

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Luisa Gumiero Dias Gomes

DOENÇA ONCOLÓGICA TERMINAL: A MORTE ANUNCIADA COMO
ASSISTENTE DE TRADUÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO
TRANSFERENCIAL DO PACIENTE

Maringá

2020

Luisa Gumiero Dias Gomes

DOENÇA ONCOLÓGICA TERMINAL: A MORTE ANUNCIADA COMO
ASSISTENTE DE TRADUÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO
TRANSFERENCIAL DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Psicanálise e Civilização

Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez

Maringá

2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

G633d

Gomes, Luisa Gumiero Dias

Doença oncológica terminal : a morte anunciada como assistente de tradução e consecução do projeto transferencial do paciente / Luisa Gumiero Dias Gomes. -- Maringá, PR, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.

1. Teoria da sedução generalizada. 2. Psicologia hospitalar. 3. Terminalidade - Oncologia. 4. Doença oncológica - Paciente - Projeto de transferência. I. Martinez, Viviana Carola Velasco, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 150.19

Elaine Cristina Soares Lira - CRB-9/1202

Luisa Gumiero Dias Gomes

DOENÇA ONCOLÓGICA TERMINAL: A MORTE ANUNCIADA COMO
ASSISTENTE DE TRADUÇÃO E CONSECUÇÃO DO PROJETO
TRANSFERENCIAL DO PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicanálise e Civilização

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Viviana Carola Velasco Martinez
PPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Gláucia Valéria Pinheiro de Brida
PPI/ Universidade Estadual de Maringá

Camila Peixoto Farias
ANPEPP/ Universidade Federal de Pelotas

Aprovada em 30 de julho de 2020
Maringá, 2020

DEDICATÓRIA

As pessoas em final de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Geraldo Dias da Silva e Rosane Gumiero pelo incentivo aos estudos e exemplo de perseverança e superação diária.

Aos meus irmãos, Leticia Gumiero Dias e Gabriel Gumiero Dias, pelo companheirismo e compreensão.

Ao meu esposo, Roberson Clayton Correia Gomes, pelo incentivo, tolerância e paciência comigo em muitos momentos de dificuldades e desânimos e por dividir as alegrias e as tristezas da vida.

À minha orientadora, Viviana Carola Velasco Martinez, por me possibilitar esta caminhada árdua e honrosa, por sua paciência e desprendimento compartilhando comigo seus conhecimentos, lendo e relendo o trabalho inúmeras vezes e despertando em mim o encanto pela pesquisa.

À Profa. Dra. Glaucia Valéria Pinheiro de Brida, pela leitura atenta do texto apresentado na qualificação e por aceitar compor a banca de defesa desta dissertação.

À Profa. Dra. Camila Peixoto Farias, pelas contribuições ao texto apresentado na qualificação e por aceitar compor a banca de defesa desta dissertação.

Aos membros do *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização* (LEPPSIC), pelos aprendizados e por compartilharem as alegrias e angústias.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, pelos aprendizados durante as disciplinas cursadas.

À Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pela solicitude, buscando sempre sanar as dúvidas e auxiliar nas necessidades que surgiram durante esta caminhada;

EPÍGRAFE

Dream On

*Every time when I look in the mirror
All these lines on my face getting clearer
The past is gone
I went by, like dust to dawn
Isn't that the way
Everybody's got the dues in life to pay*

*I know, nobody knows
Where it comes and where it goes
I know it's everybody sin
You got to lose to know how to win*

*Half my life
Is books, written pages
Live and learn from fools and from sages
You know it's true, oh
All the things come back to you*

*Sing with me, sing for the year
Sing for the laughter, sing for the tears
Sing with me, if it's just for today
Maybe tomorrow the good Lord will take you away*

*Dream on, dream on, dream on
Dream to yours dreams come true*

*Steven Victor Tallarico
Letra de Dream On © Warner Chappell Music, Inc, BMG Rights
Management*

RESUMO

A proposta desta pesquisa é discutir como a morte anunciada pode funcionar enquanto um assistente de tradução em pacientes oncológicos que se encontram em fase terminal de vida e, a partir das traduções, levar a realização de um projeto transferencial. A escolha do tema da pesquisa se deu devido as vivências pessoais enquanto psicóloga hospitalar atuando em serviço privado com pacientes oncológico até a fase final de vida e morte. A partir destas observações, pensando no âmbito teórico, a Teoria da Sedução Generalizada (TSG) de Jean Laplanche nos apresentou pressupostos teóricos pertinentes ao estudo. Este estudo desenvolveu-se junto ao Laboratório de Estudo e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC) e faz parte de uma pesquisa maior que postula e desenvolve sobre o conceito de Projeto Transferencial, sob a perspectiva da TSG. Atentemo-nos para a existência e realização do Projeto Transferencial além do setting analítico e do par analista/psicólogo e paciente. Consideramos que o diagnóstico de doença terminal possibilita traduções e re-traduções da vida do paciente na tentativa de dar novos sentidos e significados, tanto no que diz respeito ao adoecimento e decorrente sofrimento psíquico, quanto para realizar um Projeto Transferencial. Este diz respeito a deixar algo definido, organizado antes de morrer, o que envolve transferencialmente a família e a equipe do Hospital, sobretudo o trabalho realizado por nós, psicólogas hospitalares, e se articula com traduções dos desejos decorrente das defesas com os assistentes de tradução oferecendo outras saídas ao sujeito, como por exemplo traduções de imortalidade, de recalçamento da sexualidade adulta, via sentido religioso, e de desligamento de pulsão. Escolhemos dois casos clínicos de pacientes oncológicos que receberam atendimento psicológico hospitalar até o momento de seus óbitos. O que aqui discutimos é precisamente algumas possibilidades de novas traduções para o excesso, para o enigmático que vem do outro, através da sedução implicada nessa relação de assimetria que caracteriza o cuidado de um paciente e que é transmitido, juntamente com o diagnóstico de terminalidade e com as preocupações com o bem-estar dele, marcando a ambivalência. Temos no primeiros caso clínico um Projeto Transferencial levando o paciente a revisitar alguns fantasmas (a relação com a mãe, com a ex-esposa, com os filhos e com a namorada) e a desenvolver uma solução, inconsciente, para a terminalidade a partir de possíveis traduções (as despedidas, as reconciliações e o perdão) buscando além de resolver questões de ordem prática, imortalizar-se na memória de seus familiares, cultivando uma imagem positiva de si, de um homem bom, uma imagem ligada aos aspectos religiosos de santidade. Já no segundo caso, temos um Projeto Transferencial de

reedição da SAF, em que o paciente encontra como saída tradutiva para o traumático da morte voltar a ser o bebê, o *infans*, na relação com a mãe. Aqui, supomos o desfecho de desligamento de pulsão e entrega à mãe como auto sacrifício como a única tradução possível para o paciente através da não existência, da fantasia de retorno ao útero materno.

Palavras-chave: Teoria da Sedução Generalizada. Projeto Transferencial. Psicologia Hospitalar. Oncologia. Terminalidade.

ABSTRACT

The purpose of this research is to discuss how the announced death can work as a translation assistant in oncology patients who are in a terminal stage of life and, from the translations, lead to the realization of a transference project. The choice of the research theme was due to personal experiences as a hospital psychologist working in a private service with cancer patients until the final stage of life, death. From these observations, considering the theoretical scope, Jean Laplanche's Theory of Generalized Seduction (TSG) presented us with theoretical assumptions relevant to the study. This study was developed at the Laboratory of Study and Research in Psychoanalysis and Civilization (LEPPSIC) and is part of a larger research that postulates and develops on the concept of Transferential Project, from the perspective of TSG. We believe that the diagnosis of terminal illness allows translations and re-translations of the patient's life in an attempt to give new meanings and meanings, both with regard to illness and the resulting psychological suffering, and to carry out a Transferential Project. This refers to leaving something defined, organized before dying, which transferentially involves the family and the hospital staff, especially the work done by us, hospital psychologists, but also articulates with translations of the desires arising from the defenses with the assistants of translation offering other ways to the subject, such as translations of immortality and repression of adult sexuality, via the religious sense. We chose two clinical cases of cancer patients who received psychological hospital care up to the time of their deaths. What we are discussing here is precisely some possibilities for new translations for the excess, for the enigmatic that comes from the other, through the seduction implied in this relationship of asymmetry that characterizes the care of a patient and that is transmitted, together with the diagnosis of terminality and with concerns about the patient's well-being, marking ambivalence. In the first clinical case, we have a Transferential Project leading the patient to revisit some ghosts (the relationship with the mother, the wife, the children and the girlfriend) and to develop an unconscious solution for the terminality based on possible translations. (farewells, reconciliations and forgiveness) seeking to resolve practical issues, immortalize themselves in the memory of their family members, cultivating a positive image of themselves, of a good man, an image linked to religious aspects of holiness. In the second case, we have a Transferential Project for the reissue of the SAF, in which the patient finds the translational solution for the traumatic of death to return to being the baby, the infans, in the relationship with the mother. Here, we suppose

the outcome of disconnection of the drive and delivery to the mother as self-sacrifice as the only possible translation for the patient through non-existence, the fantasy of returning to the maternal uterus.

Keywords: Theory of Generalized Seduction. Transferential Project. Hospital Psychology. Oncology. Terminality.

Sumário

<u>INTRODUÇÃO</u>	14
<u>CAPÍTULO I</u>	27
<u>DO LUGAR DE ONDE, COMO E A QUEM SE ESCUTA: PSICOLOGIA HOSPITALAR E ONCOLOGIA</u>	27
<u>Como se escuta</u>	37
<u>A quem se escuta: o doente de câncer</u>	46
<u>CAPÍTULO II</u>	51
<u>A MORTE ANUNCIADA COMO ASSISTENTE DE TRADUÇÃO: ONCOLOGIA E TERMINALIDADE</u>	51
<u>O doente oncológico sem perspectiva de cura, cuidados paliativos e o caminho para a morte</u>	51
<u>O encontro (im)possível com a morte: contribuições psicanalíticas</u>	60
<u>O Projeto Transferencial decorrente da morte anunciada</u>	74
<u>CAPÍTULO III</u>	78
<u>UM PROJETO DE MORRER OU DE NÃO SER?</u>	78
<u>Projeto de Morrer - Caso Pedro</u>	79
<u>História pessoal e da Doença</u>	81
<u>Rumo à morte</u>	85
<u>Projeto de Morrer: um aspecto mais consciente do Projeto Transferencial de Pedro</u>	92
<u>Morte ou imortalidade? O Projeto Transferencial de Pedro</u>	103
<u>Um retorno ao estado de não ser – Caso José</u>	109
<u>História pessoal e da doença</u>	111
<u>O caminho percorrido para a morte</u>	119
<u>A relação entre paciente e mãe e a construção do Projeto Transferencial</u>	123
<u>A fantasia de retorno ao ventre materno: o Projeto Transferencial em si</u>	125

<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	128
<u>REFERÊNCIAS</u>	132

INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca compreender como a possibilidade concreta da proximidade à morte, mediante o diagnóstico de uma doença oncológica sem cura, pode funcionar como um assistente de tradução para a realização de um Projeto Transferencial do paciente. Para o estudo, baseamo-nos na Teoria da Sedução Generalizada (TSG), elaborada por Jean Laplanche (1924-2012), que aborda as ideias de mensagens enigmáticas e as tentativas de tradução como mecanismos constituintes e organizadores do psiquismo, assim como no conceito de Projeto Transferencial de Mello Neto (2012; 2016) e Martinez (2017).

A partir destes referenciais, consideramos que o diagnóstico de doença terminal, para o paciente, exigirá um trabalho árduo de traduções e retraduções da sua vida, na tentativa de dar novos sentidos e significados, tanto no que diz respeito ao adoecimento e decorrente sofrimento psíquico, quanto para realizar, como última vontade, um Projeto Transferencial. Este diz respeito a deixar algo definido, organizado antes de morrer, o que envolve transferencialmente a família e a equipe do Hospital, sobretudo o trabalho realizado por nós, psicólogas hospitalares.

