

Luto em tempos de pandemia e os profissionais de saúde: Algumas considerações

Grief in times of pandemic and health professionals: Some considerations

DOI:10.34117/bjdv7n12-016

Recebimento dos originais: 12/11/2021

Aceitação para publicação: 01/12/2021

Luciana Bicalho Reis

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFES.
Professora Adjunta da UFES/Departamento de Psicologia.
Universidade Federal do Espírito Santo
Departamento de Psicologia
Centro de Ciências Humanas e Naturais
CEMUNI VI- Av. Fernando Ferrari, n° 514, Goiabeiras – Vitória / ES.
E-mail luciana.b.reis@ufes.br

Ana Augusta Wanderley Rodrigues de Miranda

Professora Associada do Departamento de Psicologia /UFES
Doutorado FALE /UFMG
Pós-Doutorado Programa Teoria Psicanalítica/UFRJ
Psicanalista membro da Escola Letra Freudiana
E-mail: anamiranda@gmail.com

Rachel de Freitas Wandekokem Cazelli

Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Título de Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP)
Pós-graduanda em Cuidados Paliativos
Mestranda em Psicologia pela UFES
E-mail: rachel.wandekokem@gmail.com

Mayara Ciciliotti da Silva

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)
Psicóloga Hospital Santa Rita de Cássia
E-mail: mayaraciciliotti@hotmail.com

Juliana Santos Brito

Especialista em Cuidados Paliativos/Faculdade Inspirar
Bacharel em Psicologia/UVV
E-mail: psi.julianabrito@gmail.com

RESUMO

O advento da pandemia pela Covid-19 e seus desdobramentos nos processos de saúde-doença-cuidado trouxeram inúmeros desafios para a prática de profissionais da saúde, entre eles, as experiências e manejo do luto. Este trabalho objetiva discutir os desafios que se apresentam aos profissionais de saúde ao lidar com o luto no hospital em tempos

de pandemia. A partir das contribuições da Teoria Psicanalítica de Freud e do luto como uma Transição Psicossocial proposto por Parkes, reflete-se sobre o cotidiano de trabalho de profissionais de saúde ao lidar com pacientes morrendo e suas famílias. Acompanhar a morte e sofrimento de alguém não é uma tarefa fácil, tampouco leve, mas reconhecê-la em sua dificuldade e singularidade e compartilhá-la com pares e equipe pode tornar a jornada menos solitária e sofrida. Nesse sentido, acredita-se que o fortalecimento das relações interprofissionais, bem como de espaços de trocas e apoio mútuo, pode se mostrar fundamental frente à experiência de luto.

Palavras-chave: luto, pandemia, profissionais de saúde, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

The advent of the pandemic by Covid-19 and its consequences in the health-disease-care processes brought numerous challenges to the practice of health professionals, including the experiences and management of grief. This work aims to reflect on the challenges that health professionals face when dealing with grief in the hospital in times of pandemic. Based on the contributions of Freud's Psychoanalytic Theory and of grief as a Psychosocial Transition proposed by Parkes, it reflects on the daily work of health professionals when dealing with dying patients and their families. Keeping track of someone's death and suffering is neither an easy nor a light task, but recognizing it in its difficulty and uniqueness and sharing it with peers and staff can make the journey less lonely and painful. In this sense, it is believed that the strengthening of interprofessional relationships, as well as spaces for exchange and mutual support, can prove to be fundamental in the face of the experience of mourning.

Keywords: grief, pandemic, health care professionals, health practices and behavior.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com dados recentes da Imperial College London, o Brasil, em janeiro de 2021, ainda apresentava taxa de contágio (R0) pelo coronavírus entre as mais altas do mundo, ultrapassando a marca de 600 mil mortes no mês de outubro do mesmo ano (Imperial College, 2021). Tal cenário de perdas em massa, tanto de vidas humanas, quanto de rotinas, de conexões sociais face a face e de estabilidade financeira, que se desenhou com a eclosão da pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19)¹, trouxe desdobramentos em âmbitos epidemiológicos, sociais, políticos, culturais e psíquicos (Silva et al., 2020).

¹ A infecção Covid-19, provocada por um novo vírus (SARS-Cov-2), uma variação de um vírus preexistente chamado coronavírus, teve início na China, se espalhou rapidamente para a Europa, Estados Unidos e América Latina, e no final de janeiro de 2020 foi declarada uma pandemia mundial. A doença denominada Covid-19 tem manifestações predominantemente respiratórias e rápida disseminação, sendo responsável por um crescente número de óbitos deste então.

