

Os lutos diários na oncologia: Narrativa dos profissionais sobre suas elaborações

Daily bereavements in oncology: Professionals' accounts of their elaborations

Los duelos diarios en la oncología: Narrativa de los profesionales sobre sus elaboraciones

Le deuil quotidien en oncologie : Récit des professionnels sur leurs élaborations

 10.5020/23590777.rs.v24i2.e14380

Beatriz Rihs Matos Tavares  

Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Sul da Bahia

Murilo Sousa Ramos  

Médico, Universidade Federal do Sul da Bahia

Milena Dórea de Almeida  

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia, Universidade Federal do Sul da Bahia

Resumo

O avanço tecnológico permitiu a cura de doenças crônicas como o câncer, porém, criou a ilusão de que a morte é um infortúnio. Os profissionais da oncologia apresentam uma relação ambígua com a morte que, embora presente, é combatida a todo custo. Objetivamos analisar as significações que os profissionais da área oncológica atribuem às perdas, à morte e ao luto. Realizamos uma pesquisa clínico-qualitativa com entrevista semiestruturada de questões abertas com seis profissionais componentes de uma equipe de Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, serviço público localizado em uma cidade no Sul da Bahia. Da análise de conteúdo das entrevistas identificamos quatro grupos temáticos em que discutimos os conceitos de perda, limite, luto, acolhimento, escuta e vínculo, entrecortando-os com temas como religião, docilização dos corpos, responsabilidades e implicações da instituição e do profissional de saúde na gestão de dispositivos para o luto. A conclusão indica que há um reconhecimento que a morte é mais uma das perdas no trabalho que não tem a devida elaboração, não pela sua desimportância, mas pela pressão das demandas de trabalho.

Palavras-chave: morte, luto, sofrimento, profissionais da saúde, neoplasias

Abstract

Technological progress has made it possible to cure chronic diseases such as cancer, but it has also created the illusion that death is a misfortune. Oncology professionals have an ambiguous relationship with death, which, although present, is fought at all costs. We aim to analyze the meanings that professionals in the oncology field attribute to losses, death, and mourning. We conducted clinical-qualitative research, with semi-structured interviews of open questions with six professionals from a team at a High Complexity Oncology Unit, a public service located in a city south of Bahia. From the content analysis of the interviews, we identified four thematic groups in which we discussed the concepts of loss, limits, mourning, welcoming, listening, and bonding, interspersing them with themes such as religion, the docility of bodies, responsibilities, and the implications of the institution and the health professional in managing devices for mourning. The conclusion indicates that there is a recognition that death is yet another loss at work, which is improperly addressed, not because of its unimportance, but because of the pressure of work demands.

Keywords: death, mourning, suffering, health professionals, neoplasms

Resumen

El avance tecnológico permitió la cura de enfermedades crónicas, como el cáncer, sin embargo, creó la ilusión de que la muerte es un infortunio. Los profesionales de la oncología presentan una relación ambigua con la muerte, que, aunque presente, es combatida a todo coste. Objetivamos analizar las significaciones que los profesionales del área oncológica atribuyen a las pérdidas, a la muerte y al duelo. Realizamos una investigación clínico-cuantitativa, con entrevista semiestructurada de cuestiones abiertas con seis profesionales participantes de un equipo de Unidad de Alta Complejidad en Oncología, servicio público, ubicado en una ciudad en el Sur de Bahía. Del análisis de contenido de las entrevistas, identificamos cuatro grupos temáticos donde discutimos los conceptos de pérdida, límite, duelo, acogida, escucha y vínculo, entrecortando con temas como religión, docilización de los cuerpos, responsabilidades e implicaciones de la institución y del profesional de la salud en la gestión de dispositivos para el duelo. La conclusión indica que hay un reconocimiento que la muerte es una pérdida a más en el trabajo, que no tiene la debida elaboración, no por su falta de importancia, sino por presión de las demandas de trabajo.

Palabras clave: muerte, duelo, sufrimiento, profesionales de salud, neoplasias

Résumé

Les progrès technologiques ont permis de guérir des maladies chroniques, comme le cancer, mais ont également créé l'illusion que la mort est un malheur. Les professionnels de l'oncologie entretiennent une relation ambiguë avec la mort, qui, bien que présente, est combattue à tout prix. Nous avons cherché à analyser les significations que les professionnels du domaine de l'oncologie attribuent à la perte, à la mort et au deuil. Nous avons mené une recherche clinique qualitative, en utilisant des entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes auprès de six professionnels faisant partie d'une équipe d'une unité de haute complexité en oncologie, dans un service public situé dans une ville du sud de Bahia. À partir de l'analyse du contenu des entretiens, nous avons identifié quatre groupes thématiques dans lesquels nous avons discuté des concepts de perte, de limite, de deuil, d'accueil, d'écoute et de lien, en les entrecoupant de thèmes tels que la religion, la docilisations des corps, ainsi que les responsabilités et les implications de l'institution et des professionnels de santé dans la gestion des dispositifs de deuil. La conclusion indique que la mort est reconnue comme l'une des pertes au travail qui n'est pas correctement élaborée, non pas par manque d'importance, mais en raison de la pression des exigences du travail.

Mots clés : mort, deuil, souffrance, professionnels de la santé, néoplasies

O tema central deste artigo são as concepções de perda, morte e luto de profissionais que estão na assistência oncológica, desde a perspectiva da psicanálise. A escolha por restringir esta investigação para esse público se deve porque o câncer é um problema de saúde pública de importância epidemiológica no que concerne à incidência e à morbimortalidade (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2022). Trata-se de uma doença crônica que é, muitas vezes, associada à morte pela sua história de desafios para a cura e pelas perdas decorrentes do processo de adoecimento.

A morte biológica é um acontecimento natural e o morrer é um processo biopsicossocial que caminha até a cessação definitiva da vida. Durante esse transcurso, várias emoções e sentimentos podem ser desencadeados, tais como dor, raiva, desconhecimento, tristeza e saudade (Faria & Figueiredo, 2017). Isso porque a irrevogável certeza de que se morrerá um dia não acarreta conformação nem compreensão tranquila, pois não há uma forma de se ensinar como morrer; tampouco de se preparar para o luto que acontecerá.

O luto é o meio pelo qual o indivíduo é capaz de enfrentar tais questões e, para a psicanálise, trata-se de um processo doloroso de significações e ressignificações, que se inicia como reação diante de uma perda, entendida como o desaparecimento daquilo que tem um valor emocional para o sujeito, como uma pessoa, um objeto ou uma abstração (Freud, 1917/1996b). Na sociedade ocidental, os rituais são elementos simbólicos para compreender, entre outras questões, a morte e o luto. Porém, no cenário atual, esses se tornaram distantes, mecanizados, breves e discretos, nos quais os indivíduos, que passam pelo luto, retraem suas emoções, a fim de não perturbar outras pessoas, pois é considerado mórbido e, muitas vezes, patológico (Kovács, 2008). Assim, na contemporaneidade, lidamos com nossa existência, e daqueles que perpassam nossa vida, como se fossemos imortais, apesar de sabermos que o processo do morrer e da morte é inevitável (Soares & Castro, 2017).

Nesse cenário de silêncio e recalcamento sobre o tema, a maioria das mortes ocorre nas ruas, de forma exposta por violência e acidente, ou nos hospitais, de forma velada por doença (Kovács, 2008). No contexto hospitalar, o óbito e a dor decorrente se tornam um temor para os profissionais de saúde, pois as altas tecnologias e a formação por especialidade os preparam para curar doenças e salvar vidas. Assim, eles acabam por ter dificuldade em aceitar a terminalidade (Gomes

& Souza, 2017; Kovács, 2010). Uma das patologias paradigmáticas para pensar esse confronto entre a alta tecnologia e o enfrentamento da terminalidade é o câncer.