Esta pesquisa se define dentro dos trabalhos realizados no Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC), da Universidade Estadual de Maringá, coordenado pela professora Viviana Carola Velasco Martinez, cujos estudos são centrados na teoria de Jean Laplanche, além de proporem avanços, como o conceito de Projeto Transferencial, que aqui buscamos desenvolver.

A ideia inicial em relação à terminalidade surgiu da minha atuação enquanto psicóloga hospitalar ao acompanhar pacientes desde o diagnóstico oncológico incurável até o desfecho de sua morte. Desde 2010, atuo como coordenadora do Serviço de Psicologia Hospitalar de um Hospital Geral particular. Nesse período, tive a oportunidade de trabalhar paralelamente por dois anos como psicóloga hospitalar em Hospital Universitário Estadual e, durante três anos em ambulatório particular de oncologia. Entretanto, o meu interesse pela psicologia hospitalar surgiu antes mesmo da formação acadêmica, pois atuei em projeto de extensão da universidade junto ao Hospital Universitário por três anos, o que resultou nos meus primeiros contatos com a teoria e prática hospitalar.

O interesse e a experiência nessa área da psicologia hospitalar são aspectos que justificam a escolha de pesquisa, pois, a partir disso, pude reunir um material riquíssimo resultante de anos de escuta dos pacientes com diagnóstico de terminalidade. Além disso, pude observar que o entendimento de que a própria morte está próxima leva, alguns pacientes, a cumprirem certos objetivos para o que lhes restam da vida na forma de um Projeto Transferencial. Um projeto que diz respeito, ao que nos parece, a realizar algo, a deixar algo em ordem antes de partir, sobretudo como um legado para a posteridade, o que implica, de certa forma, a participação da família e dos profissionais do hospital. Todavia, nem sempre o Projeto Transferencial está voltado para um investimento libidinal no resto de vida que o paciente ainda tenha, já que seu objetivo poderá ser se entregar à morte.

A escolha por pacientes com doença oncológica em fase terminal de vida se justifica pelo crescente debate no meio científico e social envolvendo doenças de câncer e pelo aumento de diagnósticos de doenças oncológicas incuráveis e terminais no Brasil e no mundo. Segundo dados de 2014 da Organização Mundial de Saúde (OMS), disponíveis pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, “A mais recente estimativa mundial, ano 2018, aponta que ocorreram no mundo 18 milhões de casos novos de câncer” (INCA, 2019, p. 25). Além de ser considerada uma questão de saúde pública, está sendo discutida a cronicidade das doenças oncológicas, uma vez que o tratamento vem prolongando a vida dos pacientes, ao passo que pouco se descobriu em relação à cura.

Ao mesmo tempo em que as estatísticas demonstram os aumentos de diagnóstico de doenças oncológicas, também são crescentes os avanços científicos e possibilidades terapêuticas no câncer. Se há pouco tempo contávamos apenas com diagnósticos imprecisos e tratamentos contra a dor, atualmente, temos equipamentos para exames de imagem que facilitam o diagnóstico e a localização dos sítios de câncer, tais como a ressonância magnética, a tomografia e o Pet/CT (um exame de imagem que identifica e sinaliza no corpo as células que demandam alto consumo de glicose), assim como observa o comportamento das células cancerígenas.

Segundo Camponero e Lage (2008), as técnicas cirúrgicas estão cada vez mais avançadas e as medicações da classe dos quimioterápicos causam cada vez menos efeitos colaterais. Além disso, novas medicações que atingem de forma mais específica cada tipo de tumor surgem frequentemente. Um outro avanço consiste nas quimioterapias de administração por via oral, em forma de comprimidos, eximindo o doente do ambiente

hospitalar para realizar seu tratamento. Os progressos científicos na área da radioterapia também merecem destaque, com máquinas mais precisas e que auxiliam na diminuição de danos a órgãos que não os com câncer (Salvajoli & Silva, 2008). Temos, por último, a imunoterapia, talvez a mais nova entre os tratamentos já apresentados (cirúrgico, quimioterápico e radioterápico), que Yamaguchi (2008) descreve como uma terapêutica, a qual segue a ideia de fortalecimento imunológico, a fim de que o próprio organismo consiga eliminar as células cancerígenas.

Por outro lado, há crescente preocupação e pesquisas relacionadas aos alívios de sintomas ocasionados pelo tratamento modificador de doença e pelo próprio câncer, buscando a qualidade de vida do doente. Tem-se uma corrente de tratamento denominada Cuidados Paliativos que se ocupa antes dos cuidados do paciente, ao invés da cura propriamente dita, tratando o doente e não apenas a doença. Prática recente no mundo e em nível nacional, os Cuidados Paliativos, de acordo com Figueiredo (2008), começaram a ser aplicados na Inglaterra, com a médica Cicely Saunders, no final da década de 1940 e, contemporaneamente, a suíça erradicada nos Estados Unidos da América, Elizabeth Kubler Ross, desempenhava trabalho semelhante com pacientes soropositivos nas Américas. Foi no encontro dessas duas expoentes, na década de 1970, que se inaugura o movimento *Hospice Moderno* nos EUA, a base dos Cuidados Paliativos até o presente (Figueiredo, 2008).

Embora o início dos Cuidados Paliativos tenha sido marcado por esse encontro, somente doze anos depois a OMS define políticas de alívio da dor e do sofrimento, pelo Comitê de Câncer, ou seja, 40 anos após o início dos Cuidados Paliativos na Inglaterra (Figueiredo, 2008). Atualmente, vivemos a expansão dessa modalidade de cuidados pelo mundo; no Brasil, a partir de 2018, a prática dos Cuidados Paliativos passou a ser incorporada nas Políticas Públicas Nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, um avanço muito recente. Figueiredo (2008) apresenta uma breve explicação da base dos ideários e funcionamento dos Cuidados Paliativos.

Não podemos ser curados de nossa mortalidade e este é o grande desafio: viver intensamente a vida e aceitar a morte com humildade, cuidando desde o nascimento para que ela seja justa e digna quando ocorrer, sem abreviá-la ou prolongá-la, mas minimizando o sofrimento inerente a ela (p. 384).

A história dos Cuidados Paliativos no Brasil tem uma conexão direta com a oncologia, o que é importante para esta pesquisa, pois, em um dos casos que contemplamos na análise, o paciente estava em Cuidados Paliativos. Além disso, essa

modalidade de cuidados prioriza a autonomia do sujeito sobre sua doença e decisões de tratamento, o que abordamos neste trabalho.

Para os objetivos desta pesquisa em específico, escolhemos dois casos clínicos de pacientes que tiveram acompanhamento psicológico durante as internações hospitalares, ambos portadores de doença oncológica sem cura e em estágio clínico avançado e terminal, chamados aqui, respectivamente, pelos nomes fictícios de Pedro e José. Esses pacientes receberam a notícia da proximidade da morte em ambiente hospitalar, dada pela médica responsável, e foram atendidos por mim até o momento de seus óbitos. A escolha desses dois casos não se deu de forma aleatória, mas por retratar, de formas distintas, como o anúncio da morte é capaz de funcionar enquanto um assistente de tradução e produzir retraduições através do desenvolvimento de um Projeto Transferencial, no caso de Pedro, mas também de como o anúncio da morte próxima pode levar a uma tradução de tentativa de retorno ao útero materno, em que o Projeto transferencial seria o de morrer, pois se produziria um desligamento de pulsão, como no caso de José.

No primeiro caso, temos um paciente oncológico que descobre um câncer grave, o que determina sua fase final de vida. Mas, durante os atendimentos psicológicos, ele pôde dar novas traduções a conflitos de sua vida e, a partir das retraduições incitadas pelo anúncio da morte próxima, formula e realiza um Projeto Transferencial direcionado à sua família e com a participação das figuras de cuidado (familiares, médicos, enfermeiros, psicóloga, instituição hospitalar), predominantemente voltado para a vida, tanto o resto que ainda tinha, antes de partir, quanto para a vida eterna no sentido espiritual.

Por sua vez, no segundo caso, o paciente, um jovem, parece encontrar uma única tradução diante do traumático que resulta do anúncio da morte próxima, pela terminalidade da doença, tradução essa de retornar a um estado de não ser entregando-se à mãe, à morte. Nesse caso, o Projeto Transferencial é uma tradução para o traumático existente na reedição da SAF – Situação Antropológica Fundamental, em que uma criança é totalmente dependente de um adulto para a sua sobrevivência –, mas sua passividade está também determinada diante do sexual desse adulto, que é traumático por excelência (Laplanche, 2003). Frente ao anúncio de terminalidade e ao excessivo da reedição da SAF, o paciente escolhe não mais viver e entregar-se à mãe. Contudo, não deixa de haver um projeto transferencial que evocará questões edípicas dessa relação.

Temos, assim, vários conceitos da Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche – TSG (1985; 1992; 2003) – que fundamentam a pesquisa, tais como: Situação Antropológica Fundamental (SAF), mensagens enigmáticas, assistentes de tradução e

traduções. Exploramos nessa teoria a forma como se constitui o inconsciente, como defesa, e os avanços em relação à teoria da sedução de Freud. Finalmente, fazemos dialogar com essas ideias o conceito de Projeto Transferencial, de Mello Neto (2012; 2016), a partir do qual efetuamos a análise dos dois casos clínicos.

A TSG foi construída a partir dos estudos que Laplanche realizou da obra freudiana, retomando um ponto abandonado por Freud durante o desenvolvimento de sua teoria: o trauma da sedução (Laplanche, 2003). O autor considera o fenômeno da sedução das crianças que ainda não falam (os *infans*), por parte dos adultos, como condição fundante do inconsciente. Trata-se de uma situação universal, na medida em que toda criança, ao nascer, deverá ser cuidada por um adulto que tem um inconsciente recalcado. É esse inconsciente do adulto, ativado na presença da criança, que será veiculado como sedução nas ações de autoconservação dirigidas à criança. Nesse sentido, trata-se da Situação Antropológica Fundamental (SAF). Nas palavras do autor:

Nenhum ser humano pode escapar, a que chamo de Situação Antropológica Fundamental. Esta situação é a relação adulto-criancinha, adulto-*infans*. Adulto que possui um inconsciente tal qual a psicanálise o descobriu, um inconsciente sexual, essencialmente feito de resíduos infantis, um inconsciente perverso, no sentido dos *Três Ensaios*. Uma criança que não tem ativadores hormonais da sexualidade e que, no início, não tem fantasmas sexuais. A ideia de uma sexualidade infantil endógena foi criticada em profundidade e não somente por mim, mas uma tal crítica não pode terminar por negar a sexualidade infantil em geral ou por englobá-la numa teoria de vagos contornos (Laplanche, 2003, p. 404, grifos do autor).

Influenciado pelas ideias de Ferenczi (1933-1992), no que tange à assimetria nas relações entre adultos e bebê, bem como o impacto das mensagens comprometidas pelo inconsciente, Laplanche (1992; 2003) desenvolve o conceito de mensagens enigmáticas. Para ele, nesse encontro assimétrico entre o adulto/cuidador e o bebê, as mensagens comprometidas pelo inconsciente transmitidas ao bebê, quando não são passíveis de compreensão, isto é, de tradução, são recalçadas como forma de se defender desse sexual, dando origem ao inconsciente. Ou seja, a criança deverá constituir seu próprio inconsciente para dar conta do sexual do outro concreto, do adulto que cuida.

Nesta Situação Antropológica Fundamental, os termos importantes são “comunicação” e “mensagem” – com esta ideia, sobre a qual gostaria de insistir: falando de mensagens adultas, não queremos dizer mensagens inconscientes. Toda mensagem é uma mensagem que se produz no plano consciente-pré-consciente. Quando falo de mensagem enigmática, falo de mensagem “comprometida” pelo inconsciente. Caráter, então, comprometido da mensagem, e isto num sentido único no início, mesmo se uma reciprocidade se estabelece rapidamente em seguida, mesmo no plano sexual. Finalmente, o que conta nesta

situação é o que faz o receptor, isto é, precisamente a tentativa de tradução e o necessário fracasso desta tentativa (Laplanche, 2003, p. 405, grifos do autor).