Embora a literatura aponte que a maioria dos casos (aproximadamente 80%) não chegarão a evoluir para o estágio mais grave da doença, a ausência de um tratamento específico, aliada a medidas de afrouxamento de isolamento social em momentos críticos da pandemia, corroboraram para o aumento do número de infectados e, por conseguinte, tornaram cada vez mais próximas as possibilidades de perdas acarretadas pela doença (Crepaldi et al., 2020; Fiocruz, 2020). Neste contexto de descontrole da pandemia, o país chegou a registrar no mês de Abril de 2021 mais de quatro mil mortes diárias por Covid-19², situação atualmente revertida com o avanço da vacinação da população.

Naquele contexto, a ocorrência de múltiplos casos de infecção e óbito em curto espaço de tempo, incluindo mortes múltiplas em uma mesma família, trouxeram desafios adicionais à forma de se adaptar e lidar com as perdas. Alia-se a isso uma característica peculiar das mortes causadas pela Covid-19, uma vez que as orientações sanitárias vigentes determinam que os falecidos em decorrência da doença devem ser cremados ou alocados em caixão lacrado, o que impede a aproximação ou a visualização do corpo e impõe restrições para realização de rituais de despedida entre pessoas na iminência da morte e seus familiares, bem como de rituais funerários, podendo dificultar a experiência de luto (Crepaldi et al., 2020; Ministério da Saúde, 2020).

Diante disso, têm sido pensadas formas alternativas de fazer esse contato com os pacientes internados e até mesmo rituais alternativos no caso de perdas. Dentre as estratégias presenciais de despedida, têm sido proferidas mensagens verbais e escritas, por exemplo, telefonemas, cartas, mensagens de texto e áudio. Salienta-se também a criação de memoriais *online*, em que familiares, amigos e outras pessoas manifestam suas condolências e compartilham pensamentos sobre o falecido.

Embora consideradas, a princípio, a solução dos problemas, essas expressões de condolências, afeto e espiritualidade têm apresentado desafios à prática de profissionais da saúde. Advoga-se que os processos de terminalidade, morte e luto em série têm efeitos sobre a saúde mental de familiares e equipes de saúde e podem repercutir negativamente no processo de elaboração do luto mediante as novas condicionalidades impostas aos rituais de despedida.

Assim, tendo o advento da pandemia da Covid-19 tornado premente a abordagem do luto, este artigo propõe-se a refletir sobre o cotidiano de trabalho de profissionais de

² Brasil bate marca de 4 mil mortes por Covid registradas em um dia pela 1ª vez e soma 337,6 mil na pandemia | Coronavírus | G1 (globo.com)

saúde que atuavam no cuidado de doentes internados pela Covid-19. Pretende-se, a partir das contribuições de diferentes modelos explicativos sobre a experiência do luto, trazer reflexões sobre como a experiência de cuidado aos doentes que acabam por falecer e o manejo das situações nisso envolvidas, como a comunicação e acolhimento da família (ou acompanhamento familiar), podem levar profissionais de saúde a experimentarem, também, processos de luto.

2 APONTAMENTOS TEÓRICOS SOBRE O LUTO

Uma das principais e primeiras referências publicadas para os estudos sobre o luto é o trabalho de Freud, *Luto e melancolia* (1980/1915a), no qual o autor expõe sua concepção de que as ligações libidinais estabelecidas não são facilmente abandonadas e que, quando ocorre a perda de um objeto de amor, a libido, anteriormente ligada a ele, não se desvincula facilmente. Ocorre um processo gradual e penoso que pode levar, até mesmo, à recusa da realidade de que aquele objeto não existe mais. Em geral, entretanto, o que se segue é que o sujeito acata a realidade, mesmo que não imediatamente, sendo esse tempo de elaboração denominado luto. Para Freud, as escolhas objetais se estabelecem em bases de identificação narcísica, isto é, as pessoas a quem amamos são aquelas que, consciente ou inconscientemente, nosso ego considera, de algum modo, como semelhantes a si próprio. Dessa forma, quando as perdemos, é também, em termos da realidade psíquica, uma parte do próprio ego que se perde. Em face disso, não é incomum ouvirmos de pessoas enlutadas frases do tipo: ‘parece que arrancaram um pedaço de mim’. Faz parte da elaboração do luto, portanto, distanciar esse objeto do ego, no sentido de dissolver a identificação imaginária, pois a realidade impõe uma diferença radical: agora o objeto está morto e o ego vivo. Manter a identificação custaria ao ego a própria vida, resultado encontrado na melancolia, a qual Freud diferencia do luto. Assim é que – segundo o criador da psicanálise – o ego conseguiria com grande esforço, em um processo de luto bem sucedido, retomar a vida separando-se do objeto, embora isso não signifique esquecê-lo. A esse processo, Freud denominou ‘trabalho de luto’.