A atenção oncológica faz com que os trabalhadores se defrontem com situações de dor, finitude, perdas e luto, como morte, mutilações e efeitos adversos que acarretam reações físicas e emocionais do usuário e de seu familiar (Lins & Souza, 2018). Para além disso, os profissionais de saúde têm experiências que tornam o seu trabalho pesado, tais como excesso de questões burocráticas, estresse com problemas do sistema de saúde, transmissão de más notícias e envolvimento em conflitos com pacientes e familiares dos indivíduos que assistem (Perboni et al., 2018). Essas situações favorecem as vivências de luto não autorizado pelas perdas e, por reprimir as emoções, muitas vezes de forma inconsciente, esses profissionais também podem adoecer (Kovács, 2010). Os principais sintomas são esgotamento psíquico, que começa pela diminuição da concentração, com posterior consumo de substâncias químicas, até o desenvolvimento de depressão e ideação suicida.

O adoecer se configura como um momento de crise do ideal que temos de sermos invulneráveis diante da morte, nossa angústia primeira (Freud, 1920/1996d). Assim, cabe ao profissional de saúde se deparar, cotidianamente, com a perda do ideal de imortalidade, o que, verdadeiramente, perde-se quando se está diante de um adoecimento que pode levar à morte (Moretto, 2019). O enfrentamento do luto perpassa, portanto, o sofrimento da angústia pela queda do ideal de imortalidade e o medo do desconhecido (Perboni et al., 2018). Diante desse doloroso enfrentamento, os profissionais passam a ter dificuldade em se comunicar com os pacientes e seus familiares sobre o morrer e se sentem inaptos para lidar com as questões de finitude da vida (Carvalho & Honda, 2017).

A pesquisa realizada por Cunha et al. (2021) indica que os profissionais da oncologia entrevistados se esforçam para perceber a morte como um processo inerente à vida, reconhecem o sofrimento que perpassa o processo de morrer, sobretudo em pacientes com câncer em estágio avançado, recorrem a crenças religiosas para compreender o sentido da morte, reconhecem a formação acadêmica insuficiente para trabalhar as situações de perda e de sofrimento e destacam a falta de apoio institucional para suporte psicológico e para a criação de uma cultura institucional que valorize os cuidados à saúde física e mental. Para contribuir para as discussões nesse tema pelo viés da psicanálise, este artigo objetiva analisar as significações que os profissionais da área oncológica atribuem às perdas, à morte e ao luto. A representação da morte, e de qualquer outro fenômeno, é produzida subjetivamente, a partir do reconhecimento, interpretação e elaboração de elementos sociais, culturais, históricos, familiares e individuais (Reis et al., 2017). A partir dessa produção subjetiva, os sujeitos se estruturam, delinham a sua apresentação no mundo e constituem laços sociais (Birman, 2014). Então se compreende que é, inclusive, em torno das significações sobre perda, morte e luto que os profissionais organizam seus modos de funcionamento no trabalho.

Método

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2008), realizada com trabalhadores de uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), do Sistema Único de Saúde / SUS, de um município de grande porte no interior da Bahia. O método clínico-qualitativo é uma derivação dos métodos qualitativos. Nele, se preconiza a realização de entrevistas semiestruturadas de questões abertas que, para esta pesquisa, teve as seguintes questões disparadoras para a coleta: (1) “Quais são as perdas que você lida em seu ambiente de trabalho?”; (2) “Como você lida com essas perdas?”; (3) “O que passa na sua mente quando um paciente seu falece?”; (4) “Quais processos são realizados por você e pela equipe para se despedir desse paciente que falece?”; e (5) “Quais intervenções poderiam ajudar a equipe nesse processo de luto?”. Perguntas adicionais foram feitas para aprofundar a investigação do assunto, tendo como guia os objetivos da pesquisa e a fala do entrevistado.

Antes da entrada no campo, apresentamos a pesquisa aos gestores da Secretaria Municipal de Saúde e à direção da Unidade. Para o convite ao participante, solicitamos que a direção da UNACON indicasse os profissionais para participar, e solicitamos aos participantes que indicassem colegas para a pesquisa. O convite foi realizado por telefone e, após o aceite, agendamos o local, dia e horário para a realização da entrevista.

A conduta da entrevistadora foi de acolhimento das emoções e sentimentos mobilizados pela entrevista, respeitando as manifestações do entrevistado e, no final da entrevista, quando necessário, foi orientada a busca por cuidados ao sofrimento manifesto. Foi realizada, individualmente, a devolutiva dos resultados da pesquisa, quando se retomou os temas abordados e as reflexões proporcionadas. A abordagem psicanalítica foi uma referência para a escuta, com referencial teórico centrado na conceituação de associação livre de ideias, transferência e resistência. A postura profissional foi pautada no Código de Ética Profissional do Psicólogo (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005) e a pesquisa respeitou os preceitos éticos que envolvem pesquisa com seres humanos, regulamentados pelas Resoluções 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2012), e 510/2016 (CNS, 2016). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Sul da Bahia, mediante Certificado de Apresentação Ética - Parecer nº 5.116.231.

Todas as entrevistas ocorreram em salas de atendimento da UNACON, em ambiente reservado, silencioso e sigiloso. Nesse momento explicamos a proposta da pesquisa e solicitamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE), para assinatura, caso confirmasse o aceite. As entrevistas foram gravadas e realizadas no período de fevereiro a maio de 2022, por uma psicóloga, praticante da psicanálise e doutora em psicologia clínica, e acompanhadas por uma bolsista de iniciação científica, graduanda em medicina. O tempo médio das entrevistas foi de aproximadamente 46 minutos. Entrevistamos profissionais, com tempo de experiência superior a um ano, atuantes na UNACON selecionada e excluídos aqueles que estavam de férias ou de licença-saúde.

Encerramos a amostra pelo critério de saturação teórica e consideramos que com seis entrevistados as respostas já exibiam repetições em seu conteúdo e ostentavam elementos suficientes para atingir os objetivos da pesquisa (Turato, 2008). Os participantes da pesquisa são: uma assistente social, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma massoterapeuta, uma farmacêutica e um recepcionista. Por ter o gênero feminino como maioria das participantes, na apresentação dos resultados, utilizamos esse gênero.

Para o tratamento do material coletado, seguimos os seguintes passos (Turato, 2008): (1) primeiro, transcrevemos, em arquivo digital, o material gravado das entrevistas, com acréscimo de observações realizadas no decorrer desta coleta; (2) após, realizamos leituras flutuantes das informações transcritas, em que não privilegiamos qualquer elemento e tínhamos o intuito de conhecer o material; (3) a partir disso, fizemos um agrupamento das falas, considerando a repetição e a relevância do conteúdo, e identificamos os temas que cada agrupamento trazia; (4) posteriormente, criamos categorias para os temas, de acordo com o acervo teórico e científico, e organizamos os agrupamentos por proximidade temática; (5) por último, interpretamos o conteúdo categorizado com o referencial teórico psicanalítico e discutimos juntamente com os assuntos já abordados pela literatura. A partir da etapa das leituras flutuantes, tivemos o apoio de outro discente de graduação para a análise dos dados.