Contudo, ao mesmo tempo em que o adulto seduz a criança que cuida (sem mesmo ele sabê-lo), o bebê também recebe do adulto e adquire junto à cultura, ao meio que pertence, assistentes para traduzir essas mensagens do sexual que vem do outro. Para isso, Laplanche empresta o termo assistentes de tradução, de Martens (2007). A Situação Antropológica Fundamental – SAF – obriga a criança seduzida a procurar uma tradução para fundar o seu próprio inconsciente. Laplanche (2003) explana que os assistentes de tradução são “grandes esquemas narrativos transmitidos e depois modificados pela cultura vêm ajudar o pequeno sujeito humano a tratar, isto é, a ligar e simbolizar, ou ainda a traduzir as mensagens enigmáticas traumatizantes que lhe vêm do adulto” (p. 416).

Ainda segundo Laplanche (1992), os assistentes de tradução agiriam traduzindo as mensagens enigmáticas comunicadas inconscientemente, uma vez que apenas as traduções dessas mensagens são acessíveis à consciência e os conteúdos inconscientes, inacessíveis. Diante dos assistentes de tradução, o pequeno sujeito humano pode propor traduções para si mesmo ou produzir recalçamento como forma de defesa diante do sexual, das mensagens enigmáticas.

É nesse sentido, supomos, que o anúncio da morte próxima levará a um processo de luto pelo próprio fim da vida e luto em torno das perdas ocasionadas pela doença. Isso não significa que todas as pessoas condenadas a uma morte próxima e inevitável consigam entrar nesse processo. De todas as maneiras, o que aqui discutimos é precisamente algumas possibilidades que se desdobram do diagnóstico recebido, pois funciona como assistentes de tradução, organizando o psiquismo invadido pelo anúncio da morte próxima, esta que é o destino inevitável de todo ser vivo. E, diante do irreversível, supomos haver, em todos os pacientes, uma reedição da SAF na relação do paciente com seu cuidador, o que exigem novas traduções para o excesso, para o enigmático que vem do outro, através da sedução implicada nessa relação de assimetria que caracteriza o cuidado de um paciente. Pedro optou pela vida, deixando um legado. José optou pela morte enquanto uma saída tradutiva para o traumático.

Tal assimetria se desdobra da própria doença, uma vez que ela acarreta uma sucessão de perdas: saúde, autonomia, independência, entre outras, e coloca o doente em uma situação de dependência em relação aos profissionais que o cuidam e em relação à família. Isso nos permite traçar um paralelo, como expusemos, com a assimetria originária

da relação e o adulto/bebê da SAF, o que nos leva a propor uma reedição dessa relação no adoecimento.

A sedução implicada nessa relação dos profissionais que cuidam e da família com o paciente se desdobra do que circula do sexual de quem detém os recursos para garantir a sobrevivência do outro, nesse caso, o paciente depende tanto dos profissionais quanto da família para viver o melhor possível da sua terminalidade. Assim, supomos que nesse cuidado, desde o diagnóstico, algo de sedução também é transmitido, juntamente com o diagnóstico de terminalidade, logo, o enigmático circulará durante os cuidados e reeditará a SAF.

Além das preocupações com o bem-estar do paciente, geralmente manifestadas pelo cuidador de forma pré-consciente e conscientemente, podem ser transmitidas mensagens de forte ambivalência frente à proximidade da morte do outro, em que o desejo recalçado da morte do outro, o triunfo sobre o outro, é comunicado pelo cuidador de forma inconsciente como mensagem enigmática.

Nessa relação de assimetria, tanto pela condição física de debilidade do doente como pela sua fragilidade emocional diante do processo de terminalidade de vida, não deixam de ser comunicadas as mensagens enigmáticas, junto com os cuidados do paciente. Tais mensagens, sexuais e traumáticas, estariam relacionadas à castração (finitude) e ao desejo e satisfação pela morte do outro, como Freud (1923/2006c) discorre ao abordar a ambivalência sentida diante da morte. Entretanto, além das mensagens excessivas, são transmitidos organizadores, os assistentes de tradução que se apresentam de diversas formas, como na fala do médico que propõe um tratamento, na da família que manifesta apoio ao doente e consolo pela promessa de um reencontro, no acolhimento e na escuta do psicólogo, e na espiritualidade que, em alguns casos, ressurgue evocando significados transcendentais e de imortalidade que acalmam o moribundo.

Tais aspectos nos levaram a uma discussão da morte e de todos os rituais culturais construídos, não só para efetuar o luto, mas também para suportar a castração. Por isso, consideramos que o tabu da morte, que favorece o cumprimento de uma última vontade de quem está condenado à morte, reorganiza-se na forma de um Projeto Transferencial. Um projeto de realizar algo antes de morrer, seja uma reconciliação, uma confissão, um pedido de perdão, uma divisão de herança etc. Assim, será precisamente para a realização desse projeto transferencial do condenado que todos os envolvidos no hospital, aí incluída a família, durante o período da terminalidade, serão convocados a participar

transferencialmente. É esse processo que analisamos a partir do estudo dos dois casos já mencionados.

O desenvolvimento de um Projeto Transferencial seria uma consequência das traduções possíveis para os pacientes diante de seu estado final de vida, um projeto executado juntamente com o analista, o psicólogo, no nosso caso, mas não de forma apenas consciente, contando, também, com uma parte inconsciente.

As inquietações que levaram Mello Neto (2012; 2016a) a pensar e a desenvolver o conceito de Projeto Transferencial vieram da sua experiência clínica e da pesquisa sistemática em psicanálise. Segundo o autor, muitos pacientes chegavam até a psicoterapia com um projeto previamente elaborado, como casar, ter filhos, resolver a relação com os pais etc. Por meio da relação transferencial, o analista/psicoterapeuta era convidado a participar desse projeto, assumindo o papel que o paciente lhe atribuísse dentro da fantasmática transferencial. Ocupar esses lugares seria até uma condição para que fosse possível prosseguir com a análise, podendo o analista/psicoterapeuta ser ator ou testemunha dentro do projeto do paciente, do Projeto Transferencial.

Assim como para Mello Neto (2012; 2016a), algumas questões me inquietam nos anos que venho atuando como psicóloga hospitalar atendendo pacientes terminais oncológicos em suas hospitalizações. Percebo que muitos pacientes, ao saberem de seu prognóstico de pouco tempo de vida e do estágio terminal, buscam por novos significados para suas relações, realizando ações que lhes proporcionam bem-estar. Quando completavam esses acontecimentos, também se findava o seu ciclo de vida, com a morte, de fato. Além disso, constatei que o diagnóstico de câncer tem um impacto psíquico e social, sendo a palavra câncer associada à morte e à impotência.

Dessa forma, atentemo-nos aos ecos dessa significação no psiquismo do sujeito doente, essa que também foi percebida e sinalizada por outros autores, como expõe o médico oncologista Costa (2017) em sua obra *Coisas que vi: bastidores de um consultório oncológico*. Conforme postula o autor:

O fato é que quando se abre um envelope onde está escrito “carcinoma” ou quando se ouve a palavra câncer de um médico, muitos usam isso como a senha que faltava para reformar suas vidas. Rompem correntes pesadas que carregavam há tempos. Decidem fazer mudanças ensaiadas várias vezes antes, mas nunca cumpridas. Passam a delegar responsabilidades e, finalmente, usam esse tempo para perseguir desejos guardados (Costa, 2017, p. 37).

Entretanto, quando nos referirmos ao Projeto Transferencial, não se trata de um projeto consciente de morrer. O Projeto Transferencial, além de ter uma parte consciente,

conta com outra que é inconsciente, direcionado a um outro, podendo ser um familiar ou pessoa próxima do sujeito que padece, em uma compreensão da psicodinâmica além do processo de adoecimento e tratamento, mas da ideia de proximidade e de realização da morte. Ao desenvolver o conceito de Projeto Transferencial, Mello Neto (2012) discorre:

Apesar dos elementos sintomáticos, de gozo, estarem sempre presentes, tudo nos faz pensar que o sujeito traz mais do que apenas representações genéricas de cura, mas não se trata de algo consciente e isso se aplica tanto a terapias psicanalíticas como a outras. O que as primeiras fazem, nesse caso, é permitir que esse projeto se desenvolva com todos os seus elementos. Desse ponto de vista, a transferência só toma corpo se o terapeuta aceita participar – a seu modo, evidentemente – desse desenvolvimento. É possível supor que isso não ocorre na mesma intensidade nas diversas formas de terapia. Quando, então, o terapeuta/analista aceita o projeto transferencial do sujeito, nem que seja para lhe pôr limites, é que, supomos, se estabelece o campo transferencial, em que ambos os sujeitos da díade estão imersos (p. 06).

Nos dois casos desta pesquisa, percebemos que os pacientes, ao entrarem em contato com sua morte próxima, sua finitude, ainda que fizessem essa aproximação de forma distinta um do outro, deixam transparecer projetos conscientes, mas também projetos inconscientes. Verificamos que a parte consciente se relaciona com vontades a serem realizadas, como se despedir de alguém, ir a algum lugar especial pela última vez, reconciliar-se com desafetos ou, até mesmo, permanecer no papel de boa pessoa e de obediência. Já a parte inconsciente se articula com os desejos, por exemplo, o de imortalidade e com tudo proveniente da sexualidade infantil, que deverá ser mantida recalcada e submetida à sexualidade adulta, como através das contenções civilizatórias, porém na religiosidade vimos que a sexualidade infantil também é recalcada. Assim, traduções menos conflitantes poderão ser produzidas. É de suma importância salientar que, embora separamos o Projeto Transferencial em duas partes, consciente e inconsciente, o fizemos como um recurso didático, pois essas partes não estão dissociadas. Todavia, em vários momentos, elas se fundem e nos confundem, uma vez que acontecem simultaneamente. Nossa tarefa é, precisamente, por intermédio de nossa escuta, propiciar condições para que o paciente possa se apropriar e criar assistentes de tradução.

Como expusemos, os casos clínicos escolhidos nesta pesquisa foram provenientes dos atendimentos da clínica psicanalítica hospitalar, material clínico que consistiu nas anotações em prontuário psicológico decorrente de cada atendimento e nas orientações realizadas aos pacientes e seus familiares. Os registros dos atendimentos em psicologia hospitalar são feitos no prontuário multidisciplinar do paciente compartilhado com a

equipe, além do prontuário psicológico, no qual se mantém o sigilo e apenas o psicólogo tem acesso.

O prontuário multidisciplinar é o documento do paciente ao qual todos os profissionais têm acesso e devem realizar seus registros de cada intervenção, ou seja, é compartilhado por todos os membros da equipe. Nele, o médico escreve o diagnóstico, conduta e prescreve cuidados e medicações; a enfermagem coloca suas avaliações e rotinas de cuidados; e os outros membros da equipe, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, psicólogos etc., documentam suas avaliações e condutas.

No tocante ao prontuário psicológico, este é um documento restrito apenas ao psicólogo. Nele, registram-se a anamnese, o relato resumido de cada atendimento e as questões sigilosas da vida do paciente, de forma descritiva, por exemplo, envolvimento extraconjugais, sentimento de impotência frente à terminalidade, manifestações de medo de morrer antes de um filho casar. Os dados registrados são de relevância para o acompanhamento psicológico.

Na situação de Pedro, o primeiro caso a ser apresentado, o acompanhamento psicológico durou 4 meses (de julho a outubro) e totalizou 29 atendimentos, dos quais 3 atendimentos foram destinados para orientações à nora do paciente. O segundo caso, o de José, abrangeu um tempo de acompanhamento psicológico mais longo e durou 6 meses (de maio a outubro). No entanto, o acompanhamento de José contou com menos atendimentos, 21 no total, sendo 9 orientações à mãe do paciente e 12 atendimentos ao paciente. Em ambos os casos, o início do acompanhamento psicológico se deu com a descoberta do diagnóstico de câncer, sendo que os atendimentos se intensificaram a partir da adesão aos cuidados paliativos e com o prognóstico de pouco tempo de vida.

