



Entre a assistência e a escuta: a posição do sujeito na equipe de saúde durante a pandemia

*Between care and listening:
the subject's role in the health team
during the pandemic*

*Entre la asistencia y la escucha:
la posición del sujeto en el equipo de salud
durante la pandemia*

Flora Corrêa GUIMARÃES¹  

Caciana Linhares PEREIRA²  

¹ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC. Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Federal do Ceará – UFC, Departamento de Psicologia. Fortaleza, CE, Brasil.

Correspondência:

Flora Corrêa Guimarães
floracguimaraes@gmail.com

Recebido: 23 out. 2024

Revisado: 19 nov. 2025

Aprovado: 13 jan. 2026

Aprovado para publicação:
11 fev. 2026

Como citar (APA):

Guimarães, F. C., & Pereira, C. L.
(2026). Entre a assistência e
a escuta: a posição do sujeito
na equipe de saúde durante a
pandemia. *Revista da SBPH*, 29,
e011. [https://doi.org/10.57167/
Rev-SBPH.2026.v29.756](https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.756).

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Resumo

O artigo apresenta a reflexão teórica advinda de uma pesquisa realizada junto à equipe de enfermagem que atua na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público no Nordeste, no contexto da pandemia da Covid-19. Foi do lugar da equipe de saúde (como psicanalistas) que estruturamos tal proposta, de modo que os achados aqui apresentados articulam aspectos da experiência de profissionais que atuam desde lugares distintos: da prática da enfermagem à prática analítica. A passagem de uma atuação circunscrita à assistência hospitalar aos pacientes para a oferta de escuta dos profissionais aconteceu pela importância, no contexto da pandemia, do acolhimento à angústia desvelada nos profissionais. Diante do abalo que a pandemia provocou no mundo e de seus efeitos no campo das práticas de saúde, profissionais precisaram se adaptar aos protocolos de biossegurança, lidar com o sofrimento dos pacientes e das famílias diante de um vírus desconhecido, dar um destino à angústia despertada com a proximidade e a expansão da morte. Partimos da aposta de que tal espaço de fala ofertaria maiores possibilidades de sustentação do trabalho da equipe de saúde e ordenamos a exposição dos achados, assim como a problematização que lhes corresponde, em três momentos: (i) Morte e luto na pandemia da Covid-19: resgates e construções diante da morte escancarada; (ii) A Covid-19, a morte e a equipe de enfermagem; e (iii) Os discursos, a equipe de saúde e o que escapa da objetividade científica. Observamos, ao longo desses meses, que a mudança de posição que pode advir da construção de espaços de escuta não implica somente os usuários dos serviços, mas também a equipe de enfermagem, na medida em que seus efeitos incluem a suspensão das exigências de garantia de saber e de resolução sem falha com as quais os profissionais de saúde são confrontados.

Descritores: Morte; Luto; Instalações de Saúde.

Abstract

The article presents a theoretical reflection stemming from research conducted with the nursing team working in an Intensive Care Unit at a public hospital in Northeast Brazil during the Covid-19 pandemic. From the perspective of the health team (as psychoanalysts), we structured this proposal so that the findings presented here articulate aspects of the experiences of professionals operating from distinct positions: nursing practice and analytical practice. The shift from providing care to patients in a hospital setting to offering a listening space for professionals arose from the importance, in the context of the pandemic, of addressing the distress revealed in these professionals. In the light of the upheaval the pandemic caused globally and its effects on health practices, professionals needed to adapt to biosafety protocols, cope with the suffering of patients and families faced with an unknown virus, and find a way to process the anxiety triggered by the proximity and spread of death. We began with the premise that such a space for dialogue would provide greater support for the health team's work. We organized the presentation of the findings, along with the corresponding issues, into three sections: (i) Death and mourning in the Covid-19 pandemic: rescues and constructions in the face of open death; (ii) Covid-19, death, and the nursing team; (iii) Discourses, the health team, and what escapes scientific objectivity. Over these months, we observed that the shift in position that may arise from the construction of listening spaces affects not only the users of health services, but also the nursing team, insofar as its effects include suspending the demands for guaranteed knowledge and infallible resolution with which health professionals are constantly confronted.

Descriptors: Death; Bereavement; Health Facilities.

Resumen

El artículo presenta una reflexión teórica derivada de una investigación realizada junto al equipo de enfermería que actúa en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital público del Nordeste de Brasil, en el contexto de la pandemia de la Covid-19. La propuesta fue estructurada desde el lugar del equipo de salud, en interlocución con el psicoanálisis, articulando experiencias de profesionales que actúan desde posiciones distintas, entre la práctica de la enfermería y la práctica analítica. El desplazamiento de una actuación centrada en la asistencia hospitalaria a los pacientes hacia la oferta de escucha a los propios profesionales se sostuvo en la relevancia, durante la pandemia, del acogimiento de la angustia manifestada en estos trabajadores. Frente al impacto de la pandemia y a sus efectos en las prácticas de salud, los profesionales debieron adaptarse a los protocolos de bioseguridad, enfrentar el sufrimiento de pacientes y familias ante un virus desconocido y dar un destino a la angustia suscitada por la proximidad de la muerte. Partimos de la apuesta de que la construcción de un espacio de palabra podría ofrecer mayores posibilidades de sostén del trabajo del equipo de salud, orientando la reflexión en torno de la muerte y el duelo en la pandemia de la Covid-19, la relación entre la Covid-19, la muerte y el equipo de enfermería, así como los discursos que atraviesan al equipo de salud y aquello que escapa a la objetividad científica. Observamos que el cambio de posición derivado de la construcción de espacios de escucha no implica únicamente a los usuarios de los servicios de salud, sino también al equipo de enfermería, en la medida en que sus efectos incluyen la suspensión de las exigencias de garantía de saber y de resolución sin fallas que recaen sobre los profesionales de la salud.