Outro aspecto relevante trazido por Freud em *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1980/1915b) é que os seres humanos teriam, diante da morte, uma atitude de negação. Em nosso discurso manifesto, o popular ‘da boca para fora’, afirmamos que a morte é natural, que faz parte da vida, que é a única certeza da vida, entre tantas outras expressões. Mas nosso comportamento indica o contrário. Vivemos como se a morte não existisse, já que não pensamos nela e, nossa tendência imediata, quando sabemos de uma

morte é associá-la a uma contingência. A pergunta ‘morreu de quê?’, que, quase invariavelmente se segue, traz subliminarmente a crença de que se não fosse a causa, a pessoa não teria morrido. “(...) dessa forma, traímos um esforço para reduzir a morte de uma necessidade para um fato fortuito.” (Freud, 1980/1915b, p. 328). Mas Freud enfatiza a relação do sujeito com sua própria morte e afirma que é impossível imaginá-la:

De fato, é impossível imaginar nossa própria morte e, sempre que tentamos fazê-lo, podemos perceber que ainda estamos presentes como espectadores. Por isso, a escola psicanalítica pôde aventurar-se a afirmar que, no fundo, ninguém crê na sua própria morte, ou, dizendo a mesma coisa de outra maneira, que no inconsciente cada um de nós está convicto de sua própria imortalidade (Freud, 1915, p. 327).

O referido trabalho é escrito seis meses após ser deflagrada a Primeira Guerra Mundial, o que permite a Freud falar na mudança das pessoas em sua relação com a morte. É evidente que mortes ocorrem durante todo o tempo e, em nossos dias, em alguns países mais que em outros, os números se aproximam daqueles da guerra. Entretanto, fora das situações que consideramos ‘limite’, como guerras e a atual pandemia, somos capazes de afastar subjetivamente de nós a presença indelével da morte, mesmo que esteja estampada nos jornais, limitando-a a determinadas populações ou localidades. De modo contrário, uma guerra de proporções mundiais ou pandemia colocam a todos, de uma maneira ou outra, ‘na linha de frente’. Portanto, a posição subjetiva frente à morte muda nesse tipo de situação. A tela imaginária de negação que encobre o real da morte no nosso dia-a-dia, e sem a qual a vida cotidiana se tornaria insuportável, cai em tempos de guerra ou pandemia. A morte fica evidente e impossível de ser negada.

Freud considera dúbia a atitude diante da morte. Quanto à sua própria morte, o sujeito nada sabe devido ao funcionamento do inconsciente. Quanto à morte dos outros, ele nada quer saber em função do sofrimento que tal fato ocasiona. Questiona o autor se não seria melhor dar à morte o seu lugar na realidade e em nossos pensamentos, que lhe é devido, e dar um pouco mais de proeminência à atitude inconsciente para com a morte que até agora suprimimos. Faz parte dos processos psíquicos que aquilo que é recusado pela consciência insista em se manifestar e, quanto mais recusado, maiores são as razões para essa manifestação. Assim, para Freud, dar à morte seu lugar tornaria a vida mais suportável. A ilusão perde todo o seu valor se ela tornar mais difícil tolerar a vida. Saber que as pessoas amadas e nós mesmos morremos, que o ego não é capaz de deter o real, torna a vida mais valiosa.

Outra importante contribuição para a compreensão do luto é a teoria das *Transições Psicossociais* de Colin M. Parkes (1998). Para este autor, o luto é entendido como um processo de transição psicossocial que implica no rompimento de vínculos afetivos e de desconstrução do mundo presumido do enlutado. Neste processo, o sujeito enlutado apresenta uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem, como entorpecimento, saudade e procura pelo outro, desorganização, desespero e recuperação. Esta última, entretanto, não significa o esquecimento daquele que se foi, mas a transformação do vínculo estabelecido com ele que, por meio da resignificação, passa a ser de uma outra natureza.