Nas orientações psicológicas hospitalares destinadas aos familiares, abordavam-se a compreensão e o conhecimento sobre o diagnóstico e hospitalização; direcionamentos sobre os processos psíquicos vivenciados pelo paciente durante o adoecimento, sobre os protocolos e rotinas hospitalares, como as visitas médicas, liberação de acompanhantes e visitantes; e formas de agir com o paciente em determinadas circunstâncias, como no momento de choro excessivo, confusão mental próxima ao momento da morte etc.

Além dos conteúdos que os pacientes apresentaram nos atendimentos psicológicos, foram analisados, nesta pesquisa, a relação com a instituição hospitalar, a equipe assistencial de saúde e os dados coletados juntos aos familiares e as orientações psicológicas. A análise desse material foi respaldada na técnica psicanalítica e nos

seguintes conceitos: atenção flutuante, interpretação e transferência, diante da escuta oferecida aos pacientes e da transferência que se instalou durante os atendimentos realizados. Sobre a interpretação, Martinez (2003) contribui afirmando que:

A interpretação é uma técnica de intervenção psicanalítica que permite chegar aos conteúdos do inconsciente, considerando o conflito defensivo e o desejo que se formula em qualquer produção do inconsciente. No tratamento, a interpretação tem um caráter de comunicação para o indivíduo daqueles conteúdos que “conhece, mas não sabe que conhece”. A interpretação, além do dizer e do comportamento do indivíduo, alcança os sonhos, e visa atribuir-lhes um significado, pelo qual é possível chegar ao desejo inconsciente; outras produções do inconsciente também são interpretadas, atos falhos, sintomas etc. A interpretação, além de se referir a um conhecimento que o analisando já tem, ela refere-se sempre à verdade e se pretende operacional, isto é, visa provocar mudanças no indivíduo (p. 18).

Para a análise do material, foi feita a leitura dos registros nos prontuários psicológicos e multidisciplinares. Após a leitura e releitura desse material, busquei interpretar os dados que os pacientes traziam nos atendimentos, articulando-os com sua condição clínica, com a relação familiar, a relação com o hospital e com sua condição de fim de vida, destacando as temáticas mais recorrentes.

Os critérios adotados para a escolha dos dois casos clínicos nesta pesquisa foram: pacientes atendidos por mim, desde o momento do diagnóstico de uma doença oncológica incurável, que receberam acompanhamento psicológico durante o processo de tratamento e internações até a piora clínica e evolução para a morte; maior número de atendimentos psicológicos ofertados e, portanto, farto material registrado para a análise. Com esses critérios, selecionamos dois casos de pacientes do sexo masculino que tiveram suas identidades preservadas com nomes fictícios. Não está demais afirmar, aqui, que esta pesquisa conta com a aprovação do Comitê de Ética e a autorização dos familiares para o uso dos prontuários.¹

Quanto ao local, expomos que os atendimentos psicológicos hospitalares não têm um espaço físico definido, já que, em sua maioria, acontecem no leito de internação, com o paciente deitado e a psicóloga ao lado, mas também podem acontecer no corredor ou na sala de exames. Vale lembrar que nem sempre o paciente se encontra sozinho e que, algumas vezes, ele quer que o familiar permaneça no local durante o atendimento. Nesses casos, a relação entre paciente e acompanhante também é objeto de análise. Já as

¹ Esta pesquisa passou por crivo e aprovação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – COPEP – da Universidade Estadual de Maringá, sendo o número do processo de aprovação o seguinte: CAAE 88924318.9.0000.0104, com o consentimento dos familiares.

orientações aos acompanhantes, na sua maioria, acontecem na ausência do paciente e por solicitação do próprio acompanhante, geralmente no corredor do hospital.

A duração dos atendimentos psicológicos no hospital é variável, podendo ser de minutos a até horas. Essa variação de tempo é dada pela própria condição hospitalar, em que a urgência é a da condição clínica do paciente. Ou seja, um atendimento psicológico, que acabou de iniciar, pode ser interrompido por um procedimento a se realizar, como antecipação de exames e de cirurgias, ou pela condição biológica que o paciente apresenta naquele momento, um mal-estar, como desmaio, febre, diarreia, vômitos, confusão mental. Por outro lado, o atendimento pode durar mais do que os convencionais 50 minutos comuns no atendimento clínico, como em casos de atendimento ao paciente, seguido de orientação aos familiares ou atendimento durante a notícia de confirmação diagnóstica de doença grave, com rápida progressão para morte, ou de difícil tratamento. Também nos momentos que antecedem o óbito ou, durante este, por exemplo, a duração pode ser mais longa, pois pacientes e/ou acompanhantes pedem que o psicólogo esteja junto deles na hora da morte, como me aconteceu várias vezes.

Quanto às demandas para atendimento psicológico no hospital, elas podem surgir por vários setores, por exemplo, pela equipe médica, de enfermagem, pelos familiares ou, até mesmo, pelos pacientes. Ao receber a demanda, primeiramente, realiza-se uma Avaliação Psicológica, com função similar à das Entrevistas Preliminares que seria, no caso, averiguar a situação apresentada pelo solicitante e a anuência do paciente em receber acompanhamento psicológico durante sua hospitalização. É grande a importância de averiguar se há, de fato, demanda para atendimento psicológico ou não, pois nem sempre o paciente hospitalizado tem dificuldades em lidar com seu adoecimento ou internação, assim como, muitas vezes, é a equipe de cuidados que fica mais impactada emocionalmente de que o próprio paciente ou a família.

Os pontos de investigação comumente utilizados na Avaliação Psicológica Hospitalar, segundo Simonetti (2007), correspondem à relação do paciente com sua doença (se a compreende clinicamente e o impacto emocional da doença na vida do paciente e de sua família), à relação com a hospitalização (se compreende a internação, mudança de rotina e adere ao tratamento) e a como o paciente prospecta seu futuro (motivações, esperanças e compreensão do prognóstico). Após a avaliação, costuma-se iniciar o acompanhamento. Nos casos escolhidos, a recomendação para avaliação psicológica foi da equipe médica que assistia aos pacientes. O motivo foi devido à

gravidade clínica e dificuldades emocionais apresentadas frente ao diagnóstico e evolução das doenças.

Finalmente, destacamos que, em termos da apresentação, organizamos a pesquisa em torno de três capítulos. No primeiro capítulo, “Do lugar de onde, como e a quem se escuta: a psicologia hospitalar e a oncologia”, discutimos as especificidades da Psicologia Hospitalar e a atuação do psicólogo no atendimento de pacientes oncológicos terminais. No segundo capítulo, “A morte anunciada enquanto assistente de tradução: oncologia e terminalidade”, abordamos a temática da morte, uma vez que nossa hipótese é que o diagnóstico de terminalidade e a aproximação da morte podem agir como assistentes de tradução na vida dos doentes, levando-os a realizar traduções mais organizadoras, sobretudo na reedição da SAF e a efetivação de um Projeto Transferencial. Consideramos a morte, o paciente terminal oncológico e a modalidade de Cuidados Paliativos, assim como o tema do enigma do morto desenvolvido por Hage (2005).

No terceiro capítulo, “Um projeto de morrer ou de não ser?”, apresentamos a análise dos dois casos selecionados, tanto do ponto de vista dos assistentes de tradução quanto da realização de um Projeto Transferencial. No caso de Pedro, analisamos como o Projeto Transferencial foi tomando forma a partir do anúncio da morte próxima, levando o paciente a revisitar alguns fantasmas (como a relação com a mãe, com a ex-esposa, com os filhos e com a namorada) e a desenvolver uma solução, inconsciente, para a morte próxima, a partir do que se denominam Possíveis Traduções.

No caso de José, e bem diferente de Pedro, o diagnóstico de terminalidade está na base de um Projeto Transferencial de entrega à morte numa tentativa tradutiva diante do excesso da reedição da SAF, uma busca por voltar ao útero materno, ao não ser.

Assim, nas Considerações Finais, abordamos como nos dois casos clínicos apresentados o anúncio da morte próxima funcionou enquanto um assistente de tradução para os pacientes desenvolvendo um Projeto Transferencial, ainda que de formas distintas um do outro. Foi possível observar como as figuras de cuidado (médico, enfermeiro, família, psicólogo) e a própria instituição e planos de cuidados (quimioterapia, cuidados paliativos, controle de sintomas) serviram aos pacientes como tradutores diante do sexual infantil reeditado pela SAF, contribuindo para que eles pudessem lidar com seus fantasmas e, de alguma forma, com a morte que se aproximava.

CAPÍTULO I

DO LUGAR DE ONDE, COMO E A QUEM SE ESCUTA: PSICOLOGIA HOSPITALAR E ONCOLOGIA

A escuta dos pacientes é o material desta pesquisa e, dado o contexto da Psicologia Hospitalar em que minha prática se baseia, é necessário entender as suas especificidades. Para isso, dividimos este capítulo em três temas: Psicologia Hospitalar, psicanálise no hospital e oncologia.

A primeira parte está voltada para o lugar onde se oferece essa escuta, o ambiente hospitalar, mais precisamente, o encontro da psicologia com o hospital que, no Brasil, deu lugar à Psicologia Hospitalar. De forma breve, enfocamos a história da Psicologia Hospitalar brasileira, seu objeto de estudo, seus objetivos e técnicas utilizadas.

A segunda parte se ocupa do como se escuta, abordando a clínica psicanalítica hospitalar, termo que adotamos a fim de sinalizar a prática do psicólogo hospitalar inspirada pela teoria psicanalítica. Para tanto, discutimos conceitos específicos da psicanálise, como associação livre, transferência, interpretação, sigilo, tempo e pagamento, bem como suas adaptações ao contexto fora do consultório, extremamente dinâmico e multidisciplinar.

Ao final, na terceira parte, abordamos o que é o câncer em sua dimensão biológica e social, assim como na sua dimensão psíquica no que se denomina Psico-Oncologia, com as possibilidades terapêuticas da Clínica Psicanalítica Hospitalar com o paciente oncológico.

Do lugar de onde se escuta: o encontro da psicologia com o hospital

A Psicologia Hospitalar é uma especialidade particular do Brasil, sendo esse o primeiro aspecto que nos chama a atenção em relação a essa especialidade. Por isso, ao fazer um levantamento de material em banco de dados internacionais utilizando o termo psicologia hospitalar, os resultados das buscas apontaram apenas para publicações brasileiras. Vários autores problematizam o termo Psicologia Hospitalar considerando-o inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local de trabalho para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas (Castro

& Bornholdt, 2004). Apesar das críticas, o Conselho Federal de Psicologia (Resolução nº 14/2000) reconhece a especialidade como Psicologia Hospitalar e esse é o termo que adotamos nesta pesquisa.

Com suas particularidades e adaptações da clínica para o ambiente do hospital, enquanto, no Brasil, foi se constituindo e fazendo o seu saber como Psicologia Hospitalar, começava na América do Norte, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da Psicologia da Saúde. Segundo Castro e Bornholdt (2004), a *American Psychological Association* (APA) fundou, na década de 1970, o primeiro grupo de trabalho de psicólogos na área da saúde. Consideram as autoras, ainda, que temos a Psicologia da Saúde mais próxima a uma psicologia clínica aplicada no âmbito médico, ou seja, que privilegiaria intervenções segmentadas de diversos profissionais da assistência na saúde e menos integrativa, como temos na Psicologia Hospitalar, com discussões multiprofissionais de casos clínicos.

Além da dinâmica de funcionamento distinta, a atuação da Psicologia da Saúde contempla vários níveis de atenção à saúde, por exemplo, a atenção primária nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ocupando-se da prevenção e alcançando espaços para além do ambiente hospitalar. Como nosso trabalho se fundamenta no contexto hospitalar e acontece no Brasil, optamos por considerar a denominação Psicologia Hospitalar, que tem relação com o modo como o psicólogo passou a fazer parte da equipe assistencial do hospital.