Descriptores: Muerte; Aflicción; Instituciones de Salud.

INTRODUÇÃO

Apresentaremos a reflexão teórica e a discussão clínica advindas de uma pesquisa realizada junto à equipe de enfermagem que atua em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI na região nordeste do Brasil, no contexto da pandemia de Covid-19, a partir da articulação entre formulações e descobertas providas de uma dissertação de mestrado e da experiência profissional no âmbito de instituições de saúde. Objetivou-se, portanto, mediante a experiência clínica de analista em instituições de saúde, investigar quais os efeitos da atuação da equipe de enfermagem na assistência aos pacientes e as incidências subjetivas produzidas a partir da presença do psicanalista junto à equipe, diante da morte, no hospital.

O local onde o estudo foi desenvolvido é um hospital geral público, de nível secundário, e que presta serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS referenciados por outras unidades de saúde do estado do Ceará – portanto, sem atendimentos de urgência e emergência. O seu perfil de pacientes contempla desde os eixos neonatal e pediátrico até o eixo adulto, com internações por condições agudas e crônicas, embora exista uma prevalência de pessoas com adoecimento crônico que acarreta a permanência hospitalar prolongada na instituição. Interessa demarcar que, por isso, a equipe de saúde se familiariza com muitos pacientes e seus acompanhantes do setor onde estão internados, estabelecendo-se maior proximidade nas relações, sobretudo por parte da equipe de enfermagem. Trata-se, também, de um hospital de ensino e que colabora com o processo formativo de estudantes das mais diversas categorias (enfermagem, médica, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, farmácia, dentre outras) e de profissionais médicos em processo de especialização (residência).

O percurso metodológico deste artigo se configurou a partir de uma pesquisa de mestrado desenvolvida na referida instituição hospitalar, assim como da experiência enquanto psicóloga da instituição (mediante a posição de psicanalista). O projeto foi submetido ao comitê de ética da instituição, tendo seu parecer favorável para a realização da pesquisa (CAAE: 48472921.1.0000.5054).

Realizaram-se encontros em grupo com três técnicas de enfermagem atuantes no centro de terapia intensiva pediátrica e neonatal da referida instituição, escolhidas de acordo com seus setores de atuação, sua disponibilidade e levando em conta seu interesse em participar das discussões sobre a experiência da morte e suas incidências subjetivas. Foram realizados três encontros em grupo, com a presença da psicóloga e das três técnicas; a seguir, o acompanhamento se deu em encontros no um a um, da psicóloga com cada profissional de enfermagem que apresentou demanda de escuta. Nos encontros realizados, foi possível ofertar um espaço de fala que permitia dar um contorno à angústia, assim como um destino ao que se apresentava como conflitivo, como a proximidade com a morte e a relação estabelecida com aqueles de quem cuidam.

O fechamento deste percurso metodológico conferiu abertura para uma outra posição, a partir da eclosão da pandemia do coronavírus no Brasil, em março de 2020, e diante da angústia desencadeada. Foi necessário rever e reinventar a atuação junto aos pacientes infectados, às famílias distanciadas pelo risco de contaminação e também aos profissionais de saúde que foram atravessados e se viram desamparados diante do medo da morte e do desconhecido, mas seguiram atuando na assistência aos doentes. Para a equipe de psicologia, em função do risco de contaminação

e dos protocolos institucionais, também se exigiu adaptação na atuação, com o consequente distanciamento da assistência direta aos pacientes e o surgimento de uma intervenção junto à equipe de saúde.

MORTE E LUTO NA PANDEMIA DA COVID-19: RESGATES E CONSTRUÇÕES DIANTE DA MORTE ESCANCARADA

Diante da irrupção de um evento traumático, como foi a pandemia da Covid-19, a desilusão frente aos ideais sociais e aos projetos de vida promove, paradoxalmente, a “experiência do despertar” (Leite, 2019). Fazer face à radicalidade de alguns acontecimentos obriga o ser de linguagem a acordar e a reconhecer o que se evita a todo custo: a ideia da morte.

Recusar a ideia da morte é uma forma de proteção, legítima, é claro, que nos leva a dar ênfase à causação fortuita, contingente da existência da finitude tal como as doenças, a idade avançada etc. No entanto, quando ocorre um grande número de mortes somos então atingidos de forma direta, profunda e radical, pois o que se revela é a face do sem sentido da vida, do inominável que o cotidiano tende a encobrir (Leite, 2019, p. 14).

Retomamos, então, o que Freud (1915/2020) evidenciou diante da Primeira Guerra Mundial, quando lembrou que este acontecimento circunscreveu uma outra relação com o tratamento convencional diante da morte: não foi mais possível negá-la, já não era mais um acaso, foi necessário crer nela frente a tantas pessoas morrendo. Resgatamos, também, a formulação sobre os três registros psíquicos (Real, Simbólico e Imaginário) de Lacan (1974-1975), em que se desenvolve que o Real corresponde àquilo que não pode ser totalmente simbolizado. Assim, no atual encontro com a morte e a dimensão do Real irrompidos pela pandemia da Covid-19, a ilusão da imortalidade que tanto se tenta sustentar foi desbancada e deu lugar ao horror e ao excesso – ainda mais acentuados frente à negligência sociopolítica, o descaso e a negação de governos, como o brasileiro.