A pesquisa é validada pelo *checklist Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)* (O'Brien et al., 2014). Esse *checklist* é um guia padronizado para relatórios de pesquisa qualitativa e foi utilizado, no final, para avaliar se foi cumprido cada item que qualifica uma investigação e para escrever o relatório da agência de fomento.

Resultados e Discussão

A análise das seis entrevistas permitiu identificar e correlacionar quatro grandes grupos temáticos à literatura científica, que estão sintetizados na Tabela 1 e serão apresentados e discutidos nesta seção.

Tabela 1

Síntese dos temas categorizados a partir das entrevistas

Título	Temas discutidos
Sentidos atribuídos às perdas	Imposição de executar as tarefas para transpor os limites e esconder a dor das perdas; atribuição de bondade para o profissional que exerce suas funções sem questionamento, relacionando isso a fundamentos religiosos.
Sentidos atribuídos ao luto e formas de elaboração	Excesso de demandas e imperativo de trabalhar em prol da boa assistência impedem a percepção da elaboração do luto; o sofrimento é destacado, porém trazem mecanismos para o enfrentamento e elaboração do luto.
Importância do vínculo com o paciente e familiar	Correlacionado aos exemplos da seção anterior, o vínculo com o paciente e familiar é destacado como um importante recurso para elaborar as perdas.
Responsabilidade e implicação à assistência em oncologia	Falta de amparo institucional e responsabilização individual para lidar com as perdas e limites têm como efeito a falta de percepção da sua implicação com a escolha pela oncologia e com a transformação na área, aguardando que o outro modifique o meio.

Sentidos atribuídos às perdas

A definição das palavras *perdas* e *limites* indica que a perda se refere à privação de algo que se possuía ou a ausência de alguém num lugar habitual (Ribeiro et al., 2023a). Já o limite é uma linha, real ou imaginária, que delimita e separa um território de outro e, em seu sentido figurado, significa uma insuficiência, restrição ou delimitação que traz uma marca a partir da qual não se pode continuar (Ribeiro et al., 2023b). Ao serem questionadas sobre quais são as perdas com as quais lidam no ambiente de trabalho, as entrevistadas fazem referência à morte de pacientes; ao término ou à interrupção do tratamento e, portanto, à perda da convivência com os indivíduos assistidos e familiares; à perda de funcionalidades nos pacientes, que, pelo adoecimento e tratamento perdem funções físicas e cognitivas e alteram situações e estilo de vida; à desistência do tratamento pelo paciente; à perda de colegas da equipe, por desligamentos; e outros elementos que estão mais relacionados aos limites para a execução do trabalho. Tais elementos referem-se aos recursos insuficientes no sistema

público de saúde, como quadro de funcionários reduzido, falta de medicamentos e materiais que deveriam ser oferecidos, espaço e material insatisfatórios para atender às necessidades dos usuários, horário de trabalho limitado para responder às demandas do serviço, demora no agendamento de exames e procedimentos terapêuticos e diminuição da motivação para o trabalho, devido ao desgaste emocional com as dificuldades enfrentadas.

Isso aponta que há uma confusão entre as perdas e os limites. Segundo Moretto (2019), frente a uma perda é necessário elaborar o luto, já diante de um limite é necessário lutar: analisar e utilizar os recursos disponíveis para construir outras possibilidades. Quando se confunde limite por perda, não se luta por outras possibilidades e quando não se reconhece uma perda, não se elabora o luto. Nas entrevistas, observamos que, embora falem sobre perdas, os profissionais avaliam que não os elaboram adequadamente, preenchendo o tempo de assimilação de suas emoções com atividades do trabalho. Dessa forma, inferimos que, diante de uma ausência de elaboração das perdas e de uma interpretação de limite como perda, as entrevistadas ignoram suas elaborações e possibilidades de luta por melhores condições de assistência à saúde, preenchendo-as com ações. A enfermeira exemplifica isso quando diz:

Eu tenho oito poltronas de quimioterapia, eu agendo 22 pessoas. É desumano para a gente! E, principalmente, para os pacientes. (...) E isso é muito difícil de lidar. (...) Eu estou me prejudicando, estou prejudicando a minha equipe, estou expondo a um trabalho pesado.

Trabalhar na área da saúde implica uma contínua exposição a várias exigências físicas e psicológicas, sendo que, quando as demandas ultrapassam os recursos, os profissionais tendem a desenvolver estresse e esgotamento profissional (Sacadura-Leite et al., 2019). A farmacêutica fala que todos da equipe trabalham no limite, estão sempre estressados, preocupados e resolvendo demandas pelo celular. A enfermeira avalia que sofre de ansiedade, fruto das dificuldades e do desgaste em lidar com as demandas de trabalho, complementa que fica sem comer e sem ir ao banheiro para ser ágil e resolutiva. Sabe que isso a levará para o adoecimento e conclui que é “a forma de lidar com a situação, ou você trabalha, ou você sai”. Ela se vê diante de um impasse, ou executa, inquestionavelmente, o trabalho ou não trabalha.

O adoecimento pode se fazer presente quando se torna complexo e difícil de reconhecer o limite entre o empenho no cuidado e na assistência ao paciente e o envolvimento com as questões do trabalho (Vasconcelos & Dutra, 2020). O sofrimento emocional se configura em um ciclo, caracterizado pela raiva, ansiedade e depressão, em que um afeto estimula o outro (Faria & Figueiredo, 2017). A farmacêutica, por exemplo, relata que no dia anterior à entrevista chorou muito em vários momentos do dia, sentindo uma mistura de raiva e tristeza pelas dificuldades enfrentadas no trabalho, identificando a raiva como predominante.

Percebemos que o sofrimento das entrevistadas é agravado pela ausência de amparo institucional para lidar com os limites impostos pela carência de recursos do sistema público, o que aponta para o funcionamento neoliberal na saúde (Gonçalves et al., 2015). Desse modo, por não identificarem uma referência normatizadora da instituição em que trabalham, cada profissional responde com seus próprios repertórios e aqueles que se doam mais, que não reconhecem os limites e agem para atender às necessidades e demandas do serviço, são compreendidos como bondosos, como explicitado pela técnica de enfermagem ao avaliar como “bondade” o gesto de sua colega que, rotineiramente, decide e vai, sozinha, com sua própria moto, a casa de pacientes, para, por exemplo, informar que a UNACON conseguiu agendar a consulta, quando não o fez por telefone, pois o número informado estava errado.

Reconhecemos e valorizamos o envolvimento de cada profissional com seu trabalho, porém a resolução de problemas com os usuários não deve ser uma decisão de “bondade” de um profissional, e sim uma decisão discutida e compartilhada com a equipe e amparada institucionalmente. No entanto, ao responderem com seus próprios desejos e concepções subjetivas, surge outra problemática: o uso da religiosidade pessoal na relação com o paciente e familiar. A enfermeira destaca isso quando atribui que a exaustão no trabalho é também prazerosa porque “Deus lhe deu saúde” e as pessoas assistidas não a tem e depositam esperança na equipe, nos médicos e no tratamento.

Assim, a bondade se liga à graça divina de ter saúde e o trabalho exaustivo é visto como agradecimento ou um preço pago para se manter saudável. Esse aspecto também é destacado pela massoterapeuta quando comenta o conflito vivenciado ao observar o sofrimento de uma paciente que era “extremamente religiosa” e “fazia muita caridade”. Para ela, o conflito ocorre pela ausência de explicação para a relação entre a pessoa ser boa e a pessoa sofrer tanto até morrer. A religiosidade se refere a um meio para obtenção de outros fins, para si e para outrem, como consolo, sociabilidade, distração e *status* (Thiengo et al., 2019). A massoterapeuta, ao consolar o marido de uma paciente que estava em iminência de óbito, sugeriu que ele entregasse a esposa “nas mãos de Deus, com fé e confiança, para ele fazer o melhor”, pois avaliava que o sofrimento e apego do esposo à paciente impedia a morte dela. Essa morte compreendida como fim do sofrimento.