Embora a Psicologia Hospitalar foi reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia enquanto uma especialidade da Psicologia apenas em 2001, antes dessa data, já havia profissionais psicólogos atuando no contexto hospitalar e compondo a equipe multidisciplinar. Uma das pioneiras da Psicologia Hospitalar no Brasil, segundo Lange (2008), foi a psicóloga Mathilde Neder, que iniciou seu trabalho no ano de 1952 na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, em São Paulo.

Mathilde Neder é reconhecida como a primeira profissional a trabalhar com psicologia dentro de hospitais no Brasil (Angerami-Camon, 1992). Em entrevista à Lange (2008) e no prefácio do livro organizado pela mesma autora, *Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas* (Lange, 2008), Neder revela bastidores de como chegou à Psicologia Hospitalar, primeiramente como convidada para intervir com crianças submetidas a cirurgias de coluna e que precisavam ficar imobilizadas em seus leitos, deitadas. Ao mesmo tempo, essas crianças se queixavam que tinham muita dificuldade em conseguir não se movimentar, além do desconforto do gesso e pela dor dos procedimentos pós-cirúrgicos.

Essas considerações levaram-me de volta aos meus primeiros passos no hospital, o HC da USP, entre 1954-1955, na Clínica Ortopédica e Traumatológica. Lembrome das implicações de então: as preocupações dos enfermeiros e médicos, a dor, o grito, o silêncio, o sofrimento de crianças e pais, mais especialmente as mães acompanhantes; o medo, o pavor ou desespero de crianças que passaram por cirurgia e engessadas, que se atiravam no chão, danificando o trabalho dos médicos, os cirurgiões de coluna. Necessitavam de ajuda especializada, todos eles; necessitavam da contribuição do conhecimento psicológico, por intervenções específicas: atendimento assistencial à criança, à família, à equipe de profissionais médicos e enfermeiros, os cuidadores da criança (Neder, cit. por Lange, 2008, p. 14).

Na história da Psicologia Hospitalar, também se destacam o trabalho e as contribuições da psicóloga Bellkiss Wilma Romano Lamosa (cit. por Angerami-Camon, 1992) que, em 1974, foi convidada pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de São Paulo a organizar e implementar um serviço de psicologia no local. Trata-se do primeiro registro de Serviço de Psicologia em instituição hospitalar no Brasil, sendo que Lamosa já atuava junto ao Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. A grande preocupação naquele momento da cardiologia era a relação entre o estresse e os eventos cardiológicos (Angerami-Camon, 1992).

Atualmente, a Psicologia Hospitalar está consolidada no ambiente hospitalar e é cada vez mais reconhecida, pois a sua prática é assegurada por leis e decretos. As legislações brasileiras garantem a presença de um profissional psicólogo em serviços de saúde que oferecem alta complexidade. São exemplos desses serviços: tratamento em Unidades e Centros de Tratamento Intensivo (UTI e CTI, respectivamente), atendimento a pessoas com doença renal crônica (Ministério da Saúde, Portaria nº 389, de 13 de março de 2014), tratamentos oncológicos (Ministério da Saúde, Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014), gestação de alto risco (Ministério da Saúde, Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013), atendimento a recém-nascido grave e unidade neonatal (Ministério da Saúde, Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012), alta complexidade em trauma ortopédico (Ministério da Saúde, Portaria nº 90, de 27 de março de 2009) e atenção cardiovascular de alta complexidade (Ministério da Saúde, Portaria nº 210, de 15 de junho de 2004) (CRP-PR, 2016).

O psicólogo começou a ocupar espaço em hospitais utilizando os conhecimentos da psicologia em pacientes que estavam com dificuldades e sofrimento frente às limitações impostas por suas enfermidades, tratamento e hospitalização. A inserção da Psicologia no ambiente hospitalar possibilitou que várias abordagens teóricas também ocupassem um lugar nesse contexto. Diante da realidade institucional, foram feitas

adaptações necessárias e importantes para a prática psicológica nesse ambiente e, aos poucos, a psicologia pôde consolidar a sua importância, seu saber e fazer diante do sofrimento oriundo do adoecimento no contexto hospitalar.

Ainda na contemporaneidade, os objetos de estudo da Psicologia Hospitalar e da Psicossomática são confundidos. Isso pode ocorrer, pois ambas consideram os aspectos psicológicos que causam uma doença orgânica, porém “a psicologia hospitalar não trata apenas das doenças com causas psíquicas, classicamente denominadas ‘psicossomáticas’, mas sim dos aspectos psicológicos de toda e qualquer doença” (Simonetti, 2007, p. 15).

O médico psiquiatra, psicólogo e psicanalista Alfredo Simonetti (2007) é o criador e o sistematizador de importantes conceitos da Psicologia Hospitalar. Ao longo do texto, destacamos alguns. Assim, mencionamos um deles e sua especificidade no âmbito da Psicologia Hospitalar:

Aspecto Psicológico é o nome que damos para manifestações da subjetividade humana diante da doença, tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer. Esses aspectos estão por toda a parte, como uma atmosfera a envolver a doença, transmutando-a em adoecimento, e, dependendo do caso, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador do processo patogênico, como agravante do quadro clínico, como fator de manutenção do adoecimento ou ainda como consequência desse adoecimento (Simonetti, 2007, p. 16, grifos do autor).

O objetivo da Psicologia Hospitalar está relacionado à subjetividade do paciente. Seu sofrimento físico e psíquico, seu alcance, é complementar à medicina, porém nunca se confunde com ela. A Psicologia Hospitalar não está no hospital para facilitar o trabalho do médico, convencendo o paciente a aderir a determinado tratamento ou, até mesmo, a aceitar certa medicação, mas para se ocupar do sujeito, ouvi-lo. Essa escuta qualificada proporciona ao paciente um espaço para manifestar e elaborar seu sofrimento psíquico, seus aspectos inconscientes, traumas e fantasmas, não se restringindo apenas a considerar os aspectos biológicos.

O olhar para os aspectos psíquicos do doente, sua subjetividade, a consideração de sua singularidade e individualidade estão na contramão das padronizações técnicas, materializadas nos uniformes, horários rígidos para cada procedimento, refeições iguais para todos, protocolos, entre outros vivenciados nas instituições hospitalares. Essa visão sistematizada, muito próxima da ciência positivista, não considera as particularidades de cada um e declara que aqueles que subvertem tais padrões são os desajustados que necessitam de atendimento psicológico e psiquiátrico.

A Psicologia Hospitalar também não funciona de forma isolada, uma vez que atua em conjunto no ambiente hospitalar, fazendo parte da equipe multidisciplinar e dos cuidados com o paciente. Por ter o olhar voltado para o psíquico, muitas vezes, é o psicólogo que vai se atentar a melhorias e soluções diante do sofrimento vivido pelo paciente em sua hospitalização, como intervir para que uma gestante em óbito fetal não fique internada ao lado de uma mulher que acabou de dar à luz a um bebê vivo. Assiduamente, o profissional da psicologia será requisitado pelos pacientes e acompanhantes em momentos de preocupações, medos e angústias, como no recebimento de um diagnóstico de doença incurável ou nos últimos momentos de vida. São precisamente essas situações que nos permitiram reunir um material utilizado nesta pesquisa, a partir dos pacientes que nos procuraram para atenuar seu sofrimento psíquico, realizando suas últimas vontades.

A mediação entre paciente, familiar e médico ou equipe assistencial com frequência é realizada pelo psicólogo hospitalar. Mas nem sempre todas as partes têm o mesmo interesse, uma vez que, com frequência, “o paciente quer se livrar do sintoma, a família quer saber o prognóstico e o médico quer fazer o diagnóstico” (Simonetti, 2007, p. 19).

Para Tardivo (2008), o psicólogo hospitalar está o tempo todo em contato com o sofrimento biológico, físico, social e psíquico dos pacientes, dos familiares e da equipe assistencial. Além disso, deve considerar que o sujeito à sua frente, o paciente, vivencia no adoecimento e em sua hospitalização vários processos de perdas, que podem durar o tempo da internação ou se prolongar ao longo do adoecimento. Durante o processo diagnóstico e hospitalização, muitas vezes, o paciente perde dias de trabalho, fonte de renda, encontros e possibilidades de socializar, autonomia e independência para ir e vir, da posição de cuidar, repentinamente, passa a ser cuidado. Além disso:

[...] uma pessoa enferma num hospital, perdeu, naquele momento, a capacidade do trabalho; vive a perda do controle sobre o seu corpo em virtude das limitações da enfermidade, pode haver perdas também dos sonhos. Tudo isso pode estar presente na pessoa que o psicólogo vai encontrar (Tardivo, 2008, p. 39).

Se o hospital é o contexto em que o psicólogo intervém, e o sofrimento e a perda seus objetos de estudo, como é a atuação do psicólogo hospitalar? Trata-se de um questionamento que não é apenas da ordem prática, como saber quem solicita, como se avalia, como se dão os atendimentos, mas também como se dá essa atuação e com quais recursos técnicos e psíquicos.

Como em outras especialidades da Psicologia, o instrumento de trabalho do psicólogo no hospital consiste nas palavras, no que é dito e não dito. Assim, sua tarefa é a de se dispor a escutar o sofrimento do paciente, que vai além da dor física causada pela doença, pelos sintomas existentes ou a dor de certos procedimentos, por exemplo, um acesso venoso periférico² para administração de medicação endovenosa. É graças à escuta, proporcionada pelo psicólogo, que a angústia do paciente pode ser traduzida em palavras, e assim simbolizada, apaziguando o seu sofrimento psíquico e existencial. Isso permitiria ao paciente desenvolver e realizar um Projeto Transferencial.

Simonetti (2007), em seu livro *O mapa da doença*, um manual com características didáticas que contempla especialmente a prática do psicólogo no contexto hospitalar, servirá a nós de guia ao longo desta seção. Exploramos seus conceitos dialogando exatamente com eles. Nessa obra, o autor nos recorda que a doença não é o mais importante para a psicologia hospitalar, mas, sim, a relação da pessoa que adoece com a sua doença.

Percebemos que, para alguns membros da equipe multidisciplinar, a ideia do trabalho do psicólogo é reduzida a uma simples conversa, desconsiderando todo o estudo, preparo e técnica envolvidos. Simonetti (2007) defende que “ao escutar, o psicólogo ‘sustenta’ a angústia do paciente o tempo suficiente para que ele, o paciente, possa submetê-la ao trabalho da elaboração simbólica” (p. 24). Para Tardivo (2008), “talvez a tarefa psicológica mais importante seja a de proporcionar espaço para sustentação do sofrimento do paciente” (p. 40).

Portanto, a sustentação do sofrimento pelo psicólogo no hospital envolve técnicas específicas da Psicologia Hospitalar, das quais destacamos a Avaliação Psicológica Hospitalar, a Escuta Analítica e o Manejo Situacional. A Avaliação Psicológica Hospitalar é a primeira técnica a se utilizar. A partir dela, o profissional poderá definir hipóteses e condutas em relação ao paciente, para ser possível iniciar a escuta e decidir sobre o manejo situacional.

Na instituição hospitalar, a solicitação de avaliação psicológica não se restringe ao médico, podendo ser oriunda da equipe assistencial que está em contato com o paciente, da família ou do próprio paciente. O pedido de avaliação subentende haver um sofrimento presente no momento. A avaliação funciona como as entrevistas preliminares,

² Acesso venoso periférico é quando se introduz um cateter nos membros (mãos, braços, pés e pernas). No popular, diz-se: pegar uma veia.

nas quais se buscam investigar a demanda de atendimento, isto é, se há interesse do paciente em receber acompanhamento psicológico durante sua hospitalização. Nessa avaliação, é realizada a escuta do paciente, investigando a sua relação com o processo de hospitalização e adoecimento, e a qualidade das relações estabelecidas com a equipe, com a família e sua vida social.