Ainda segundo o mesmo autor, o luto resulta da desconstrução de um mundo presumido. Este pode ser caracterizado por um conjunto de concepções que servem de base para aquilo que reconhecemos no mundo, como uma base sólida para nossos pensamentos e comportamentos (Franco, 2021). Essas concepções ajudam a nos orientarmos e nos mantermos com algum senso de controle sobre nossa vida. O mundo presumido é construído ao longo da vida e baseado na realidade, sendo constantemente reajustado e modificado (Parkes, 1998). Nas situações de luto essa mudança apresenta-se repentina e drástica a ponto de provocar no sujeito uma sensação de desamparo e desorganização. Nesta perspectiva, portanto,

O trabalho de luto é o processo de aprendizado pelo qual cada mudança resultante é progressivamente compreendida (tornada real) e é estabelecido um novo conjunto de concepções sobre o mundo. Ninguém absorve de uma só vez a realidade de um evento tão importante como o luto (Parkes, 1998, p. 170).

Com base no exposto, podemos afirmar que profissionais de saúde, ao cuidarem de pacientes gravemente enfermos e em processo de morte, podem também vivenciar o luto, sendo convocados a lidar com a perda de objetos investidos de amor, neste caso aqueles de quem cuidam, um ideal de trabalho, com o rompimento de vínculos significativos e de seu mundo presumido, conforme discutiremos a seguir.

3 A MORTE E O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Sendo o enfrentamento da morte perpassado pela singularidade de cada sujeito, torna-se necessário refletir acerca do processo de luto também nos profissionais de saúde, considerando “a importância do cuidador neste processo; de seu papel e suas condições psicológicas para uma efetiva disponibilidade emocional para com os enlutados” (Santos, p. 131, 2017).

O cenário vivido durante os períodos mais críticos da pandemia evidenciou desafios no autocuidado dos profissionais de saúde, desde aqueles ligados à biossegurança - como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) -, aos referentes à saúde mental - em função da sobrecarga de trabalho, da insegurança quanto à própria saúde e vida, mas, sobretudo, pelo contato frequente com grande número de pacientes graves e que evoluíram para o óbito. Estudos identificaram altos níveis de sofrimento psíquico entre profissionais atuantes na linha de frente do cuidado, com manifestação de quadros como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, medo de ser contaminado e contaminar seus familiares, entre outros (Miranda et al., 2021; Teixeira et al., 2020). Isso coloca profissionais de saúde em vivência de processos de sofrimento psíquico, incluindo o luto, o que aponta para a necessidade de práticas de cuidado direcionadas para as equipes de saúde e incorporadas ao *modus operandi* das instituições (Duarte et al., 2021; Teixeira et al., 2020).

Certamente as rotinas exaustivas de trabalho, os plantões prolongados e a possibilidade de contágio cada vez mais próxima, contribuíram para que o autocuidado dos profissionais de saúde ficasse em segundo plano durante a pandemia. Além disso, pode-se considerar que o cenário atual evidencia condições importantes do processo formativo de parte significativa destes profissionais. Trata-se de um modelo de formação biomédico pautado na objetividade científica e que se propõe a tratar da doença do corpo biológico, havendo pouco ou nenhum espaço para a subjetividade tanto daquele que cuida, quanto daquele que é cuidado (Cutolo, 2006).

Se retomarmos a afirmação da teoria psicanalítica de que os afetos que escapam ao conhecimento e ao controle conscientes se fazem presentes à revelia das intenções do sujeito, podemos observar que a lógica inerente ao discurso da ciência de afastar a subjetividade, não se cumpre na realidade, nem para pacientes, nem para profissionais, pois o funcionamento biológico não se separa da complexidade humana e é, por vezes, alterado pela subjetividade. A subjetividade se impõe e tal fato não é desconhecido no meio biomédico, cuja lógica implica em afastá-la. Mais uma vez concordando com Freud, detectamos que determinadas situações extremas, como guerras e pandemias tornam mais difícil sua exclusão e se impõe a atitude de pensar em dispositivos que permitam dar lugar aos afetos, incluindo aí os dos profissionais.

Em muitos hospitais do país, como amplamente divulgado pela mídia, foram criadas estratégias para que pacientes internados e seus familiares tivessem a possibilidade de interagir, em geral mediados por um profissional de saúde e recursos

como telefones, cartas, mensagens de texto. Além disso, muitos profissionais, ao descreverem seu cotidiano de trabalho, relataram como eles passaram a representar a única presença humana na companhia dos doentes, inclusive no momento da morte, uma vez que familiares e acompanhantes não podiam mais estar no hospital. Certamente, há quem considere que isto inaugura outras formas de vinculação entre o profissional, o doente e sua família.