A morte foi novamente exposta, saiu das coxias, mas não mais como uma experiência inexorável da vida como concebida pelos povos antigos, conforme Ariès (1977/2012) demonstrou; e sim como resultado da contaminação em massa de pessoas e pela morte de tantas. Entre 2020 e 2021, o Brasil ficou sem leitos para os doentes e sem covas para os mortos nos cemitérios. Até outubro de 2023, já se contabilizava 704.659 mortes confirmadas pela Covid-19 no País (*World Health Organization* [WHO], 2024). A condição de impossibilidade dos ritos de despedida a tantas pessoas contaminadas expôs à sociedade o que havia sido **esquecido**: a presença junto ao doente, as despedidas, as resoluções de fim de vida, a vivência do luto e os ritos funerários.

Nunca se quis tanto estar junto, falar com o seu ente pela última vez, dar voz às urgências de vida anunciadas pela proximidade com a morte – como as resoluções sociofamiliares, financeiras e as diretivas de fim de vida –, pois não se sabia o porvir. Escutamos a preocupação do doente pela Covid-19 com os familiares distantes, com outros conhecidos também adoecidos; preocupação por estar ausente e ser o **provedor** da casa, pela sensação de desamparo sentida diante do isolamento e pelo desejo de se despedir daqueles que amava. Por outro lado, as

famílias viviam a incerteza da sobrevivência e o receio do **abandono** devido ao distanciamento compulsório.

Defronte a tantas impossibilidades, não foram poucas as tentativas de resgate dos rituais, os pedidos incessantes para o adeus ou a transmissão de mensagens de um lado – do sujeito adoecido – para o outro – às famílias e aos amigos –, e vice-versa. Para os profissionais de saúde não foi menos difícil. Enfrentavam exaustivamente os sintomas da doença, por muito tempo desconhecida e descontrolada, como também vivenciavam as supressões simbólicas e afetivas nas relações pelo distanciamento social – inclusive de suas famílias, que tanto temiam contaminar. As recomendações e as orientações científicas, técnicas e sanitárias, no mundo todo, estabeleceram protocolos para diminuir os riscos de contaminação no manejo dos corpos após a morte, desde os hospitais até o funeral, com medidas restritivas e que tanto causaram impactos emocionais pela supressão da “última despedida”, do “olhar pela última vez” o ente falecido. A própria identificação do profissional entre os integrantes da equipe e pelos pacientes ficou limitada aos seus olhos, devido à paramentação necessária.

Assim, aos profissionais, evidenciou-se a necessidade de construção de dispositivos de escuta e de acolhimento à angústia que emergiu, individual e coletivamente, para que fosse possível sustentar o seu trabalho diante das vidas a serem cuidadas. Quer dizer, ratificou-se a importância da produção de espaços que propiciem abertura e circulação da palavra frente à lógica das instituições de saúde. Essa experiência de escuta evidenciou o que já se desdobrava como consideração importante e como possibilidade de entrada do discurso analítico na instituição. O cuidado que se teve foi o de sustentar o trabalho ético de escutar colegas de trabalho, à medida que também a psicanalista se integrava à equipe de saúde, promovendo os distanciamentos necessários e reconhecendo os limites desse lugar, nesse tempo. Desse modo, a escuta dos profissionais aconteceu em diversos contextos e tempos: *in loco* nos setores, em situações de atendimento individual ou em grupo, e como parte da própria presença e integração da psicanalista às equipes.

A COVID-19, A MORTE E A EQUIPE DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem (principalmente na atuação das técnicas e das auxiliares) é a que se ocupa do cuidado mais próximo e do contato diário com os doentes, pois sua prática envolve a medição dos parâmetros vitais, a administração dos medicamentos, o auxílio nas práticas de higiene e de alimentação e até o preparo do corpo quando o paciente morre. De acordo com Kovács (2010),

(. . .) a enfermagem acaba tendo um contato mais constante com os familiares que acompanham o paciente e que estão vivendo situações de ansiedade e desespero diante do sofrimento e da possível perda do ente querido. Buscam respostas, querem confirmação de sua esperança, e em razão destas demandas podem sobrecarregar ainda mais a equipe, que já conta com uma intensa quantidade de funções a desempenhar. Essa sobrecarga é decorrente de vários fatores: complexidade das tarefas a serem cumpridas, número insuficiente de profissionais disponíveis, alterações nas escalas de plantão, grande número de pacientes nas unidades (p. 424).

Destarte, são essas profissionais que se defrontam, muitas vezes, com aquilo que não está nos protocolos ou na sintomatologia das doenças, que é a história dos sujeitos. Frequentemente, pela relação que estabelecem no contato diário, a equipe de enfermagem se situa até mais próxima e conhecedora de suas histórias do que os próprios psicólogos da instituição. Consideramos, assim, uma sutil diferença nessa confrontação com a subjetividade do paciente: o médico, rotineiramente, logo encaminha o caso ao psicólogo; no entanto, há profissionais da enfermagem que se antecipam à chegada do profissional de psicologia pela relação construída antes: *“Já conversei com ele”*, *“Estava chorando muito e fui lá conversar”*, *“Tão difícil o que ele está passando”* e *“Ele está assim porque não recebeu visita hoje”*. É, portanto, a partir da relação com o outro e com sua narrativa singular que as técnicas de enfermagem podem se deparar com o impasse sobre o que se escuta e qual o seu **destino**. Quer dizer, elas firmam sua prática no que é preconizado enquanto demanda institucional, nas políticas de saúde e na própria estruturação dos modelos de cuidado clínico (Vieira, 2016), mas também se confrontam com o que não se responde por prescrições médicas.