É a partir da avaliação psicológica que se constrói a hipótese diagnóstica e a conduta de atuação em relação ao paciente avaliado em que o contrato também é estabelecido após a avaliação. Neste, estão incluídos, além do aceite do paciente ao acompanhamento psicológico hospitalar, a frequência semanal dos atendimentos e o sigilo. Referente ao conteúdo da avaliação psicológica hospitalar, destacamos as contribuições de Simonetti (2007), que aponta a Avaliação Psicológica Hospitalar como Diagnóstico.

O diagnóstico, para Simonetti (2007), é estruturado em quatro eixos norteadores. O primeiro eixo é o Diagnóstico Reacional, que investiga como o paciente enfrenta a situação que está vivenciando. Ele está baseado nas fases do enfrentamento de luto descritas por Elisabeth Kubler-Ross (1969/2011): negação, revolta, depressão e enfrentamento.

Antes de seguir com o diagnóstico de Simonetti (2007), um adendo é necessário a fim de destacar o trabalho da médica psiquiatra Elisabeth Kubler-Ross, com pacientes moribundos, colocando-se a ouvi-los e oferecer, além de conforto físico, acolhimento e conforto emocional. Foi a partir desse trabalho que Kubler-Ross (1969/2011) identificou que o paciente passa por fases do enfrentamento quando recebe uma má notícia, diagnóstico de um câncer, por exemplo, e percebeu que não são fases estáticas. Assim, nem sempre se inicia pela negação, e a depressão pode voltar em vários momentos, mas foi Kubler-Ross a primeira a escrever abertamente sobre seu trabalho com moribundos, tanto que sua obra *Sobre a morte e o morrer* (1969/2011) é um clássico na saúde.

O segundo eixo é o Diagnóstico Médico e inclui a situação clínica do paciente, possibilidades de tratamento, prognóstico, medicações, sintomas e medidas de proteção. Essas informações são obtidas em prontuário multidisciplinar e junto à equipe de saúde (Simonetti, 2007). É de extrema importância que o psicólogo saiba qual é o estado clínico do paciente, pois é comum que idosos fiquem em estado de confusão mental quando têm um alto grau de infecção, podendo apresentar delírios e alucinações, o que facilmente pode ser confundido com alguma manifestação psiquiátrica, um surto psicótico, por exemplo.

O Diagnóstico Situacional, o terceiro eixo, “é um mapeamento dos pontos e problemas da vida diária do paciente que dificultam o enfrentamento da doença e dos pontos de apoio que ajudam nesse processo” (Simonetti, 2007, p. 76). Nele, são avaliadas a vida psíquica (psicodinâmica, saúde mental, conflitos psíquicos), vida social (família, par, profissão e situação financeira), vida cultural (linguagem, espiritualidade e costumes) e a dimensão corporal (relação com o corpo e imagem corporal) do paciente. O quarto e último eixo é o Diagnóstico Transferencial, o qual “avalia as relações que as pessoas estabelecem a partir do seu lugar de adoecimento” (Simonetti, 2007, p. 93), tais como a relação do paciente com sua família, com o médico, com a equipe de enfermagem, assistencial e, finalmente, com o psicólogo.

Ao prosseguir sobre as técnicas específicas da Psicologia Hospitalar mencionadas anteriormente, após a avaliação, destacamos a Escuta Analítica e o Manejo Situacional. A escuta analítica é descrita por Simonetti (2007) como uma técnica que “reúne as intervenções básicas da psicologia clínica, tais como escuta, associação livre, interpretação, análise da transferência etc.” (p. 25). O autor continua afirmando que “essas intervenções são familiares para o psicólogo, a novidade é o *setting* inusitado em que elas se dão – o hospital” (Simonetti, 2007, p. 25). Entendemos que o autor, ao mencionar psicologia clínica, está se referindo à clínica psicanalítica, uma vez que a descrição das intervenções apresenta especificidades dessa vertente teórico-prática. Ainda, ao citar o *setting*, o que se destaca é a diferenciação que o espaço físico hospitalar proporciona na realização da clínica psicanalítica, já que os atendimentos psicológicos hospitalares não acontecem na privacidade de uma sala e, muitas vezes, são interrompidos por procedimentos médicos. Essas questões serão melhor exploradas, quanto às características da escuta analítica (associação livre, interpretação, transferência, *setting* e contrato), na próxima seção deste capítulo.

Por fim, sobre o manejo situacional, Simonetti (2007) considera essa técnica específica da psicologia hospitalar e que tira o psicólogo de uma postura mais neutra e pouco intervencionista, pois “engloba intervenções direcionadas à situação concreta que se forma em torno do adoecimento” (p. 25). Outros autores concordam com essa posição do psicólogo hospitalar. Para Leão (1994, p. 143):

[...] no hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa, mas que corresponde a dados da realidade prática que compõe o vínculo. É função do psicólogo compreender os fenômenos intrínsecos das relações, conhecer as reações do paciente, orientar familiares e profissionais, ouvir várias pessoas da mesma família etc.

A postura que o psicólogo assume no hospital se diferencia da clínica, uma vez que ele se envolve com a equipe, tanto fazendo parte dela, como colaborando para o seu bom funcionamento e assistência adequada ao paciente. Ao identificar que um paciente tem um transtorno psiquiátrico, como a esquizofrenia, o psicólogo hospitalar poderá orientar à equipe de assistência a melhor forma de abordar e se relacionar com ele, como explicar procedimentos sem utilizar metáforas, considerando as limitações do paciente. A psicologia de ligação sustenta a ideia de o psicólogo ser um elo entre o paciente e sua família, seu contato social e a equipe de assistência. Esse caráter se difere dos moldes da interconsulta, em que o médico solicita avaliação psicológica para o paciente internado e o contato desses profissionais se restringe ao prontuário do paciente.

No manejo situacional, na posição de elo entre o paciente e a equipe ou família, o psicólogo discute com o solicitante da avaliação se há ou não demanda de atendimento e as possibilidades de alívio de sofrimento para o paciente de forma global (medicações, alimentação, restrições do paciente ao leito). Além disso, tem a função de pontuar para o solicitante quando, por exemplo, a dificuldade está na equipe assistencial em cuidar de determinado paciente, mas não do paciente em relação à sua própria doença (Cantarelli, 2009).

Ilustramos o manejo situacional com um exemplo. Certa vez, fui chamada a avaliar um paciente, pois a equipe da enfermagem estava muito preocupada com seu quadro clínico e ideação suicida. Na avaliação, percebi que o paciente apresentava limitação cognitiva e pobreza do pensamento abstrato, além do fato de estar com um linfoma e a virilha cheia de tumores, o que afetava a vascularização da perna esquerda, muito edemaciada e praticamente duas vezes maior do que a outra perna. No atendimento, preocupado com sua melhora e com o tempo que ficaria afastado do trabalho devido à internação, o paciente disse com convicção que tinha uma solução muito rápida para o seu problema e que tinha contado à enfermeira: era só cortar sua perna esquerda e ele ficaria bom. Em sua fala, percebi que, para ele, a solução para o seu problema na perna era muito prática e racional. A partir desse momento, orientei a equipe de assistência a sempre explicar, da forma mais simples e concreta, cada intervenção a ser realizada com o paciente. A essa mediação, denominamos manejo situacional.

A fim de ilustrar, de forma mais didática, preparamos o seguinte quadro com os principais eixos do diagnóstico em Psicologia Hospitalar, segundo Simonetti (2007), categorizando em eixos, temas e subtemas a serem analisados em cada eixo apresentado.

Quadro 1: Eixos do diagnóstico em Psicologia Hospitalar, segundo Simonetti (2007)

Eixos	Temas	Subtemas
Diagnóstico Reacional	Como o paciente enfrenta a situação vivenciada.	Negação; revolta; depressão; enfrentamento.
Diagnóstico Médico	Situação clínica do paciente.	Tratamento; prognóstico; medicações; sintomas; medidas de proteção.
Diagnóstico Situacional	Conflitos e apoio familiar e social.	Psicodinâmica; saúde mental; vida social; vida cultural; dimensão corporal.
Diagnóstico Transferencial	Relações estabelecidas a partir adoecimento.	Relação com a família; relação com o médico; relação com a enfermagem; relação com o psicólogo.

Fonte: elaboração própria.

A partir desses dados introdutórios sobre a Psicologia Hospitalar, como apareceu no Brasil e seus principais conceitos, abordaremos, na seção a seguir, o tema do encontro da psicanálise e a psicologia hospitalar, o que denominamos clínica psicanalítica hospitalar, ou seja, discutimos como se efetivam essa relação e a intervenção.

Como se escuta

Diante do diagnóstico médico das disfunções orgânicas e sintomas decorrentes da doença, o paciente pode ser visto de forma passiva frente ao saber médico, condutas e tratamentos. A psicanálise vem com um propósito diferente: o de oferecer um espaço de acolhimento e de escuta para o sofrimento psíquico, ressaltando o protagonismo e o desejo do doente. Não negamos que o médico também ouve as queixas do doente, mas seu olhar está voltado para o sofrimento do corpo, para o fisiológico, e não para o inconsciente, enquanto a psicanálise oferece uma escuta que considera um corpo doente que produz sofrimento físico, mas também sofrimento psíquico (consciente e inconsciente). Como no cenário de um paciente quando recebe a notícia de que seu câncer não tem mais cura e que seu tratamento se restringe ao alívio de sintomas, ou seja, cuidados paliativos exclusivos, caberia ao médico atender o corpo, explicando a evolução de doença, o plano de tratamento e condutas a adotar diante de intercorrências. Ao psicólogo, na clínica psicanalítica hospitalar, caberia escutar tudo o que o paciente possa

sentir, como medos e angústias, oferecendo espaço para a expressão de sentimentos, como o choro, de ressignificações possíveis para o momento vivenciado, além de sua história, suas lembranças e afetos ao longo da vida.

Em relação ao choro, em minha experiência de atendimento em serviço ambulatorial de quimioterapia, certa vez, a familiar de um paciente disse ao enfermeiro que estava indignada, pois a psicóloga fazia os pacientes chorarem, ao invés de acalmar e evitar que eles chorassem, queixa que o enfermeiro me informou. O choro também é objeto de análise do psicólogo, e se chorar é o que o paciente quer ou necessita, o espaço da clínica psicanalítica hospitalar serve para tal finalidade. Na escuta do paciente e de seu sofrimento, tentamos fortalecer as possibilidades de elaboração por parte do paciente. As expressões de tristeza e choro quase sempre são temidas e evitadas pelos pares, familiares e outros membros da equipe assistencial. Quantas vezes não dizem aos pacientes que eles devem ser fortes, que não devem chorar, mas confiar? Talvez porque consideram que não chorar é uma forma de atenuar o sofrimento.

Compete à clínica psicanalítica hospitalar encorajar o paciente a problematizar o momento que está vivendo para refletir sobre suas angústias e colocá-las em palavras. O psicólogo entra para acalmá-lo diante do desamparo, ajudando o paciente a organizar seus pensamentos e desejos, interpretando os aspectos inconscientes que surgem em decorrência dos fantasmas que causam sofrimento. Para ilustrar, apresentamos mais um relato de minha experiência.

Um homem com câncer de pulmão em fase terminal, que sempre estava internado no hospital, demonstrava muita ansiedade em suas crises de dispneia, com taquicardia e sudorese, porém sua pressão arterial e sua saturação se mantinham nos padrões normais, ou seja, não havia uma alteração orgânica que justificasse esses sintomas. Em um dos atendimentos, ele me confidenciou que seu maior medo era morrer, sentia-se sufocado, pois seu pai morrera assim e ele estava junto quando aconteceu. Então, respondi que ele não precisaria morrer da mesma forma que seu pai, caso não quisesse. A partir desse momento, o paciente conseguiu me contar sua história com o pai, seus afetos e identificações com ele. Pôde, assim, dar novos significados à sua doença e ao seu sintoma.