Sobre as dificuldades que profissionais de saúde têm em lidar com a morte e o luto, alguns autores são unânimes em afirmar que a formação ainda dedica pouca atenção a discutir como somos atravessados por isso (Azeredo et al., 2011; Kovács, 2012, 2011, 2003). Em rodas de conversa sobre a morte e o morrer realizadas no hospital, os profissionais relataram sentimentos como tristeza, angústia, medo, dor, sensação de vazio, incerteza e choque diante da morte de seus pacientes e do sofrimento dos familiares (Reis et al., 2019).

Diferentes autores parecem concordar que, diante da morte, a subjetividade humana promove frequentemente algum grau de negacionismo. Para a psicanálise, há a noção central da existência de processos psíquicos inconscientes aos quais se atribui a característica de serem inaceitáveis perante a consciência, produzindo, entretanto, importantes efeitos sobre ela. Afetos que escapam ao conhecimento e ao controle conscientes se fazem presentes à revelia das intenções do sujeito. O enfrentamento da morte move poderosamente tais afetos inconscientes tornando complexo e singular o trabalho clínico, uma vez que tal constituição psíquica não é prerrogativa apenas do enlutado, mas também do profissional de saúde. Diante do exposto, vemos, sob o prisma da psicanálise, que parte da dificuldade no acolhimento das questões relativas ao luto pelos profissionais de saúde pode, por vezes, estar relacionada à insuportabilidade da própria questão da morte – tema que os casos atendidos trazem à baila. A escuta de si mesmo possibilita uma melhor escuta do outro e, ainda que a situação da pandemia seja comum a todos, a dor de cada sujeito será apresentada em sua singularidade.

Assim, ao pensar a experiência de cuidar de alguém em processo de morte, é preciso estar atendo ao fato de que

O luto da equipe, que acontece com todos os envolvidos com o cuidado, é legítimo e também precisa ser vivenciado. (...) é comum que também os profissionais alternem momentos de ficar mais em contato com a dor da perda, com outros mais voltados para a continuação de sua vida. Esse transitar pode ser um movimento saudável que favorece os enlutados, para que não fiquem consumidos pela dor da perda (Lione, 2016, p. 27).

Além destes aspectos, há de se considerar que lidar com o luto do outro, daquele que morre e de seus familiares, de alguma forma convoca o profissional de saúde a lidar com a expressão de sua própria subjetividade, fazendo-o reviver seus próprios lutos ou projetar perdas futuras. Assim, podemos afirmar que, ao lidar com a morte, profissionais de saúde também vivenciam processos de luto, seja pelo rompimento do vínculo com aquele que se foi, pela alteração de seu mundo presumido ou pela identificação inconsciente com o paciente e seus familiares, fazendo-o reviver suas angústias mais primitivas (Freud, 1933; Parkes, 1998).

Aliadas a isso, a rápida evolução da doença e a ausência de uma terapêutica específica para o seu manejo, tornam a possibilidade da morte cada vez mais concreta, inclusive para aqueles que se propõem ao cuidado em saúde. Deste modo, o processo formativo, o desconhecimento de muitos aspectos da Covid-19 e o encontro com o real da morte contribuem para a exclusão da subjetividade das equipes de saúde e dos pacientes enlutados, correndo “o risco de ficar ‘surdo’ e ‘cego’ ao que é essencial do outro” (Santos, p. 131, 2017).

Percebe-se que, embora profissionais de saúde lidem, especialmente no contexto hospitalar, diretamente com a morte e com seus efeitos emocionais, para eles, essa parece comparecer enquanto um fenômeno unicamente biológico, ficando a experiência subjetiva a ela ligada a cargo somente dos profissionais da área de humanas, como psicólogos e assistentes sociais. Parece haver no imaginário de profissionais de saúde, de um modo geral, a compreensão de que o manejo de situações ligadas à subjetividade de usuários e seus familiares, incluindo aí a experiência do luto, é algo que pertence somente ao psicólogo.