A assistente social menciona que a “presença de Deus” em sua vida lhe dá forças para lidar no dia a dia do trabalho e informa que respeita todos os credos religiosos, mas o paciente precisa sair da conversa com ela com uma motivação e uma esperança, que ela transmite com palavras e comportamento. Ou seja, para além das comunicações técnicas e afetivas ligadas ao saber profissional, há transmissão de mensagens religiosas.

Quando se considera a religião do profissional, há uma ambivalência no que se relaciona à coexistência dos saberes técnico-científico e religioso e, embora se tenha o pressuposto de que crenças religiosas devem ser respeitadas, é difícil fazer essa dissociação no contato com o paciente (Fernandes et al., 2018). A religiosidade pode ser uma estratégia de enfrentamento do sofrimento, já que pode promover segurança e sentido à existência e atribuir significado à experiência de adoecimento, instigando o indivíduo a ter posicionamentos frente a isso. No entanto, há situações em que o uso da religião, como amparo ao que sente, causa o enfrentamento negativo do sofrimento (Thiengo et al., 2019).

A disciplina, proposta pelas normas institucionais – como hospitalares e religiosas – produz corpos disciplinados e dóceis (Foucault, 1987), pois aumenta as forças do corpo, no sentido de sua utilidade, e diminui essas mesmas forças, no sentido de sua obediência e sujeição. Assim, a religião pode funcionar como um disciplinamento que reduz a autonomia profissional de lutar por melhorias no funcionamento institucional e, em função do outro, aumenta suas ações para seguir trabalhando em busca de ajudar esse outro, como exemplificamos. Por esse recorte, essas profissionais vivenciam uma renúncia de si para executar ações que elas consideram boas para o usuário, porém se percebem com um excesso de trabalho que prejudica a si e a própria assistência.

Sentidos atribuídos ao luto e formas de elaboração

O luto é a forma ideal para lidar com a morte, é um período lento e doloroso que exige uma disponibilidade para elaborar a perda; não é um processo automático, nem é um trabalho de esquecimento, ao contrário, é um período de lembranças, resignificações e reinvestimentos. O início do luto se dá com o reconhecimento doloroso da perda, passando por um isolamento do mundo externo, pelo desinteresse em se envolver em atividades que não remetam a lembranças do objeto/pessoa ausente (Freud, 1917/1996b). Posteriormente, começa-se a identificar o que verdadeiramente é perdido quando aquilo lhe falta e, por fim, consegue-se retirar os investimentos libidinais nesse objeto/pessoa que não se encontra mais na realidade e se passa a investir em outros objetos amados. Esse momento é o fim do trabalho de luto, em que se adota um novo modo de viver.

Ao refletir sobre essas teorizações nas entrevistas, observamos que as profissionais reconhecem a morte cotidiana e tentam entendê-las, porém, não identificam ações, nem individuais nem coletivas, direcionadas para o luto. Inclusive, trazem que as exigências de seguir com a resolução das demandas e o fluxo de pacientes acabam por interromper essa construção subjetiva. Elas trazem o significante “acostumar” com a morte de pacientes, parecendo perceber a morte como natural, conforme também apontado por Cunha et al. (2021).

Porém, o exemplo da fala da enfermeira mostra um outro sentido para isso, pois, ao saber da morte do paciente, sente pesar pela perda, mas, rapidamente, seu interesse muda para saber qual seria a próxima data agendada para esse paciente, com intuito de excluí-lo e dar a vaga para outro. A enfermeira avalia, ainda, como uma atitude insensível, bem como a técnica de enfermagem, mas avança no reconhecimento do sofrimento. Ela informa que, ao saber de uma morte, embora esteja destruída por dentro, engole o choro para mostrar firmeza para os usuários e familiares. Muitas vezes, reveza a assistência com um colega para ir ao banheiro chorar e conseguir retornar para dar conforto a quem precisa.

O choro escondido ou entre colegas de confiança e, em contraposição, a exigência de não chorar nem demonstrar o sofrimento para o paciente e o familiar são destacados como um valor profissional, transmitido por todos e para todos. Saber controlar as emoções e as expressões de sentimentos indica um merecimento de ocupar aquela posição na oncologia, é uma avaliação de profissionalismo. Mesmo com isso, a farmacêutica contesta o “acostumar-se com a morte”, diz que cada perda é única e mesmo sabendo que ela vai ocorrer, quando acontece é ruim, pois vivenciá-la é diferente de saber que vai acontecer um dia. Outras entrevistadas trazem a ideia do afeto diferenciado e da relação mais próxima com o paciente para avaliar a perda passível de luto e aquela que é menos custosa, semelhante aos entrevistados por Cunha et al. (2021). A massoterapeuta, por exemplo, classifica os pacientes, como: sábios, serenos, tranquilos e com a alma boa, revoltados, culpados e que não aceitam a morte com resignação. Afirma que vê os primeiros como aqueles que gostaria de ter mais convivência para aprender mais.

Percebemos que a elaboração das perdas das entrevistadas é vivida como um conflito em várias direções: pressão para atender às demandas excessivas, exigência do ideal de profissionalismo no exercício das suas funções, demarcações quanto ao envolvimento com os sujeitos assistidos e avaliações sobre quando e quanto se pode sofrer. Toda essa pressão é intensificada pelas exigências atuais, reforçadas pela evolução da tecnologia e da formação acadêmica por especialidade, tendo a cura como uma meta para vencer a corrida contra a morte (Gomes & Sousa, 2017; Kovács, 2008). A morte passa a ser vista como sinônimo de insucesso, um inimigo temido a ser vencido numa guerra.

Em consonância, mas por outro ponto de vista, as entrevistadas relatam que a sensação de ter feito tudo o que podiam pelo paciente e o familiar as ajudam a lidar com a perda. A assistente social afirma que sente como “uma missão cumprida”, por ter sido útil na vida do paciente e feito tudo aquilo que chegou até ela para agir como profissional, o que remete que a técnica profissional é um recurso de elaboração, porém, que também traz o sentido da sobrecarga de trabalho. A expressão

“missão cumprida” indica a maneira militarizada de encarar o trabalho, como um soldado em uma batalha que executa uma tarefa ordenada por outra pessoa.

Na presença da morte, as profissionais racionalizam e buscam explicá-la através de diálogos, questionamentos e justificativas. Essas racionalizações acabam perpassando pela culpa que, quando não ressignificada, acarreta má elaboração do luto e/ou adoecimento (Gomes & Sousa, 2017). A culpa é explícita na fala da massoterapeuta quando menciona que sente “uma sensação estranha” de alívio e dor pela morte de um paciente em sofrimento, e que precisa processar para entender que o alívio não advém de um desejo de morte, mas porque o processo doloroso chegou ao fim.