Esse paciente não conseguia contar para a médica sobre seu medo de morrer sufocado e me autorizou, enquanto elo dessa relação, psicologia de ligação, a levar sua fala para a médica que cuidava dele. A médica, por sua vez, pôde abordá-lo em relação à sedação paliativa para quando ocorresse o momento de maior dificuldade respiratória. E assim aconteceu: ele morreu sem dispneia e durante um banho de leito. Nesse contexto,

isso também abrange seu projeto transferencial: não morrer da mesma forma que o pai faleceu. Não fosse esse projeto, podemos supor que haveria apenas desespero puro ou indiferença total.

A especificidade da psicanálise, sua valiosa singularidade, repousa, entre outras coisas, sobre a concepção de que o inconsciente joga seu papel no adoecimento. Se o inconsciente não causa a doença, sem dúvida contribui para a sua forma, não é patogênico, embora claramente seja patoplástico, ou seja, ele não é a gênese, a causa necessária e lógica das doenças, mas tem a ver com a forma como ela faz parte da vida do paciente seja no próprio adoecimento, seja na busca pelo tratamento. Nisso, a psicanálise é singular, na possibilidade de escutar o sujeito de forma mais ampla e aberta a todas as vicissitudes, inclusive aquelas que possam ir contra a cura médica, por exemplo, a questão dos ganhos secundários e primários. Se a psicologia trabalha com a noção de ganho secundário, levando em conta as vantagens óbvias que o adoecimento traz, como mais atenção, liberação de certas obrigações, mais amor e mais condescendência, a psicanálise considera, além disso, o ganho primário, ou seja, o rearranjo econômico e pulsional provocado pelo processo fisiopatológico da doença, incluindo em sua concepção de adoecimento a dimensão inconsciente de um gosto perigoso para o próprio sujeito (Simonetti, 2015, p. 234).

Obviamente que a clínica psicanalítica no hospital não objetiva a cura da doença física, como almeja a medicina, mas compreende a doença enquanto parte do sujeito, parte de sua história, repleta de sentidos e significados. O olhar psicanalítico está voltado para o significado que o sujeito atribui ao seu adoecimento, às relações inconscientes que permeiam o adoecimento e toda a fantasmática que se mobiliza no decorrer da doença, sobretudo à historização que o paciente possa fazer a partir do diagnóstico.

O papel do inconsciente nas doenças é um tema a ser tratado com mais cuidado ainda. Não convém tomar a doença em sua materialidade biológica como uma produção do inconsciente, igualando-a a sonhos, chistes, atos falhos e sintomas neuróticos, pois os fatores biológicos pesam muito mais nas doenças físicas do que nesses eventos psíquicos. Como tudo o que tem a ver com sujeito, a doença e o adoecimento também são tocados pelo inconsciente de alguma forma, mas não existem evidências clínicas de que essa forma seja uma relação tão simples e direta, tal qual causa e efeito (Simonetti, 2015, p. 104).

Consideramos que há uma relação muito importante entre o adoecimento e o psiquismo, além do fato de que muitas doenças podem ser desencadeadas como expressão do sofrimento psíquico. Não negamos, contudo, que o contrário também é verdadeiro. Muitas doenças orgânicas podem levar à mobilização da fantasmática inconsciente, resultando no sofrimento psíquico. A clínica psicanalítica no hospital estaria envolvida com essa experiência de estar doente. Assim, considerando uma doença oncológica sem perspectiva de tratamento e com prognóstico de pouco tempo de vida, esse diagnóstico, por si só, já inclui desamparo e dependência de cuidados.

Simonetti (2015), em seu livro *Psicologia Hospitalar e Psicanálise*, como o próprio título expõe, ocupa-se em desvendar a interseção entre os dois conhecimentos, além de apontar para algumas adaptações necessárias, que discutiremos a seguir. Nas palavras do autor:

Sem dúvida, a maior diferença entre a psicanálise que se pratica nos consultórios e aquela que se faz nos hospitais é a técnica; os outros aspectos, como ética, estratégia e objetivos, estão mantidos, mas a técnica precisou ser alterada. Para começar, leito não é divã, embora ambos sirvam para se deitar. Além disso, a privacidade é artigo de luxo nos hospitais, e o tempo, então, nem se fala - ou se fala: é outro no hospital geral. Mas tem algo que não muda na técnica, a escuta e a associação livre, por isso, mesmo com todas as mudanças técnicas, é legítimo falar ainda em psicanálise, embora não haja análise no sentido de sessões tradicionais de 50 minutos e semanais. Nesse sentido, a técnica da psicanálise do hospital se estrutura em atendimento, e não em sessões. No hospital, a psicanálise é a clínica feita em pé, entre vários e pela palavra (p. 18).

Sobre as adaptações, começemos pelo espaço físico dos atendimentos que, no contexto hospitalar, não é fixo. Ou seja, ele acontece, como já afirmamos, onde o paciente estiver ou, ousamos expor que, na verdade, acontece onde o psicólogo estiver, no *setting*. Os atendimentos podem se realizar no corredor, no solário, na cama, na poltrona, entre exames, no meio da administração de medicações e visitas médicas. Muitas vezes, sou abordada por pacientes nos corredores dos hospitais, especialmente pelos que já estão em acompanhamento psicológico e me conhecem. Outras vezes, o paciente me chama para andar no solário e realizar o atendimento naquele ambiente, por exemplo. Podemos supor que, na clínica psicanalítica hospitalar, a figura do psicólogo é carregada de significados e representa, de alguma forma, a escuta, o acolhimento e o sigilo, como se, no encontro entre paciente e psicólogo, fosse aberto um canal de comunicação entre eles e, com isso, houvesse a possibilidade e permissão do paciente para falar a respeito de seus sentimentos.

Na criação desse espaço de escuta, o encontro que citamos se manifesta a transferência, que também é adaptada. Na clínica psicanalítica hospitalar, a transferência ocorre antes do encontro entre paciente e psicólogo, manifestando-se primeiro entre o sujeito e a instituição. Por exemplo, a escolha de determinado hospital, de determinado setor de internação e do representante médico. A demanda de amor é endereçada inicialmente à instituição e ao médico, e não ao psicólogo, envolvendo aspectos de cuidado e cura dos males biológicos. A transferência do paciente com o psicólogo surge a partir do pedido de ajuda endereçado a esse e, conseqüentemente, do aceite por parte do segundo. Entendendo que, na transferência, o paciente revive e atualiza sua relação com

seus primeiros objetos de amor (seus pais), no contexto hospitalar, a transferência é fortemente afetada pelo sofrimento que o paciente vivencia com o adoecimento.

Ao avaliar a minha experiência de atendimento a pacientes em fase terminal de vida, percebo que, de certa maneira, sempre sou convocada a ocupar um lugar recorrente: o lugar da mulher que também é mãe, acolhedora, que escuta, aconselha, permite, perdoa e que acompanha para a morte. Como descreve Freud (1923/2006d), no texto *O tema dos três escrínios*:

[...] a mulher que dá à luz, a mulher que é a sua companheira e a mulher que o destrói; ou que elas são as três formas assumidas para a figura da mãe no decorrer da vida de um homem – a própria mãe, a amada que é escolhida segundo o modelo daquela, e por fim, a Terra Mãe, que mais uma vez o recebe (p. 325).

Ainda em relação a *como se escuta*, destacamos as adaptações à regra de ouro da psicanálise, a associação livre, e nos aprofundaremos nesse ponto específico, o qual fora mencionado por Simonetti (2007) anteriormente. Segundo Laplanche e Pontalis (1998), Freud desenvolve o termo associação livre ao longo dos anos 1892 e 1898. Na regra de ouro, “o paciente deve relatar tudo que sua auto-observação possa detectar, e impedir todas as objeções lógicas e afetivas que procuram induzi-lo a fazer uma seleção entre elas” (Freud, 1912/2006f, p. 129).

Assim, a ideia central é a que, ao falarmos sobre o que nos vêm à mente, sem algum direcionamento por parte do psicólogo, o paciente poderia aos poucos driblar as resistências, possibilitando manifestações do inconsciente, entrar em contato especialmente com seus desejos. Todavia, no contexto do hospital, a temática que emerge e a urgência do momento ocasionada pelo sofrimento físico e psíquico sobressaem, levando-nos a questionar se a associação livre no contexto hospitalar, e mais especificamente na clínica com pacientes terminais, não estaria necessariamente delimitada pelas circunstâncias atuais do paciente e pelo anúncio de sua morte próxima. Com isso, não queremos afirmar que não há associações, mas supomos que o curto tempo de vida que resta ao paciente leva ao surgimento de conteúdos mais pontuais em suas associações, marcadas pela realidade da morte próxima. As associações seriam contaminadas, assim, pelo contexto de adoecimento e hospitalização, mas que também ativam a fantasmática que o constitui. Isso, veremos no caso Pedro, mostra-nos o *après-coup*, isto é, de ressignificar o passado a partir do presente de terminalidade.

Para ilustrar essa suposição, relato algo mais da minha experiência. Certa vez, atendi em UTI neonatal a mãe de um bebê que, ao nascer, logo ficou hospitalizado até os

três meses de vida devido a uma síndrome rara e com alta taxa de mortalidade. O bebê, portanto, nunca havia saído do hospital, onde nasceu e morreu. Nessa ocasião, essa mãe chamou o filho por um nome e, em seguida, sorrindo, relatou-me que o nome que pronunciou era de seu cachorro e que deveria estar louca. Temos, nesse exemplo, um clássico ato falho que anuncia algo do inconsciente. A mesma mãe, em outros atendimentos, relatou-me que, antes de engravidar, chamava o cachorro de filho e o tratava como se fosse um filho. Ademais, sonhava com o dia em que o bebê e o cachorro se encontrariam. O que isso significa dentro do contexto dado? Um dos maiores medos dessa mãe era que o filho, por sua sintomática decorrente da síndrome rara, nunca fosse para casa, que ele morresse no hospital, naquela mesma e única internação que se prolongava por mais sessenta dias. Talvez, podemos pensar que ela sabia que não levaria o filho para casa, mas que o cachorro estava à sua espera.

Outro exemplo sobre esse tema é de um atendimento realizado a uma senhora perto dos 70 anos com câncer de pulmão avançado, sem tratamento modificador de doença, e internada para controle de sintomas, como dores e dificuldades para respirar. Em um atendimento, ela começa a falar acerca de uma amiga de longa data, que está doente e com Mal de Parkinson, dependia de cadeira de rodas e ajuda para viver. A senhora falava a respeito de como sentia pena dessa amiga. Sabemos que não era da amiga que tinha pena, mas de si mesma e de sua condição de saúde, da dependência que estava vivendo e que aumentaria com o passar dos dias. Ou seja, falava sobre a amiga para falar a respeito de seu próprio adoecimento, em uma defensiva projeção. Nesse exemplo, ao mesmo tempo em que a paciente não podia falar sobre si, fala acerca de uma amiga em quem projeta seus medos e, então, temos a associação livre. Supomos, assim, que essa associação sempre estará rodeando a temática da morte nos pacientes com pouco tempo de vida.

Dessa forma, pressupomos que o fato de estar doente e em fase terminal de vida possa ser bastante angustiante e mobilizador de fantasmas, além de urgente no que diz respeito ao tempo de vida. Isto é, o discurso do paciente estará sempre relacionado a essa vivência, especialmente no ambiente hospitalar que, de alguma forma, evoca esses temores. Acreditamos que o inconsciente se faz presente e se manifesta nos atendimentos, mas propomos que a técnica da associação livre sofre a interferência do que nomearemos por contexto temático e que, talvez, não se apresente totalmente livre na clínica psicanalítica hospitalar.

Ainda a respeito da adaptação das técnicas da psicanálise em contexto hospitalar, discutimos, a seguir, a interpretação. É evidente que, no contexto hospitalar, a arte de interpretar também sofre alterações, em especial pelo fato de, geralmente, os efeitos da interpretação acontecerem em longo prazo. Ou seja, sua repercussão costuma ser demorada e, no hospital, não há domínio algum do tempo, só se tem o agora, o momento presente. Também pelo imediatismo e pela urgência da chegada da morte, como em pacientes em final de vida, retomar questões da infância, relação com os pais, traumas edípicos não parecem ter um lugar diante da angústia do próprio fim. Para Simonetti (2015):

[...] a interpretação na cena hospitalar vai além ou aquém do significado, pelo menos do significado oferecido pela criatividade e pela inventabilidade do psicanalista. Uma interpretação vale pelas ondas de elaboração que provoca no paciente, e não pela beleza intelectual ou pela correção metapsicológica. (p. 181).