No contexto da pandemia da Covid-19, os profissionais ligados diretamente à assistência do paciente internado foram, eles mesmos, com seu corpo, suas mãos, sua voz e ouvidos, os meios de interação do paciente com o mundo externo. Nesta direção, da oferta de um cuidado integral ao doente, o profissional de saúde também se compromete integralmente, emprestando sua corporalidade: usa a sua voz na leitura das cartas e mensagens, seus braços seguram o celular e debruça-se sob o paciente para colocá-lo no melhor ângulo a ser visto pelos familiares nas vídeo-chamadas. Além disso, participa do encontro familiar como mediador e, muitas vezes, interlocutor de ambas as partes. Faz, portanto, um papel que nenhuma tecnologia ainda pode substituir: a de amparo emocional. Deste modo, o profissional de saúde pode ser compreendido como mediador físico e emocional entre o paciente e sua rede socioafetiva.

Nestas situações, enquanto os familiares se direcionam ao doente com toda a intensidade das emoções, manifestando um emaranhado delas como alegria, dor, esperança, expectativa milagrosa, medo e saudade, o profissional de saúde as ‘sustenta’. Isto é, sente e segura em si as emoções que ‘correm soltas’ entre os dois lados separados pela tela, pela distância física. Fazem-se necessárias, portanto, uma escuta desses profissionais e uma postura acolhedora de seus relatos, visto que, frequentemente, mencionam que se emocionaram e choraram durante ou após esses trabalhos de intervenção familiar, como as visitas virtuais. Isso, certamente, tem efeito enorme sobre eles, que relatam o quanto se sentem afetados e emocionados em acompanhar e servir de ponte para expressão de afetos tanto do doente, quanto de sua família.

Neste contexto pandêmico, a necessidade de um suporte emocional ao familiar acontece, principalmente, nos casos de morte do doente. Se em outros momentos cabia ao psicólogo o acolhimento de familiares de pacientes que foram a óbito, com o aumento do número de mortes durante a pior fase da pandemia, esta delicada tarefa acabou por ser expandida para os demais profissionais (Medeiros et al., 2020; Silva et al., 2020). Em função da urgência de algumas situações e da necessidade de cuidados psicológicos a familiares e aos próprios pacientes, muitas vezes os demais profissionais de saúde deparavam-se com demandas que extrapolavam o manejo de situações médico-clínicas, exigindo deles também a capacidade de manejo de questões psicossociais, para as quais nem sempre foram preparados ou sentem-se capazes, o que gera ainda mais sofrimento. E nos momentos de mortes em massa, há de se perguntar: qual o custo emocional disso para os profissionais de saúde?

Certamente que neste contexto, ao psicólogo cabe a oferta de uma escuta psicológica qualificada pela sua formação acadêmica, mas não podemos admitir que é somente dele o lugar de acolhimento às expressões subjetivas de pacientes e familiares dentro do hospital. Cada profissional de saúde pode e, por que não dizer, deve, realizar o apoio emocional a alguém quando as manifestações da dor e do luto tomam a forma de gritos, choros e lamentações, desde que tenha a capacidade de tolerar os sentimentos que essas expressões evocam na sua própria subjetividade (Santos, 2017). Neste sentido, podemos afirmar que a formação conceitual dos profissionais para lidar com aspectos subjetivos do adoecimento é de suma importância. Mas, seria ela suficiente para garantir que o profissional consiga proporcionar o espaço de acolhimento do sofrimento frente à perda? Ou ainda, o quão possível seria a esses profissionais ‘suportar’ as manifestações subjetivas do sofrimento sem sofrer junto ou sem sucumbir a ele?

Assim, o espaço de acolhimento não se trata apenas de destinar um espaço físico onde familiares possam externalizar sua angustia e sofrimento e, sim, um espaço de encontro de quem cuida com quem sofre, resultado de uma capacidade de empatia, paciência e maturidade desenvolvidas ao longo da vida profissional e de práticas de autocuidado para suportar o contato com o sofrimento acentuado e ainda não processado pelo outro. A sensação de desamparo daquele que morre e de seus familiares ao receberem a notícia, ou se darem conta de que seu familiar não se encontra mais ali, pode ser acolhida pelo profissional de saúde quando este se coloca presente, com seu olhar, sua escuta, seu corpo e sua experiência.

Constata-se, pois, a extrema importância e responsabilidade da intervenção do profissional de saúde que, em nossa cultura, ocupa um lugar simbólico, o qual confere a seus gestos e palavras um valor diferenciado, sendo esperado dele um acolhimento qualificado. Desse modo, a intervenção em momentos limites pode produzir efeitos de grande relevância e de durabilidade imprevisível na vida dos sujeitos, dado que o instante traumático da perda de um ente amado, em geral, fica registrado para sempre.