Não é incomum que os pacientes e/ou seus acompanhantes na instituição hospitalar estabeleçam relações de proximidade com aquela profissional de enfermagem que diariamente realiza visitas ao seu leito e exerce suas funções de cuidado – funções estas que alguns consideram maternas e primordiais (Baldo, 2011; Telles, 2006). O oposto tampouco é incomum: a profissional que se identifica e se envolve com o outro que necessita da sua assistência. Há uma interação física, necessária, a partir das intervenções de sua prática, mas também afetiva e sensível, que se revela no modo de endereçamento entre os sujeitos (Telles, 2006). E é justamente a partir dessa proximidade **inevitável** que o incômodo pode se apresentar, pois parece que essas profissionais se confrontam com a dimensão que não pode ser escutada pela via da prática científica – que inclusive não diz apenas do outro, mas também de si. E as respostas a esse encontro são as mais diversas. É curioso, por exemplo, quando uma profissional, na relação com aquele de quem cuida demasiadamente, espera reciprocidade e reconhecimento por toda sua **doação** deliberada. Fazem **tudo** e, ainda assim, não recebem o que esperavam em troca – mesmo que não saibam exatamente do que se trata essa retribuição.

Talvez seja por isso que, no contexto dos serviços de saúde, haja o constante alerta para que os profissionais não se envolvam emocional e afetivamente com os pacientes e sua família – e, conseqüentemente, com suas histórias –, para não comprometer seu trabalho (Martins et al., 2022; Vieira, 2016). Sobre isso, Vieira (2016) apresenta que, “segundo esta orientação, a sua história de vida é tida como desnecessária para a produção do cuidado, principalmente se suas demandas não forem localizadas no corpo à luz do saber biomédico” (p. 184). Assim sendo, a orientação aos profissionais de enfermagem – desde a sua formação – é a de que não se atenham ao que é recusado cientificamente (Kovács, 2010). Trata-se de uma demanda de objetificação dos modos de cuidado e de sua relação com o outro, havendo uma função nisso. Para mais, Altenbernd e Macedo (2020) ressaltam os efeitos da objetivação também sobre si, enquanto profissionais, ao assumir essa posição:

(. . .) parece haver uma idealização e conseqüente expectativa social, e institucional, sobre o desempenho do profissional de Saúde, mediante a cobrança de não se deixarem afetar pelas vivências do trabalho, como garantia de objetividade e de

assertividade no manejo técnico. Dessa exigência pode derivar o entendimento de que *o profissional de saúde não deve se deixar afetar pelas intensidades de sua atuação, tornando desnecessárias as práticas voltadas ao seu próprio cuidado* (p. 26, grifo nosso).

Discutimos, então, sobre a suposta **necessidade** do distanciamento das profissionais para com os pacientes como solução para a não afetação em sua vida pessoal diante do sofrimento do doente (Martins et al., 2022). Ressalta-se também que essas profissionais não podem se apresentar como sujeitos fragilizados, pois determinadas práticas da assistência seriam consideradas inadequadas (Almeida et al., 2014). Alguns autores ainda destacam a ambiguidade que atravessa o seu trabalho, entre o sofrimento e o prazer, evidenciando, assim, o que Vieira (2016) destaca: a profissional de enfermagem não está imune às identificações, ao lugar de quem pode sofrer e angustiar-se, pelo saber no qual ampara a sua formação e a sua prática. Isso quer dizer que a realidade psíquica do sujeito que cuida também se enlaça com o que emerge na relação com aquele que demanda cuidados (Baldo, 2011), mesmo porque

(. . .) a circunstância de ser enfermeiro é precedida pela condição de ser sujeito da linguagem, aquele que lida com o seu desejo e com uma sobra que não pode ser simbolizada. Logo, ele também é causado por um resto indizível que pode comparecer nos cenários de cuidado causando-lhe angústia, provocando evitações, ou levando-o mesmo ao *furor curandis* na tentativa de salvar o outro a qualquer custo (Vieira, 2016, p. 193, grifo do autor).

Quer dizer que, frente a esse imperativo, a profissional de enfermagem fica de fora, pois não pode comparecer subjetivamente, mas é convocada diariamente por aquele de quem cuida. Sendo assim, como responder a esse chamado sem que sua prática seja **prejudicada** do ponto de vista **operacional**? Aliás, há uma resposta (certa) possível? E os efeitos disso no outro (e em si)? Talvez aí se apresente o impasse entre o **profissional** e o **pessoal**, como elas dizem. É, então, frente a essa experiência, por vezes angustiante, que se reconhece o limite do saber biomédico na relação com o outro, mas não se pode fal(h)ar. O dilema se situa entre o que se exige da profissional de enfermagem e o que emerge enquanto singular. Altenbernd e Macedo (2020) ressaltam que é justamente este o desafio: “(. . .) conciliar a técnica ‘ensaiada’ e o imprevisto na *performance* a ser criada no singular contato com o paciente” (p. 16, grifos dos autores).

Percebemos, então, que a lógica que exclui a subjetividade opera de modo discordante com o que se apresenta na prática, no encontro com o outro de linguagem e com sua história, pois algo sai do previsto nos protocolos e desvela um outro lugar. Nesse sentido, estudos (Almeida et al., 2014; Barbosa et al., 2021; Pintor et al., 2018; Vieira, 2016) revelam que há quem se inquiete e busque um **saber-fazer** com isso, recorrendo a outros saberes que possam melhor conduzi-los em sua prática. Ou melhor: diante do Real, produz-se saídas.

Sobre a experiência de ser profissional de saúde em um hospital com pacientes contaminados pelo coronavírus, uma técnica de enfermagem relatou:

“É como se estivéssemos em um barco que balança de um lado para o outro e precisamos balançar junto, porque senão batemos a cabeça e nos machucamos. Então a gente enjoa [não é sem consequências], mas não bate a cabeça”.