Sobre essa necessidade de elaborações, a farmacêutica afirma que tem sonhos com muitos elementos do trabalho e entende que isso é uma forma de lidar com a angústia mobilizada. Os sonhos são manifestações do inconsciente, em que ocorre uma tentativa de construir um saber próprio sobre uma vivência e misturam restos diurnos, afetos, pensamentos e desejos recalcados no inconsciente (Freud, 1933/1996e). Esses dois últimos aparecem sob forma disfarçada, simbolizada em elementos, a princípio, enigmáticos. Assim, o sonho é uma formação de compromisso do eu para manifestar algo que necessita de elaboração pelo sujeito, porém não pode aparecer em seu estado bruto. Ainda, as entrevistadas comentam sobre as vivências pessoais como forma de elaborar as situações profissionais, e vice-versa. A técnica de enfermagem fala que observar o problema dos pacientes ajuda a perceber seus problemas como “mínimos”, porém, seu relato denota sua fragilidade:

Cada dia eu consigo mais força e é por aqui. (...) E aí eu consigo ficar sem feridas, saio daqui tranquila, mas, também não fico em pé, não consigo sentar olhando um ali precisando de mim.

A expressão “mas também não fico em pé” indica uma contradição com a mensagem manifestada pela fala e, por isso, pode ser interpretada como um ato falho. Esse é compreendido como equívoco da linguagem, que revela um conteúdo inconsciente que deseja ser expresso, mesmo a partir da vontade do sujeito em escondê-lo (Freud, 1901/1996a). Ato falho são erros conscientes, porém acertos inconscientes, já que é bem-sucedido ao transmitir um saber. “Não ficar em pé” pode ter o sentido de cansaço pela exigência de estar sempre firme em seu posto de trabalho e ser um apelo para o cuidado ao seu sofrimento.

Em continuidade com os recursos para lidar com a morte, as entrevistadas também falam de pequenos rituais de despedida como pensamentos direcionados a determinado paciente próximo da morte, diálogos com a família do morto e lembranças guardadas daqueles que já se foram, como a técnica de enfermagem que guarda presentes e fotos deles. O recepcionista avalia que tem imaturidade para lidar com as perdas, relata grande choque quando as primeiras mortes ocorreram e traz que ainda precisa de uma pequena pausa entre a notícia da morte e a retomada das atividades. Um dos significantes trazidos pelas profissionais que apontam para um consolo diante da morte é a palavra “descansou”, conforme também apontado por Monteiro et al. (2021). Assim, pensar que o paciente descansou do sofrimento apazigua os afetos despertados pelo contato com a vida e a morte de outrem.

Sobre os recursos oferecidos pela instituição para trabalhar o luto, algumas entrevistadas mencionam não haver e que, anteriormente, havia um dispositivo de “tocar um sino”, acompanhado de cartazes que indicavam a última sessão de quimioterapia para a comemoração pela “vitória”. Porém, em contraponto, questionam esse ritual, já que era realizado em todos os casos de fim quimioterápico, inclusive para aqueles que finalizaram pela doença não responder ao tratamento. A massoterapeuta ressalta que uma enfermeira se recusou a tocar o sino e o guardou para impedir seu uso, pois muitos pacientes já apresentavam metástases, mas o médico optava por dar alta da quimioterapia, passar pelo ritual comemorativo, para não desanimar com o tratamento paliativo que viria. Exposto isso, questionamos se alguns dispositivos ajudam os pacientes a terem esperança de cura, ou funcionam como um mecanismo de proteção (Monteiro et al., 2021) para negar as perdas e sofrimentos naquele ambiente e se desimplicar de conversar francamente com o paciente.

Os desafios que os profissionais de saúde enfrentam para lidar com a morte e o processo de morrer no ambiente de trabalho tem um lado positivo e um negativo (Carmo et al., 2019). Nas entrevistas, é possível perceber uma rotina caracterizada negativamente como estressante, adoecedora, cansativa e carregada de sofrimento, a qual desperta negação, culpa, raiva, frustração e impotência. Por outro lado, há o cuidado de perceber que a parte vulnerável são os pacientes e familiares, que necessitam de amparo nesse momento e é isso que as ajuda a darem sentido ao trabalho realizado, mesmo que extrapolem alguns limites.

Importância do vínculo com o paciente e familiar

O diagnóstico de câncer faz com que o sujeito encare uma realidade que vive na tentativa de esconder a sua mortalidade. Esse confronto produz repercussões psíquicas, entendidas como traumáticas. O trauma expõe o sujeito àquilo que não tem sentido, fazendo com que o indivíduo se encontre perdido, em um momento de desorientação e desamparo (Almeida, 2020). “Por que isto está acontecendo comigo?”, essa questão comum lança o sujeito em tentativas de explicações e, diante de condições traumáticas, como a descoberta de um câncer, a presença de outro ser humano pode servir de apoio para

quem sofre. O momento privilegiado para estabelecer essa relação de apoio é na comunicação do diagnóstico da doença, que é encargo do médico e que, muitas vezes, nesse momento, não possui vínculo com o seu paciente, proporcionando poucos recursos para amenizar a angústia e desamparo sentidos (Bianchini et al., 2016). No entanto, o paciente precisará de habilidades comunicativas para fornecer conforto diante do desconhecido que está por vir, o que inclui preparo emocional.

Assim, o cuidado em saúde inclui mobilização de afetos e as entrevistadas relatam momentos em que se desestabilizam, ficam atordoadas, com raiva, com ideias e sentimentos conflituosos, choram copiosamente, sentem-se ansiosas e com pesar pelo sofrimento do outro. Os afetos são traduções qualitativas da quantidade de energia que incide sobre o psiquismo do sujeito e que, originalmente, são apoiados pelo que o outro semelhante devolve ao sujeito (Zimmerman, 2008); relacionando-se com a história subjetiva, pois, a vivência que produz a energia que invade o aparelho psíquico será traduzida por afetos já experienciados pelo sujeito em situações associadas. Ou seja, os afetos podem ser manifestos por emoções, sentimentos e atos.

Na análise das falas das entrevistas percebemos como toda a equipe de oncologia, mesmo considerando a particularidade e dificuldade de cada função, compartilha a importância do acolhimento das emoções dos pacientes e familiares, tornando esse acolhimento algo efetivo no cotidiano da Unidade. Isso fica explícito na fala da assistente social sobre o acolhimento como diretriz imprescindível para toda e qualquer ação em saúde, desde a atenção básica. Compreende-se, então, que UNACON é um lugar que ninguém queria estar, mas já que precisa estar, o paciente tem que se sentir no melhor lugar. Por isso, costuma-se dizer aos pacientes que eles são bem-vindos ao espaço e que eles devem se sentir abraçados pela equipe, para não se sentirem sozinhos e saberem que a referência de cuidado é aquela Unidade.

Acolher não tem lugar nem tempo certo para acontecer, tampouco um profissional específico para colocá-lo em prática (Ministério da Saúde, 2013). Trata-se de uma postura ética comum a todo profissional da saúde e implica a escuta do usuário para validar suas queixas, reconhecer seu protagonismo no processo de saúde-doença, responsabilizá-lo pela sua autonomia e resolução da situação. Para tal, o profissional precisa ampliar a qualificação técnica da escuta e compartilhar saberes com a equipe, com os usuários, a família e a comunidade.

Em saúde mental, orientados pela psicanálise, defendemos a escuta singular do sujeito desde a clínica de recepção como decisiva para direcionar o tratamento clínico. Essa escuta singular deve perpassar todo tratamento e significa uma escuta implicada, que produz “efeito de responsabilidade” e promove, dos dois lados, a produção de saberes (Dunker & Thebas, 2019, p. 34).