Considerando a subjetividade do profissional, diversos relatos têm tornado evidente que a tarefa de ‘emprestar o próprio corpo’ como apoio ao luto alheio produz efeitos também imprevisíveis para esses profissionais. Manter a serenidade necessária a esse apoio tem custo alto, que não pode ser debitado apenas na conta das características pessoais de cada um. À guisa de conclusão, é importante ressaltar, portanto, a necessidade do autocuidado dos profissionais, seja empreendendo esforços na criação de espaços institucionais de fala, em que se promova o apoio intra-equipe, a empatia e o acolhimento a colegas mais fragilizados (Ornell et al., 2020), seja buscando espaços de escuta clínica para si mesmos, por meio de atendimento psicológico presencial ou online (de preferência, ambos). A importância desta segunda opção de autocuidado revela-se no fato amplamente reconhecido de que afetos desconhecidos pelo próprio sujeito-profissional também podem ser mobilizados diante do sofrimento do outro. Esse aspecto, passível de produzir efeitos pessoais e profissionais, evidencia que a formação técnica e teórica é necessária, mas não suficiente.

Certamente que o profissional de psicologia tem papel fundamental na promoção de práticas de cuidado dos sujeitos enlutados no hospital, sejam eles profissionais ou usuários. Trata-se de um papel ativo no manejo dessas questões no âmbito clínico e institucional (Moretto & Prizskulnik, 2014; Barra & Nicolau, 2014), dado que o psicólogo

em contexto hospitalar tem como sujeitos alvo de suas ações usuários, familiares e a própria equipe de saúde (Azevedo & Crepaldi, 2016; Mäder, 2016).

Moretto (2015) afirma que a especificidade do profissional de psicologia está na simultaneidade de um trabalho a ser exercido na vertente clínica e na vertente institucional. Portanto, o trabalho pela via institucional a ser exercido pelo psicólogo constitui-se como uma possibilidade de acionar a equipe para uma dimensão de cuidado que não se restrinja às intervenções clínicas sobre a doença. De certo modo, quando o psicólogo se propõe a compor estratégias de trabalho em equipe que permitam a palavra circular, como “supervisão clínica, discussões institucionais dos casos e intervenções realizadas pela equipe” (Santos, p. 131, 2017), é possível construir um campo de trabalho mais permeável ao cuidado em saúde e, por conseguinte, às demandas frente aos processos de luto. Portanto, apostar no trabalho em equipe como estratégia de “autocuidado profissional de saúde deve ser considerado necessário para a eficácia do suporte oferecido ao enlutado” (Santos, p. 131, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estar disponível para o acolhimento das expressões subjetivas de pacientes e familiares não se faz sem algum nível de tensionamento, porque isso convoca o profissional a lidar com sua própria subjetividade, com seus próprios lutos ou mesmo com o sentimento de incompetência para tal, uma vez que, quase sempre, não teve formação para isso. Neste sentido, podemos afirmar que a equipe de psicologia desempenha papel essencial ao ofertar espaços de cuidado também para os profissionais que compõem essas equipes de saúde.

As ações de cuidado com os profissionais de saúde não se restringem à oferta de atendimento psicológico a eles, mas no investimento em ações que abram espaço para expressão da subjetividade, que permitam a circulação da palavra, que rompam com o silêncio em torno da morte, mesmo dentro do hospital, e com o imaginário de que profissionais mais competentes são aqueles que se mantêm afetivamente afastados do usuário e das questões subjetivas que atravessam suas práticas de cuidado. Ao psicólogo, nesse contexto, cabe abrir caminho para que o luto, de pacientes, familiares e também dos profissionais seja legitimado, vivido e elaborado. A estes últimos, é importante mostrar que acompanhar a morte e sofrimento de alguém não é uma tarefa fácil, tampouco leve, mas que reconhecê-la difícil e singular e compartilhá-la com pares e equipe pode tornar a jornada menos solitária e sofrida. Nesta direção, o fortalecimento das relações

interprofissionais como também espaço de trocas e apoio mútuo pode se mostrar fundamental.

REFERÊNCIAS

Azeredo, N. S. G., Rocha, C. F., & Carvalho, P. R. A. (2011). O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 37-43. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100006>

Azevedo, A. V. dos S., & Crepaldi, M. A.. (2016). A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 573-585.