Estes profissionais precisaram, então, adaptar-se aos novos protocolos de biossegurança, lidar com um vírus desconhecido e ameaçador de modo muito próximo e urgente, confrontar-se com o risco e o medo de ser infectado e infectar os outros, encarar o sofrimento dos pacientes e das famílias muito mais explicitamente; além da angústia e da impotência sentidas com a falta de paramentação adequada em alguns dispositivos de saúde, devido à emergência mundial e à falta de suprimentos, mas também ao descaso político (Lo Bianco & Costa-Moura, 2020; Melo et al., 2020).

Quer dizer, foi necessário tratar, cotidianamente, da relação entre a impotência e a impossibilidade, recorrendo a recursos individuais e coletivos para lidar com situações inimagináveis, de muitas mortes e perdas – em seus vários sentidos possíveis; mas amparados, também, pelas vidas salvas, pelas pessoas acolhidas e pelos espaços de escuta profissional que puderam ser construídos para dar contorno ao que era inimaginável. A pungente realidade da pandemia também produziu invenção e resgate do que já fora experienciado no passado e do que a história pôde ensinar. Fez-se urgente retomar e elaborar outra relação com a morte para possibilitar a construção de recursos de enfrentamento ao momento vivido, pois até então sustentava-se sob denegações, exclusões e renúncias quanto aos limites da vida (Lo Bianco & Costa-Moura, 2020). Como ressalta Leite (2019), “paradoxalmente, são essas situações extremas que convocam os sujeitos à sua capacidade mais primária de criação, ou, ainda, de recriação, no campo da cultura e dos laços sociais” (p. 12).

Assim, as reações diante de inúmeras perdas já não eram **às escondidas**, pois passaram a ser vividas coletivamente, na busca pela sobrevivência física e psíquica ao acontecimento (Lo Bianco & Costa-Moura, 2020). Aos pacientes, às famílias e aos profissionais de saúde, que também se viram ameaçados física e psiquicamente, foi urgente a oferta de um lugar para a circulação da palavra e o contorno do Real, visando a um processo singular de elaboração sobre a experiência, a partir da sustentação de uma escuta que não recuasse com a emergência do limite – limite do símbolo e da vida mesma –, como orientada pela psicanálise (Moretto, 2019a). Assim, o trabalho psíquico necessário foi o de assumir a morte como contingência da vida, e foi necessário **despertar**, pelo menos neste momento, pois:

(. . .) o que a psicanálise revela é que o inominável traumático é parte da existência, insistindo e retornando, de um modo ou de outro ao longo da vida, convocando-nos para uma reflexão sobre a importância do trabalho psíquico e da atividade de criação como possibilidade de contorno do não representável na experiência humana compartilhada (Leite, 2019, p. 12).

Recolhemos, dessa experiência, o cruzamento entre aquilo que se apresenta como singular na atuação de cada membro da equipe e a função da experiência compartilhada. O efeito que a fala produz quando a consideramos em sua singularidade implica o reconhecimento da alteridade, daquilo que não é

equiparável nas histórias de cada um, e esse efeito não está desimplicado das formas de enfrentamento coletivo das perdas e dos traumas sociais. Há uma face que não se partilha, sempre, mas outra que se partilha, e é na medida em que o luto privado é partilhado com o outro que à morte dá-se um sentido e cria-se espaço para o trabalho psíquico de luto (Moreira et al., 2021). As experiências individuais e coletivas de produção frente ao Real da pandemia dão lugar à possibilidade de contorno e travessia do momento arrasador. Moretto (2019a) ressalta que um acontecimento potencialmente traumático não é assim determinado apenas pelo evento em si, mas pelo fato de não haver o reconhecimento dessa experiência no campo da alteridade, produzindo um sujeito invisível ao outro. Indica, portanto, a importância da alteridade nesse processo, enfatizando que o valor traumático de uma experiência dependerá – ainda que haja sempre um limite no cerne de toda simbolização – do fracasso de seu testemunho frente a um outro “(. . .) que não está disponível e que, por meio de sua indiferença em relação à experiência de sofrimento, também o desautoriza, transformando o que antes era o indizível da dor em experiência inaudível no campo da alteridade” (Moretto, 2019a, p. 23).

A indiferença frente à morte do outro põe em risco a vida em sociedade, na queda a um gozo mortífero e que ocasiona o não reconhecimento do outro enquanto sujeito – nem do que se foi, nem daqueles que sofrem o luto, nem dos que estiveram no exaustivo trabalho nas instituições de saúde (Lo Bianco & Costa-Moura, 2020). E a importante advertência que Lo Bianco e Costa-Moura (2020) fazem, a partir do reconhecimento da alteridade, é a de que o acontecimento da morte não seja apenas a diferença entre o vivo e o inerte; de que a indiferença não prevaleça nesse momento. Trata-se também do modo como se trata o paciente – como sujeito ou objeto – quando ainda em vida.

OS DISCURSOS, A EQUIPE DE SAÚDE E O QUE ESCAPA DA OBJETIVIDADE CIENTÍFICA

No âmbito das teorias e dos dispositivos de tratamento, Vorcaro (1999) indica que, esquecendo-se da tensão entre o singular e o universal, a perspectiva predominante nas instituições de saúde privilegia o particular que cada teoria oferece, o que passa a determinar uma prática clínica que tem dificuldades em reconhecer a singularidade daquilo que se apresenta. A autora discorre, ainda, sobre a prática biomédica e a posição do singular em cada sujeito: “Os sinais patológicos confundem a urgência de cuidados médicos/reeducativos com o esquecimento do sujeito. O sujeito evanescente que aí comparece lateralmente é, em tais situações, efetivamente apagado através da medicalização, da ajuda samaritana, ou da reeducação de funções” (Vorcaro, 1999, p. 112).

