CTP.
- Ariès, P. (1977). *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Conselho Federal de Psicologia. (2014). *Resolução CFP N.º 013/2007*. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao\\_CFP\\_nx\\_013-2007.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf).
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Recuperado de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp\\_web1.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2019/11/ServHosp_web1.pdf)
- Freud, S. (2010). *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos* (Vol. 12). São Paulo, São Paulo: Companhia das Letras.
- Freud, S. (2011). *O Futuro de uma ilusão* (Vol. 849). Rio Grande do Sul, Porto Alegre: Companhia das Letras.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo*. Petrópolis, Rio Janeiro: Editora vozes.
- IMIP. (2019). *Residência Neonatologia*. IMIP. Recuperado de <https://imip.org.br/pos-graduacao-ls/psicologia-clinica-e-hospitalar/>
- Kovács, M. J. (1992). Morte e desenvolvimento humano. In: Representações da morte. São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2014). O caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*.

- Machado, S. M. (2015). Psicanálise e Cuidados Paliativo: do sem-sentido à invenção. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 13 (2), 613-618.
- Meira, D. R. (2020). *Por uma “perspectiva ontológica poética”*: a questão da arte a partir da “Poesia” (Dichtung) no pensamento de Martin Heidegger (tese de doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Minerbo, M. (2016). *Diálogos sobre a clínica psicanalítica*. São Paulo, São Paulo: Blucher.
- Moretto, M. L. T. (2001). *O que pode o analista no hospital?* São Paulo, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- OMS. (2022). *Palliative care*. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Pereira Bezerra Viegas, M., Lopes Marinho, V., Azevedo dos Santos, M., & Bruno Ferreira da Silva, J. (2018). Cuidados paliativos: Competências e intervenções do psicólogo. *Amazônia Science & Health*, 6 (4), 30–36. <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v6n4p30-36>
- Rodrigues, L. F. (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (2ª ed.). Recuperado de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5906161/mod\\_folder/content/o/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5906161/mod_folder/content/o/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf)
- Sartre, J. (2011). *O ser e o nada: Ensaio de ontologia fenomenológica* (20th ed.). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Simonetti, A. S. (2018). *Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença* (Psicologia ed.). Belo Horizonte, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Spíndola, T., Macedo, M. C. S. (1994). A morte no hospital e seu significado para os profissionais. *R. Bras. Enferm.*, Brasília. 108-117.

Recebido em 18/04/2021

Aceito em 27/05/2024



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.