As entrevistadas percebem o diagnóstico como um momento intenso de mobilização emocional do paciente e do familiar e buscam estabelecer um fluxo para o acolhimento dessas emoções, inclusive levantam a problemática do abandono do tratamento, associando sua escuta e receptividade como necessários para evitá-lo. Consideram que o melhor profissional para essa escuta é o da psicologia, mas na ausência dele, tentam se organizar de forma a amparar o paciente e sua família. A preocupação com o acolhimento se estende para outros momentos de más notícias, como recidiva, palição e morte. O recepcionista se preocupa com a forma mais adequada de acolher a dor da perda, pois, por mais que se relacione com a pessoa, é muito difícil achar as palavras certas para oferecer.

A enfermeira corrobora essa fala e diz que não gosta dessa função de “confortar” o outro, pois fica sem jeito e não sabe o que falar. A massoterapeuta, ainda que destaque o saber específico da psicóloga na equipe, traz um ponto interessante sobre quem o paciente e familiar acabam por direcionar sua fala de dor e sofrimento: “às vezes, eles se apegam a técnicos, às vezes, às meninas dos serviços gerais, que quando a menina está limpando eles estão na porta conversando, então tem que ser com a pessoa que eles se sentem mais confortável”. Essa transferência de um lugar de escuta, feito pelo paciente e direcionado a um profissional específico, é essencial que seja percebido e manejado pela equipe, para que possa haver a implicação do paciente com seu tratamento (Moretto, 2019).

As entrevistadas mencionam a escuta como um método de acolhimento, porém, não associam, diretamente, a formação profissional para essa abordagem, o que indica ser uma habilidade exercida mais pela sensibilidade e experiência do que por formação e treino (Vogel et al., 2019). A técnica de enfermagem fala que, muitas vezes, os pacientes só querem que os profissionais parem tudo e os escutem. Avalia que, no momento de desespero, a escuta, para eles “é a melhor coisa do mundo”. A assistente social complementa que essa atenção ajuda na avaliação individual do estado emocional do paciente e do familiar para conduzir cada situação de forma única.

Essa entrevistada cita que a experiência profissional na atenção básica lhe dá conhecimento sobre a importância do vínculo formado entre ela, o paciente, o familiar e toda rede de saúde. Para ela, esses vínculos são imprescindíveis para o caminhar do tratamento. Em acréscimo, observamos que a massoterapeuta busca elaborar os vínculos com os pacientes a partir do que cada um, com suas expressões singulares, transmitiu-lhe de saber único.

Assim, essa fala se aproxima da psicanálise vincular, que entende o vínculo como constituinte do sujeito do inconsciente, da família, dos grupos e das instituições. Vínculo é “a realidade psíquica inconsciente específica construída pelo encontro de dois ou mais sujeitos” e essa construção é realizada por um processo que inclui “o movimento mais ou menos estável dos investimentos, das representações e das ações que associam dois ou mais sujeitos para a realização de alguns de seus desejos” (Kaës, 2011, p. 159). Não se pode viver sem vínculos, porém é preciso aprender a distinguir entre os vínculos

que portam possibilidades de crescimento e de vida e os vínculos que são entraves e acorrentam o sujeito em um modo de vida ou o impedem de viver.

Nesse sentido, as entrevistadas identificam que o objetivo central que as vinculam aos pacientes e familiares é o curar e o cuidar. Tais objetivos são indissociáveis, pois buscam compreender que há outros cuidados a serem oferecidos para além da cura, mas, para isso, é necessário que sejam uma referência da família desde o início. Por exemplo, o recepcionista demonstra preocupação e proatividade em ajudar os familiares dos pacientes no que for preciso, pois percebe a necessidade de orientação quanto a trâmites após o óbito do paciente. Isso aponta que essas entrevistadas, com todos os desafios, dificuldades, sofrimento e contradições, vêm buscando construir uma assistência em oncologia pelo viés do cuidado.

Responsabilidade e implicação à assistência em oncologia

A oncologia demanda uma alta complexidade de assistência e cuidado durante todo o processo saúde-doença, além de requerer, dos profissionais de saúde, habilidades técnicas, relacionais e afetivas, devido às necessidades e particularidades dos usuários (Lins & Souza, 2018). Esse meio exige que os profissionais adotem mecanismos de enfrentamento constantes durante a operacionalização da assistência aos pacientes. Logo, a complexidade do exercício da profissão, o fascínio pelo seu descobrimento, a incerteza sobre o status do trabalho escolhido e o retorno e segurança financeiros passam a compor questionamentos que os profissionais fazem, desde a graduação, em busca da elaboração do conhecimento de si mesmo, da construção de sua identidade profissional e de seu modo de exercê-la (Buetto, 2009).

A maioria das entrevistadas não escolheu a oncologia como área de especialização, relata surpresa na nomeação ou em remanejamento de setor por lesões e acidentes de trabalho e assume a ausência de conhecimento prévio na referida área. A enfermeira diz que entrou na oncologia de “paraquedas”, sem conhecer nada, sem saber o nome de uma medicação. Mas, que resolveu aceitar, pois acreditou que era Deus lhe dando uma oportunidade. Observamos que o trabalho é visto pela enfermeira como uma mensagem divina e não como desejo pessoal, decidido e conquistado por ela.

Em contrapartida, a farmacêutica contou que escolheu a oncologia a partir de um estágio que fez durante a sua formação acadêmica e ressalta que ama trabalhar na UNACON e não se vê sem seu trabalho no local. Em consonância, as profissionais apontam que é na área que conheceram a satisfação profissional, como a assistente social que menciona estar totalmente apaixonada com tudo que faz na Unidade e onde “encontrou seu próprio ser”. Por esse motivo, e por perceber os desafios de sua função, a referida trabalhadora diz que logo que começou a trabalhar no local buscou uma especialização em serviço social na oncologia.

As entrevistadas comentam sobre suas formações durante a entrevista, porém não como um recurso primordial para lidar com as perdas, a morte e os limites, como se o saber acadêmico-científico fosse um segundo plano para lhes amparar com as questões humanas, sendo estas encaradas como mais intuitivas e pessoais. Isso aponta para uma dissociação na formação em saúde, em que as habilidades técnicas para a complexidade das relações humanas não são, verdadeiramente, incluídas como conhecimento básico em saúde (Kovács, 2010, Vogel et al., 2019). Também, a própria instituição de saúde não inclui esse saber como essencial e, portanto, cuida muito pouco para que seja desenvolvido pelos profissionais (Cunha et al., 2021).

Com isso, as profissionais destacam a psicóloga como referência para o acolhimento do choro e sofrimento. A técnica de enfermagem, ao lembrar do período em que a equipe estava sem psicóloga, fala que todo acolhimento ao choro do paciente sobrava para a equipe que fica na recepção. No entanto, salienta que, no momento que tem uma psicóloga, se o paciente está choroso, queixoso ou pensando que vai morrer, já chama a psicóloga e entrega para ela. Demonstra sentir alívio em não ter mais essa responsabilidade.

Essa é a delicada função da psicóloga hospitalar, pois, embora seu compromisso seja de amenizar o sofrimento do paciente e da família, sua função não pode ser reduzida a momentos de crise. A psicóloga deve trabalhar no campo clínico – escuta do paciente para construir uma avaliação do funcionamento psíquico e planejar condutas –, e no campo institucional – campo das decisões com a equipe, de construção do planejamento terapêutico (Moretto, 2019). Sem essa articulação, em um momento de desamparo, a psicóloga tem muito pouco a fazer, para o indivíduo, em sua especificidade profissional. O risco dessa redução é a psicóloga receber muitos encaminhamentos, porém sem a interlocução com a equipe para construção compartilhada de decisão.