Os profissionais da saúde percebem a insuficiência do saber científico ao reproduzirem as operações em torno do que está predefinido e constatarem um resultado insatisfatório, longe do ideal de saúde almejado. O que é próprio do sujeito insiste em comparecer e não cabe no que está prescrito.

Esta exclusão marca a racionalidade cartesiana que opera negando tudo aquilo que não pode se submeter a uma explicação no plano da cientificidade. Sempre que algo escapa das intervenções técnico-científicas do campo da saúde e permanece fora da sua lógica explicativa, é reconhecido como uma barreira à saúde plena, à cura total ou ainda ao alívio dos sintomas (Vieira, 2016, p. 66).

Para a psicanálise, é justamente a dimensão do que escapa à racionalidade científica, não toda conhecida, o que interessa aos analistas e com a qual se pode operar e produzir. É o fio condutor para o tratamento psicanalítico, pois diz do que é inconsciente ao sujeito, causa de desejo, do que não é possível de ser protocolado, mas sim escutado em sua singularidade. Tal perspectiva anuncia, então, modos de lidar diferentes com o resto, com o que Vieira (2016) articula com o que é da ordem do Real, no campo da saúde e a partir da psicanálise.

Traremos agora um recorte clínico: um homem, internado na terapia intensiva, encontrava-se contido fisicamente devido a um episódio de agitação e desorientação na noite anterior. A conduta, em tais casos, costuma ser essa: diante de um sintoma, fenômeno ou comportamento que põe em risco as práticas e a segurança física do paciente, age-se conforme o protocolo – como medida de cuidado e, às vezes, literal contenção. No entanto, na manhã seguinte, chamou atenção pois seguia contido no leito, mesmo após a retomada de sua consciência e aparentando estar tranquilo, em silêncio, apenas observando os tantos que circulavam ao seu redor na unidade. Ao ser oferecida a escuta ao paciente, ele declarou em tom de tristeza e indignação:

“Pareço um bicho amarrado, parece que a minha vida é deles”[, e concluiu:] “Mas é isso mesmo...”.

Até então, ninguém havia problematizado as amarras (que foram retiradas); seguia-se com a rotina. Ninguém falou nada, nem mesmo o homem parecia ter espaço para falar, em posição de objeto e devendo aceitar as condutas sobre a sua vida, já que estava em uma condição que dependia dos cuidados clínicos ali empreendidos. Como Malengreau (1995) destaca sobre a rotina na instituição de saúde, “a urgência reclama o uso dos recursos da ciência, e muitas vezes faz passar a intervenção na frente de qualquer outra forma de comunicação” (p. 89).

Evidenciamos, portanto, que a dinâmica no hospital, sendo urgente frente às demandas do adoecimento orgânico e seguida de protocolos, não confere espaço para a fala e a **desordem** – menos ainda na UTI, onde se costuma lidar com os corpos dos pacientes críticos sedados, e não com o sujeito que se manifesta. Certa vez, uma técnica de enfermagem ainda demarcou a diferença entre o adulto e a criança internados na UTI e as suas formas de expressão:

“O adulto demonstra de uma forma diferente, através do silêncio, ele cala. E a criança chora”.

Talvez a criança consiga fazer mais furos do que o adulto na censura imposta. Também não se pode negar os efeitos da sobrecarga física e mental que acompanha a jornada de trabalho de tantos profissionais da saúde, em condições precárias e desgastantes, sobre a relação consigo, com o outro e com a própria instituição que silencia a todos. Por outro lado, a operação analítica privilegia o lugar de não saber para que, a partir dele, o sujeito possa enunciar os próprios significantes de que é efeito (Jorge, 2006). Ou seja, “não é pelo saber que ele causa que o sujeito virá a se encontrar com seu desejo. O saber não está no comando quando se trata do discurso do analista”

(Lo Bianco, 2010, p. 168). Então, essa postura indica que, “(. . .) ao invés de orientação e conselhos pré-concebidos, o psicanalista busca ir além: na singularidade de cada um” (Almeida, 2011, p. 53), pois é somente a partir da escuta de cada sujeito que ele poderá construir e reconstruir seu lugar diante daquele que fala (Carvalho, 2011). Desse modo, a partir do trabalho de escuta e condução do tratamento,

(. . .) oferece-se aos pacientes uma possibilidade de se posicionarem de outra forma. O psicanalista vai oferecer um lugar diferente [do de receptor de informações e seguidor de regras], um lugar onde o sujeito doente (e seus familiares) são escutados e convidados a falar de si, refletindo sobre aquilo que lhes acomete. *Estar num hospital (. . .) não retira deles as responsabilidades enquanto sujeitos sociais e do inconsciente* (Góes, 2013, p. 60, grifos nossos).