<https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>

Barra, V. B. R., & Nicolau, R. F. (2014). O discurso do analista no hospital e o (im)possível de transmitir na relação com a equipe. In: *Anais do VI Congresso Internacional e XII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*. Belo Horizonte. Recuperado de http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/vi_congresso/Mesas%20Redondas/38.2.pdf

Brasil. Ministério da Saúde (2020). *Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus - COVID-19*. Brasília. Recuperado de <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

Crepaldi, M. A., Schmidt, B. , Noal, D. da S., Bolze, S. D. A. , & Gabarra, L. M.. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>

Cutolo, L. R. A. (2006). Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e a educação pediátrica. *ACM Arq Catarin Med*, 35(4):16-24. Recuperado de <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/392.pdf>

Duarte, M. L. C, Silva D. G, & Bagatini, M. M. C. (2021). Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Rev Gaúcha Enferm.*42(esp):e20200140. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>

Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz (2020). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: processo de luto no contexto da COVID-19*. Rio de Janeiro: 2020. Recuperado de <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%20e-Mental-e-Aten%20a%20Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>

Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21: uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: ed. Summus.

Freud. S. (1980/1915a). *Luto e Melancolia*. Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980/1915a. 271-294 p.

_____. (1980/1915b), *Reflexões para os tempos de guerra e morte*. _____. 1980/1915b. 310-341p.

_____. (1933). *Novas conferências Introdutórias em Psicanálise. Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXIII*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Imperial College. *Ferramenta de análise de cenário COVID-19*. 2020. Disponível em: <<https://covidsim.org/v1.20200524/?place=Brazil>

Kovács, M. J.. (2012). *Educação para morte: desafios na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

_____. (2011). Instituições de saúde e morte: do interdito à comunicação. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 3, 482-503.

<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>

_____. (2003). *Educação para morte: Temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

Lione, F. R. Di. Luto da equipe. In: C. F. Prade. *Cuidando de quem cuida*. 2. ed. v. 2. São Paulo, 2016.

Mäder, B. J. (org). (2016). *Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão* – Curitiba: CRP-PR, 2016. 76 p. – (Psicologia em diálogo).

Medeiros, L. G. D., Ferreira, H. H. F. & Junior, G. B. C. (2020). Visitas virtuais a pacientes hospitalizados por seus entes queridos durante a pandemia de Covid-19, em UTI de centro oncohematológico: um relato de experiência. *Elsevier Public Health Emergency Collection*. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.htct.2020.10.958>.

Miranda, F. B. G. et al. (2021). Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. *Escola Anna Nery [online]*, v. 25, n. spe [Acessado 26 Outubro 2021], e20200363. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>>. Epub 05 Mar 2021. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0363>

Moretto, M. L. T.. (2015). O valor da interdisciplinaridade em Psicologia Hospitalar. *Revista da SBPH*, v. 18, n. 2, p. 01-04. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200001&lng=pt&tlng=pt

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. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382014000200007&lng=pt&tlng=pt

Ornell, F., Halpern, S. C., Kessler, F. H. P., & Narvaez, J. C. de M. (2020). O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00036520, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00036520>

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.

Potzik, B., Candaten, A. E., Schmitz, T. dos S. D., Rossi, E. de P. R., Prieb, R. G. G.,

Frank, C. A., Azzolin, K. de O., & Tavares, J. P. (2020). Visita virtual de familiares para pacientes com Covid-19 em terapia intensiva: experiência da equipe multiprofissional. *40ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/230573/001122740.pdf?sequence=1> em 26 de outubro, 2021.

Reis, L. B., Oliveira, B. D., & Fracolli, S. G. (2019). A morte e o morrer dentro do hospital: relato de uma experiência de roda com profissionais de saúde. In: F. H. de F. Miranda. *Psicologia e interdisciplinaridade: encontro de saberes*. São Paulo: Paco, pp. 33-43.

Santos, G. C. B. F.. (2017). Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. *Revista M*. v. 2, n. 3, p. 116-137. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/revistam/article/view/8152/7018>

Silva, M. C. da; Silva, K.; Siqueira, L. de A. R., & Andrade, M. A. C. de A.. (2020). Acontecimento Covid-19: E daí? *Scielo Preprints*. Versão 1. Disponível em <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/520/657>

Teixeira, C. F. de S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. de M., Andrade, L. R. de, & Espiridião, M. A. . (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474.

Epub August 28, 2020. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.195620>