O número desses encaminhamentos aumenta quando se junta a pedidos para atender aos colegas da equipe que demonstram algum sofrimento psíquico que, muitas vezes, decorre da complexidade que é esse trabalho na saúde pública. As profissionais entrevistadas chamam a atenção sobre a necessidade de ajuda psicológica para a equipe, embora ninguém faça psicoterapia, conforme informado pela farmacêutica. A enfermeira avalia que precisa de tratamento psicoterapêutico e que, por sua vez, a assistente social avalia que tem equilíbrio emocional na condução dos casos, por sua personalidade e sua religiosidade.

Amparados na teoria psicanalítica, defendemos a importância de acompanhamento psicológico para profissionais de saúde como parte de sua formação, pois auxilia os profissionais no reconhecimento e trabalho de suas questões que interferem na atenção ao paciente (Freud, 1919/1996c). Porém, os cuidados à saúde do trabalhador não devem ser uma responsabilidade apenas individual, a instituição precisa estar implicada, inclusive porque há sofrimentos que são atravessados por questões

estruturais da sociedade, como discriminações e preconceitos de raça, classe social, religião, gênero e outras intercessões que configuram a heterogeneidade da sociedade brasileira. Além de questões estruturais da instituição, como frágil segurança laboral e profissional, ausência de estudo organizacional e falta de plano de carreira (Bitencourt & Andrade, 2021).

É preciso estar amparado por políticas públicas efetivas e, pensando além, as normativas instituídas politicamente por portarias devem direcionar os aportes financeiros e de recursos humanos. Porém, cada instituição deve construir ações voltadas para a singularidade das vivências de sua equipe. Campos e Amaral (2007) defendem a gestão participativa nas instituições hospitalares, em que a comunicação é central para o compartilhamento de problemas, a descentralização das decisões e a implicação dos trabalhadores para a construção de resultados. A gestão participativa visa a construção de sujeitos autônomos, usuários e profissionais. Assim, valoriza a motivação para a produção em saúde e a integração do hospital à rede de atenção.

Nessa gestão participativa e descentralizada, a própria discussão de casos para uma decisão compartilhada da equipe pode ajudar os profissionais, pois eles se sentem como participantes, dividindo a responsabilidade e diminuindo a sensação da decisão individual na condução dos casos. Também, raciocinamos a construção de espaços de discussão de temas que tangenciam o tratamento oncológico, por exemplo, a relação profissional-paciente. Nesse ponto, as experiências de grupos inspirados no modelo psicanalítico *Balint* podem trazer o suporte metodológico (Nascimento & Garcia, 2020). Nesses grupos busca-se não, apenas, discutir os casos para a tomada de decisão do projeto terapêutico, mas externar e discutir os afetos despertados nos profissionais de saúde na relação com determinado usuário, uma espécie de discussão de casos pelo viés dos afetos dos profissionais. Trabalha-se com a transferência e seu manejo, operadores centrais da clínica e que podem direcionar o tratamento.

Em continuação às contribuições da psicanálise para a formação em saúde, Freud (1919/1996c) defendia um curso aberto para que estudantes de diferentes ramos do conhecimento pudessem estudar temas da saúde e humanidades pelo viés psicanalítico. Aqui, idealiza-se um espaço de estudo e discussão, em que os profissionais da equipe de saúde possam ler textos de diferentes áreas com o objetivo de ressignificar, coletivamente, esses temas que aparecem nos cuidados ao paciente. Por exemplo, os sentidos de palavras como *bondade*, *cuidado* e *doação* podem ser trabalhados com base em textos das ciências humanas. A religião e a espiritualidade podem ser discutidas de forma menos passional com base em textos filosóficos e antropológicos.

Portanto, vê-se a equipe, extensível para a equipe da rede ampliada de saúde, como um grupo privilegiado para a tomada de decisão, compartilhamento de responsabilidades, de afetos, de conhecimentos e, portanto, de elaboração de perda e morte. É no pronunciar das palavras e no discorrer de temas que surgem o sentido que escapa da linearidade do discurso e a posterior compreensão acerca daquilo que causa sofrimento (Carvalho & Honda, 2017). As profissionais entrevistadas destacam a união da equipe, o diálogo com colegas e o empenho de todas em aprender e fazer o trabalho adequado como favoráveis para si e para o usuário. A farmacêutica fala que aprende muito com os colegas e ratifica a importância de haver um dispositivo para o diálogo no local, como “rodas de conversa”, pois a própria equipe não conversa sobre as perdas, morte e luto. Destaca que as conversas ocorrem mais em finais de semana, quando tem óbito e o pessoal envia no grupo do aplicativo de mensagens. Outras entrevistadas também mencionam essas mensagens como forma de compartilhar o assunto, o que aponta para um dispositivo de comunicação breve, com interação reduzida e que pode ser invasivo, já que o envio e recebimento da mensagem não tem horário nem local delimitados.

Na ausência de amparo institucional, de iniciativa dos próprios funcionários em construir espaços participativos e democráticos e de terapêutica para o trabalho de ressignificações individuais, as profissionais relatam que a devolutiva de agradecimento dos pacientes é essencial para a motivação e o encorajamento na área. A enfermeira ilustra esse conflito ao dizer que percebe que não tem mais interesse em sua profissão pelo estresse e cansaço. Acrescenta que não desiste da área pelo reconhecimento dos pacientes, que têm muita gratidão pelo profissionalismo e dedicação dela, e conseqüentemente, sente orgulho da trajetória construída. Outras profissionais também trazem devolutivas de agradecimento dos familiares como forma de compreender seu trabalho. Essa devolutiva favorável tem o sentido de que o esforço e a renúncia valeram a pena, pois o objetivo das ações em prol do paciente foi alcançado.

Conclusão

As entrevistadas reconhecem que a morte é um tipo de perda diária na oncologia e não escondem isso. Porém, para elas, a morte se revela como mais uma das tantas perdas do trabalho, que acaba não tendo a devida elaboração, não pela sua desimportância, mas pela pressão da demanda de trabalho, como a fila de novos pacientes, a falta de material e insumos para o atendimento e o espaço pequeno para a assistência necessária. Elas tentam elaborar as perdas e o sofrimento psíquico decorrente, com os recursos pessoais, assim, as ações no trabalho e o vínculo com a equipe são formas de elaboração. Porém, diante da falta de amparo da instituição e de dispositivos de discussão em equipe, acabam se sentindo sobrecarregadas, por essa responsabilização individual. Nesse sentido, preceitos religiosos perpassam todos os temas, desde explicações íntimas e pessoais, como a justificativa da escolha profissional, até a mediação de dificuldades que aparecem na assistência ao usuário oncológico.

Ao observar a incidência da religião nas entrevistas, hipotetizamos a discriminação e preconceito como forma de construir as ações em saúde, por transmissão da fé religiosa para negar ou acalmar os afetos dissidentes ou por interpretação dos preceitos religiosos como forma de superioridade diante dos usuários, estando implícita a noção de pobres pecadores adoecidos. Porém, isso não foi objeto de investigação e o novo projeto de pesquisa foi direcionado para a investigação de quais são as concepções que os profissionais de oncologia têm dos sujeitos assistidos. Realmente, a pesquisa que origina este artigo se limita a investigar os sentidos e significados da perda, morte e luto em um público específico, o que constrói a assistência em oncologia em uma cidade no interior da Bahia, longe de grandes centros oncológicos e sem estar vinculado à universidade. Assim, o recorte das vivências também é específico. Alguns outros temas relacionados à morte não foram explorados, como a diferença de sentidos e significados entre a morte de pacientes jovens e idosos, que foram trazidos nas falas das entrevistadas, pois exigiria um direcionamento de investigação diferente dos temas mais emergentes e frequentes trazidos pelas profissionais entrevistadas.