A presença do discurso analítico na instituição, portanto, exerce uma espécie de recuperação da condição de sujeito por sua consideração pela subjetividade e pelo inconsciente. Os efeitos da psicanálise nos dispositivos de saúde encontram-se ligados à sua interlocução com os demais campos de saber, pois é do modo pelo qual ele responde às demandas a ele dirigidas (sustentando as diferenças discursivas) que é possível recolher os efeitos de seu trabalho como consequência da instauração do discurso do analista. É a partir desse ponto de articulação que se apresenta o valor de referência e orientação do pensamento freudiano aos profissionais da saúde interessados em uma prática distinta do cientificismo predominante (Moretto, 2019b). À vista disso, o que se evidencia na experiência institucional e em diversas pesquisas da área é que o cuidado das profissionais de enfermagem conta com particularidades que parecem fazer frente à ordem médica, em alguma medida. Sempre haverá algo que escapa, devido à própria estruturação da linguagem e a insuficiência da palavra. E é também a partir desse resto que se decanta a verdade do sujeito, causa de desejo inconsciente, e, portanto, lugar de produção de saber e movimento. Por conseguinte, a psicanálise não oferece respostas universais, privilegiando o singular, pois convoca o sujeito a deslizar por sua cadeia significante e a assumir a sua posição desejante (Moretto, 2019b; Vieira, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que a aproximação da enfermagem com o discurso analítico produz um deslocamento daquilo que é próprio do discurso médico, a partir da operação de um outro lugar; e, ao mesmo tempo, parece responder às inquietações evidenciadas no trabalho realizado pelas enfermeiras na relação com o outro. Por exemplo, quando a profissional de enfermagem auxilia na condução do caso de determinado paciente que provoca inquietações e apresenta recusas, pela relação de transferência estabelecida com o sujeito e pela possibilidade de acessá-lo, subjetivamente. A partir de então, é possível produzir um novo saber e elaborar seu plano de cuidados – que considerou o sujeito doente, mas também a profissional envolvida e o que foi possível produzir com o outro. Sobre isso, Almeida (2009) ainda acrescenta,

(. . .) não se trata de fazer do enfermeiro um analista. Isso nem mesmo seria possível dessa forma. Mas mesmo assim, há aí uma contribuição, no momento em que se começa a entrar na ética do “um a um”, na consideração do “caso a caso”. Dessa forma, exerce-se uma verdadeira “clínica do sujeito”, onde o que importa é exatamente aquilo que do coletivo escapa, ou seja, o cuidado com a singularidade (p. 8, grifos do autor).

É a partir da concepção da clínica do sujeito, do reconhecimento do um a um, que profissionais da enfermagem também apostam em seu cuidado e na relação que estabelecem com as pessoas de que cuidam de forma contínua e proximamente, inclusive demarcando diferenças em relação a outros profissionais da equipe de saúde. Não é uma escuta analítica, nem puramente biomédica. Entendemos que essa produção de cuidado pela enfermagem é uma construção única e que se evidencia em muitas experiências institucionais. É interessante que as profissionais da enfermagem percebam a especificidade (e os desafios) de seu trabalho, e se deem conta de que também podem **cair** na lógica da padronização do cuidado, dos protocolos e da “linha de produção” (Campos & Amaral, 2007) – mesmo porque há uma função nisso e é um lugar mais **cômodo**, sem envolvimento, como foi discutido.

Em seu trabalho clínico, são as profissionais de enfermagem as mais atuantes diretamente no corpo do sujeito doente e no contato diário com ele e suas vulnerabilidades (psíquica, social, familiar, orgânica e econômica), o que garante um lugar “privilegiado”, mas que também tem suas consequências. São também estas profissionais, geralmente, que cuidarão do paciente durante toda a internação naquele setor, não havendo a fragmentação de seus corpos e de sua prática em várias especialidades, por exemplo. Portanto, o que se escuta é a técnica de enfermagem referindo-se ao “meu bebê”, “meu paciente” e “não mexam na minha criança”. Em um primeiro momento, tal nomeação parece indicar um lugar de “posse”, mas o que se descobre, muitas vezes, é o lugar da maternagem e do cuidado, justamente pela relação e pela identificação que podem se estabelecer. Acerca disso, Campos e Amaral (2007) discutem que a clínica ampliada se baseia no vínculo estável entre paciente e equipe de saúde, na responsabilização singular, considerando o profissional de referência um importante agente de (re) construção dessa clínica.

A função da profissional de enfermagem exige a proximidade e o contato diário com aquele que padece – muitas vezes reconhecendo-se o sujeito que ali se apresenta e lhe demanda cuidados. Quer dizer, o mal-estar parece estar presente no trabalho daqueles que operam estritamente sob a lógica biomédica, justamente por seu acesso à dimensão do Real e pelo que não é respondido pela cientificidade. Nesse sentido, o interesse pelo referencial psicanalítico, por exemplo, aparece em sua prática, no âmbito do cuidado clínico com os sujeitos com que se deparam, na busca por “(. . .) outras possibilidades de abordagem daquilo que sobra do processo de cientificização” (Vieira, 2016, p. 23). Parece haver a preocupação em se aproximar de um outro discurso que possa subverter a lógica objetivante, possivelmente pelo próprio reconhecimento daquilo que fica de fora enquanto “resto”, a subjetividade dos sujeitos. Isto é, reconhecer o sujeito do inconsciente e sua condição de sujeito dividido, considerando a escuta não mais protocolar, mas singular, para que aquele esteja implicado em seu processo de adoecimento (Pintor et al., 2018).

Logo, propõe-se a) a ampliação do olhar da enfermagem sobre as urgências que não estão expostas apenas no corpo daquele que sofre e b) uma intervenção que não se limite a protocolos e ao recurso químico, mas também baseada na escuta da singularidade e em sintonia com os determinantes sociais da saúde coletiva (Barbosa et al., 2021). Indica-se, portanto, a produção de um cuidado clínico preocupado com a escuta do paciente em suas expressões de sofrimento, angústias, tropeços, realizações, no uso da medicação, na relação com seu corpo, entre outras; e não apenas a partir de um formulário pré-definido (Almeida et al., 2014; Barbosa et al., 2021).

Tal elaboração suscita, então, uma atuação que não demanda apenas competência técnica; segundo propõem Moretto e Prizskulnik (2014), a apropriação desse lugar tem a ver com a “(. . .) relação que cada membro da equipe guarda com a sua própria subjetividade” (p. 294). Assim como com a condição de assumir essa outra posição diante do imperativo biomédico, situada menos em um discurso totalizante e inquestionável e mais naquela que propicia a construção de um saber. Não é uma posição fácil, nem sem consequências.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: FCG, CLP; **coleta de dados:** FCG; **análise dos dados:** FCG, CLP; **redação do manuscrito:** FCG, CLP; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** FCG, CLP.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A. N. S. (2009). *Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito* [Dissertação de mestrado acadêmico, Universidade Estadual do Ceará]. Repositório Institucional. <https://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=60019>.
- Almeida, A. N. S., Feitosa, R. M. M., Boesmans, E. F., & Silveira, L. C. (2014). Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental: reflexões sobre a prática do enfermeiro. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(1), 213-231. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i1.213-231>.
- Almeida, M. D. (2011). *A criança com tumor de sistema nervoso central: considerações da psicanálise para a área da saúde* [Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/D.47.2011.tde-04062012-110150>.
- Altenbernd, B., & Macedo, M. K. (2020). Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(1), 9-33. <https://doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.1>.
- Ariès, P. (2012). *A história da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias*. Nova Fronteira. (Trabalho original publicado em 1977).
- Baldo, M. A. (2011). *A experiência do técnico de enfermagem em UTI: aportes psicanalíticos sobre o cuidado e a dor* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. Repositório Institucional. <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/769>.
- Barbosa, L. R., Rodrigues, J., Costa, M. F., & Reis, V. A. W. (2021). Urgência subjetiva na psicanálise e enfermagem: revisão integrativa. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 29(2), 63-74. <https://doi.org/10.15603/2176-0985/mu.v29n2p69-80>.
- Campos, G. W. S., & Amaral, M. A. (2007). A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>.

- Carvalho, A. M. S. (2011). *Psicanálise e hospital: há ato analítico? Estudo sobre a especificidade da intervenção psicanalítica na pediatria e seus efeitos no tratamento da criança hospitalizada* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório Institucional. <https://hdl.handle.net/1843/VCSA-8J9ECG>.
- Freud, S. (2020). Considerações contemporâneas sobre a guerra e a morte. In S. Freud, *Obras Incompletas de Sigmund Freud* (Capítulo 2, pp. 99-135). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1915).
- Góes, A. P. F. (2013). *A ética e a ameaça de morte em crianças com câncer* [Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/15270>.
- Jorge, M. A. C. (2006). A psicoterapia conduz ao pior: apontamentos sobre a querela psicanálise/psicoterapia. In S. Alberti & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (pp. 127-139). Companhia de Freud.
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20104420429>.
- Lacan, J. (1974-1975). *O Seminário*. Lv. 22. (Tradução não publicada).
- Leite, S. (2019). O inominável e a transitoriedade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 22(1), 11-19. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2018v22n1p11.1>.
- Lo Bianco, A. C. (2010). O saber inconsciente e o saber que se sabe nos dias de hoje. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 13(2), 165-173. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982010000200002>.
- Lo Bianco, A. C., & Costa-Moura, F. (2020). Covid-19: luto, morte e a sustentação do laço social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 40, 1-11. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003244103>.
- Malengreau, P. (1995). Para uma clínica de cuidados paliativos. *Opção Lacaniana*, 13, 87-90.
- Martins, W. T. S., Nunes, J. T., Medeiros, S. M., Davim, R. M. B., Silva, K. K. M., & Fernandes, M. N. F. (2022). Sentimentos de enfermeiros frente ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental, [Internet]*, 14, 1-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.9794>.
- Melo, B. D., Pereira, D. R., Noal, D. S., Serpeloni, F., Kabad, J. F., Kadri, M., Souza, M. S., & Rabelo, I. V. M. (2020). Recomendações gerais. In D. S. Noal, M. F. D. Passos & C. M. Freitas (Orgs.), *Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19* (pp. 20-27). Fiocruz.
- Moreira, J. O., Silva, A. C. D., & Silva, T. M. P. (2021). Do luto privado ao luto público: desafios do luto em massa pela Covid-19. In J. O. Moreira (Org.), *Luto e morte em tempos de pandemia: reflexões a partir da psicologia* (pp. 47-65). EdUEMG. <https://doi.org/10.36704/9786586832235>.
- Moretto, M. L. T. (2019a). Psicanálise e hospital hoje: o lugar do psicanalista. *Revista da SBPH*, 22(spe), 19-27. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.22.135>.
- Moretto, M. L. T. (2019b). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Moretto, M. L. T., & Prizskulnik, L. (2014). Sobre a inserção e o lugar do psicanalista na equipe de saúde. *Tempo psicanalítico*, 46(2), 287-298. <https://doi.org/10.71101/rtp.46.21>.
- Pintor, L. A., Toledo, V. P., & Garcia, A. P. R. F. (2018). Cuidado de enfermagem na perspectiva do sujeito do inconsciente e sua contribuição ao Projeto Terapêutico Singular. *SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 14(1), 20-27. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000395>.
- Telles, K. K. P. (2006). *Os sentidos do cuidar: uma escuta psicanalítica sobre a atuação profissional do enfermeiro* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/11449/97625>.

- Vieira, A. N. (2016). *Tecendo o cuidado clínico de enfermagem abordando as sobras da racionalidade científica* [Tese de doutorado não publicada]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará].
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Companhia de Freud.
- World Health Organization. (2024). *Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard*. Recuperado em 28 de outubro de 2023, de <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Mayla Cosmo

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