Referências

- Almeida, M. D. (2020). *Sobreviventes de câncer infantojuvenil: Contribuições da psicanálise e novos dispositivos clínicos*. Zagodoni
- Bianchini, D., Peuker, A. C., Romeiro, F. B., & Castro, E. K. (2016). Comunicação em oncologia: Uma análise qualitativa sob enfoque psicanalítico. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 349-358. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287147424016>
- Birman, J. (2014). *O sujeito na contemporaneidade*. Civilização Brasileira.
- Bitencourt, S. M., & Andrade, C. B. (2021). Trabalhadoras da saúde face à pandemia: Por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1013–1022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
- Buetto, L. S. (2009). *Os significados de ser enfermeiro especialista em oncologia* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações USP. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-07102009-153327/pt-br.php>
- 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 & Saúde Coletiva*, 12(4), 849-859. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>
- Carmo, R. A. L. O., Siman, A. G., Matos, R. A., & Mendonça, E. T. (2019). Cuidar em oncologia: Desafios e superações cotidianas vivenciados por enfermeiros. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 65(3), 1-10. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n3.818>
- Carvalho, V. O., & Honda, H. (2017). Fundamentos da associação livre: Uma valorização da técnica da psicanálise. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 6(10), 46-56. <http://seer.ufsj.edu.br/analytica/article/view/2503>
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2012). *Resolução nº 466*, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Conselho Nacional de Saúde [CNS]. (2016). *Resolução Nº 510*, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Ministério da Saúde. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Cunha, J. H. S., Ferreira, L. A., Frizzo, H. C. F., Galon, T., & Rodrigues, L. R. (2021). Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva de profissionais de saúde da área de oncologia. *Revista Enfermagem UERJ*, 29(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.52717>

- Dunker, C., & Thebas, C. (2019). *O palhaço e o psicanalista: Como escutar os outros pode transformar vidas*. Planeta do Brasil.
- Faria, S. S., & Figueiredo, J. S. (2017). Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicologia Hospitalar*, 15(1), 44-66. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/15n1a05-1.pdf>
- Fernandes, J. C. A., Silva, R. A., & Sacardo, D. P. (2018). Religião e saúde: Para transformar ausências em presenças. *Saúde Sociedade*, 27(4), 1058-1070. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170757>
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. Editora Vozes.
- Freud, S. (1996a). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 13-272). Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1901)
- Freud, S. (1996b). Luto e melancolia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 245-270). Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996c). Sobre o ensino da psicanálise nas universidades. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 183-190). Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (1996d). Além do princípio de prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 11-76). Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996e). Conferência XXIX – Revisão da teoria dos sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 17-38). Imago Editora Ltda. (Trabalho original publicado em 1933)
- Gonçalves, F. G. A., Souza, N. V. D. O., Zeitouni, R. C. G., Adame, G. F. P. L., & Nascimento, S. M. P. (2015). Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3), 646-653. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>
- Gomes, D. M., & Sousa, A. M. (2017). A morte sob o olhar fenomenológico: Uma revisão integrativa. *Revista do NUFEN*, 9(3), 164-176. https://web.archive.org/web/20180521103839id_/http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v9n3/a14.pdf
- Instituto Nacional de Câncer [INCA] (2022). *Estimativa 2023: Incidência de câncer no Brasil*. INCA. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
- Kaës, R. (2011). A realidade psíquica do vínculo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 45(4), 155-166. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1138198>
- Kovács, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>
- Kovács, M. J. (2010). Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: Cuidando do cuidador profissional. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 420-429. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
- Lins, F. G., & Souza, S. R. (2018). Formação dos enfermeiros para o cuidado em oncologia. *Revista Enfermagem UFPE*, 12(1), 66-74. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22652>
- Ministério da Saúde (2013). *Política Nacional de Humanização*. Ministério da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Monteiro, T. B. M., Amorim, T. V., Porto, A. R., Carbogim, F. C., Ferreira, M. A., & Thofehrn, M. B. (2021). Construção do significado de espiritualidade no processo de morte para a equipe de enfermagem oncológica. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 29(1), 1-7. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57595>

- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Nascimento, P. T. A., & Garcia, C. A. S., Jr. (2020). Grupo Balint na formação acadêmica e no cuidado em saúde. In M. A. Maeyama, A. S. Schoelze, L. A. E. L. Oliveira & P. S. Velho (Orgs.), *Educação médica crítica, reflexiva e de qualidade: Experiências, vivências e olhares* (pp. 28–35). Editora Brazilian Journals.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 89(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- Perboni, J. S., Zilli, F., & Oliveira, S. G. (2018). Profissionais de saúde e o processo de morte e morrer dos pacientes: Uma revisão integrativa. *Persona y Bioética*, 22(2), 288-302. <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v22n2/0123-3122-pebi-22-02-00288.pdf>
- Reis, C. G. C., Farias, C. P., & Quintana, A. M. (2017). O vazio de sentido: Suporte da religiosidade para pacientes com câncer avançado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 106-118. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000072015>
- Ribeiro, D., Neves, F., & Moreira, C. S. (2023a). Perda. In *Dicio - Dicionário Online de Português*. 7 Graus. <https://www.dicio.com.br/perda/>
- Ribeiro, D., Neves, F., & Moreira, C. S. (2023b). Limite. In *Dicio - Dicionário Online de Português*. 7 Graus. <https://www.dicio.com.br/limite/>
- Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A., Ferreira, S., Costa, P. L., & Passos, A. M. (2019). Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 17(1), 69-75. <https://cdn.publisher.gn1.link/rbmt.org.br/pdf/v17n1a10.pdf>
- Soares, L. G. A., & Castro, M. M. (2017). Luto: Colaboração da psicanálise na elaboração da perda. *Psicologia e Saúde em Debate*, 3(2), 103–114. <https://doi.org/10.22289/V3N2A9>
- Thiengo, P. C. S., Gomes, A. M. T., Mercês, M. C., Couto, P. L. S., França, L. C. M., & Silva, A. N. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24, 1-12. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Editora Vozes.
- Vasconcelos, L. M. R., & Dutra, E. M. S. (2020). Os sentimentos dos profissionais de saúde diante da morte de recém-nascidos. *Revista do NUFEN*, 12(3), 38-52. <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/issue/download/356/232>
- Vogel, K. P., Silva, J. H. G., Ferreira, L. C., & Machado, L. C. (2019). Comunicação de más notícias: Ferramenta essencial na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(1), 314-321. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180264>
- Zimerman, D. E. (2008). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise* (p. 23). Artmed.

Nota:

Beatriz Rihs Matos Tavares recebeu bolsa de Iniciação Científica da Universidade Federal do Sul da Bahia para realização desta pesquisa.

Como Citar:

Tavares, B. R. M., Ramos, M. S., & Almeida, M. D. (2024). Os lutos diários na oncologia: Narrativa dos profissionais sobre suas elaborações. *Revista Subjetividades*, 24(2), e14380. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e14380>

Endereço para correspondência

Beatriz Rihs Matos Tavares
E-mail: beatrizrihs@gmail.com

Murilo Sousa Ramos
E-mail: murilosousaramos@gmail.com

Milena Dórea de Almeida
E-mail: milena.dorea@ufsb.edu.br



Recebido: 26/03/2023

Revisado: 06/09/2023

Aceito: 08/09/2023

Publicado: 28/05/2024