As palavras do autor nos fazem recordar da postura diferenciada que o psicólogo (ele discute especificamente a respeito do psicanalista) apresenta no contexto hospitalar, atuando de maneira mais ativa e participativa. Ao retomar o caso que apresentei anteriormente, sobre o paciente que tinha medo de morrer com insuficiência respiratória, pois havia presenciado o pai morrer daquela forma, quando ele me relatou o motivo de seu medo, eu o respondi que ele não precisaria morrer da mesma forma que o pai, se ele não quisesse. Essa interpretação pode ser considerada um pedido de socorro por parte do paciente diante de um evento traumático (a morte do pai e o significado que atribuía a ela). Contudo, meu trabalho não se encerrou na interpretação e fui adiante, ocupando a postura participativa, a partir da autorização do paciente para a discussão com a médica assistente, a fim de viabilizar que a sedação paliativa fosse possível e que se realizasse o projeto transferencial do paciente de não morrer da mesma forma que o pai morreria.

Finalmente, a última adaptação que enfatizamos é o contrato, que envolve o sigilo, o tempo e o pagamento. Lidar com o sigilo em um ambiente aberto e cheio de interferências, sem privacidade, já que os atendimentos podem acontecer em vários cenários da instituição, é desafiador. Embora já no início da conversação se explique ao paciente que os atendimentos têm caráter sigiloso, ou seja, o que for conversado entre paciente e psicólogo não será divulgado a outros, ou, até mesmo, aos membros da equipe, percebemos que, frequentemente, o paciente só fala sobre si e sua doença na ausência do acompanhante, quando possui mais privacidade. Um exemplo disso é o momento em que se está em um quarto que tenha apenas uma cama. Porém, quando falamos a respeito de

enfermaria (mais de uma cama no mesmo quarto), é perceptível como o paciente diminui o tom de sua voz, na tentativa de que os outros pacientes e acompanhantes não ouçam o que é dito.

Durante os atendimentos psicológicos, na maioria das vezes, o acompanhante se retira espontaneamente do quarto, deixando-me a sós com o paciente ou este pede que eu retorne em outro momento, quando ele estará sozinho. É possível pensar que a construção social sobre a atuação do psicólogo implica o sigilo e a confidencialidade, fazendo do profissional da psicologia um receptáculo de segredos, o que colabora com a garantia da privacidade nos atendimentos, como quando entro no quarto de um paciente, apresento-me e, somente com a menção da profissão psicóloga, o acompanhante, espontaneamente, retira-se do quarto.

Também observo em minha prática que, à medida que o sofrimento psíquico aumenta, os lugares de escuta e quem escuta parecem não ter relevância para o sujeito que está sofrendo, como acontece nos atendimentos que realizo com pacientes que recebem o diagnóstico de uma doença grave e incurável. Geralmente, logo que o médico sai do quarto, o paciente solicita que o enfermeiro chame o psicólogo, isso quando o próprio paciente começa a chorar muito, além de falar que vai morrer. Nessas condições, o desespero parece tomar conta e expressar suas emoções passa a ser prioritário, independentemente de quem esteja por perto.

Ao ter em vista o tempo, também há diferenças significativas na clínica psicanalítica no hospital. Os atendimentos dificilmente perdurarão por anos, pois o tempo no hospital é o do doente e de sua doença. Assim, se estiver no fim de vida, o tempo do acompanhamento será abreviado, bem como a duração de cada atendimento pode sofrer modificações.

Levando em consideração a realidade psíquica do sujeito, não cabe determinar o tempo de duração do encontro, deixando que ele se estabeleça a partir da emergência dos conteúdos, do nível de angústia suscitado pela conversa e pela condição física do paciente. Um outro limitante frequente do tempo de atendimento são as atividades médicas e de enfermagem, como exames e procedimentos, curativos e administração de medicação (Simonetti, 2015, p. 201).

Lembro-me do primeiro atendimento que realizei no hospital, ainda estagiária, a um senhor de, aproximadamente, 70 anos, internado para controle de glicemia, pela condição de ser diabético. Realizei o primeiro atendimento no leito da enfermaria com esse homem simpático e sorridente, conheci sua história e a dinâmica de sua família. Enfim, dois dias depois, quando retornei ao hospital, ele havia morrido. Ou seja, o tempo

do hospital é o tempo do agora, de uma forma muito mais real do que quando não se está doente, sendo difícil limitar a duração e o número de atendimentos.

Finalmente, abordamos o pagamento. No hospital, os atendimentos não são pagos diretamente ao psicólogo³, uma vez que os repasses são feitos pelo contratante público ou privado. Em internações particulares, a conta é feita e paga na tesouraria da instituição. No meu caso específico, o pagamento funciona de forma distinta, pois sou prestadora de serviço e não funcionária do hospital. Tenho uma empresa de psicologia, que é contratada pelo hospital para realizar os atendimentos psicológicos. O pagamento é recebido diretamente do hospital, de acordo com um contrato preestabelecido, de maneira que o atendimento psicológico se inclui nos cuidados contratados pelo paciente. Nesse hospital, não há convênio com o SUS, já que quase a totalidade dos pacientes atendidos equivale a contratantes de algum plano de saúde privado. No contrato com o hospital, está estipulado o horário de trabalho, de segunda-feira a sexta-feira, e em horário comercial. Mensalmente, apresentamos à diretoria o relatório pertinente ao número de atendimentos solicitados e realizados.

Após essa breve introdução sobre as especificidades da clínica psicanalítica hospitalar, ou seja, de como se efetiva a escuta do paciente hospitalizado, adentraremos à próxima seção deste capítulo que se refere, especificamente, a esse paciente hospitalizado, mais particularmente sobre os pacientes que abordamos na pesquisa: os doentes oncológicos.

A quem se escuta: o doente de câncer

Nesta pesquisa, escolhemos estudar dois casos de pacientes e suas famílias acometidos por doenças oncológicas sem cura em seu trajeto para a terminalidade, considerando a morte anunciada. Assim, ocupamo-nos, agora, em definir o que é o câncer e seu impacto social para discorrer sobre as particularidades dos pacientes e suas famílias, objeto deste estudo.

A palavra câncer vem do grego *karkínos* e significa caranguejo. Ela foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, considerado o pai da medicina, em seus escritos sobre tumores que se enraízam no organismo e que se assemelhavam ao espectro de um caranguejo, pela forma e por seu caráter traiçoeiro, capaz de atacar a qualquer momento

³ As especificidades de como funcionam os atendimentos em Psicologia Hospitalar, em relação ao tempo, ao pagamento, ao horário de trabalho e à abordagem teórica dizem respeito a minha prática, não posso afirmar que todo Serviço de Psicologia Hospitalar funciona da mesma forma.

sem dar sinais prévios (INCA, 2011). O conhecimento em relação à existência do câncer não é atual. O que se faz recente é a tecnologia disponível para realizar os diagnósticos (tomografias, ressonância magnética, aparelhos avançados de ultrassonografia), tratamentos e a preocupação com a prevenção e com o diagnóstico precoce.

Apesar de relatos científicos de tumores cancerígenos serem antigos, ainda nos dias atuais, a doença oncológica é estigmatizada e isso se relaciona à própria história do câncer, sobretudo do seu tratamento. Como a tecnologia para os diagnósticos oncológicos começou a ser desenvolvida somente no final do século passado, muitas pessoas, antes disso, morreram sem ter um diagnóstico preciso, tampouco um tratamento adequado.

Segundo Veit e Carvalho (2008), os primeiros medicamentos para tratamento de câncer foram desenvolvidos em virtude dos conhecimentos de armas químicas utilizadas durante a Segunda Guerra Mundial, derivadas dos gases tóxicos, como a mostarda nitrogenada. Isso levou a se relacionar o câncer aos aspectos negativos da guerra e toxicidade. Ademais, de acordo com os autores, o câncer já foi relacionado a coisas ruins, como sujeira e promiscuidade.

O câncer é uma doença que desencadeia comportamentos peculiares. Sempre foi algo a ser escondido por vir acompanhado de muitos estigmas, como a inevitabilidade da morte e as explicações equivocadas à promiscuidade sexual ou à falta de higiene e transmitiam a ideia de ser uma enfermidade contagiosa ou repugnante (Veit & Carvalho, 2008, p. 16).

Podemos supor que tanto a ideia negativa relacionada à Segunda Guerra Mundial como a associação entre câncer e promiscuidade reverberaram na atualidade, assim como a do câncer enquanto sentença de morte. Percebemos isso na dificuldade que muitas pessoas têm em falar a palavra câncer, substituindo-a por eufemismos, como: aquela doença ruim ou doença brava. Também culturalmente a palavra câncer remete, no seu sentido figurado, a algo ruim. Assim define o dicionário Aurélio (*on-line*, 2020) este outro sentido da palavra câncer: “o que corrói, estraga ou mata: a corrupção era o câncer do governo”, evidenciando como a palavra câncer está culturalmente representada na língua portuguesa de maneira negativa.

Um dado de relevância sobre o câncer é que o quadro não representa uma doença em si, mas, sim, uma classe de doenças. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), a denominação câncer soma mais de 100 tipos, com suas divisões em subtipos. Por exemplo, o câncer de mama pode assumir diferentes tipos dependendo de sua causa, seja hormonal, genética, nem hormonal, nem genética, e pode variar pela forma e de quais células se desenvolvem. Além disso, diferencia-se o câncer pelo estágio de

desenvolvimento da doença: tamanho de tumor, infiltração para outras partes do corpo, manifestação em outros órgãos (metástases) etc.

Não é de se espantar toda a negatividade relacionada às doenças oncológicas, pois, apesar de toda a tecnologia disposta na atualidade, a ciência ainda não conseguiu definir causas precisas do câncer, tampouco a diminuição dos efeitos colaterais. Embora os tratamentos estão cada vez mais eficientes, a medicina oncológica não discute acerca de uma cura diretamente, e sim de remissão de doença, processo que pode se estender por anos. Por exemplo, dependendo do tipo de câncer, faz-se necessário até 10 anos em remissão para considerar cura. O que se sabe sobre essa classe de doenças é como se manifesta, no caso, um aglomerado de células se multiplicando com padrão diferente das células-mãe, e como se comporta: pela multiplicação rápida e desordenada, consumindo mais glicose do que as outras células (Abrale, 2018).

Outro fator relativo às doenças oncológicas e que costuma assustar as pessoas é a sua taxa de mortalidade. No Brasil, o câncer é a segunda maior causa de morte por doenças, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares, segundo dados do Ministério da Saúde apresentados em pesquisa publicada pelo jornal Folha de São Paulo (Cancian & Collucci, 2018). Apesar da possibilidade de diagnósticos cada vez mais precoces, de disponibilidade e precisão de aparelhos de exame por imagem, de pesquisas e comercialização constante de novos medicamentos, além de técnicas cirúrgicas requintadas e sempre aperfeiçoadas, a mortalidade permanece muito alta.

Atualmente, os tratamentos da medicina alopata, isto é, da medicina comum, incluem medicações de quimioterapias endovenosas, injetáveis e de administração via oral (pílulas); imunoterapia (classe de medicações que atuam fortalecendo o sistema imunológico para que combata as células cancerígenas) e tratamentos cirúrgicos com procedimentos cada vez mais precisos e menos invasivos; por irradiação através de radioterapia ou braquiterapia. Cada tratamento é direcionado a tipos de câncer diferentes, segundo protocolos e liberações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (INCA, 2011).

Apesar dos variados tratamentos existentes na atualidade, uma questão que marca negativamente o tratamento oncológico é o efeito colateral, sendo a alopecia (queda dos cabelos) o efeito mais conhecido. Quando uma pessoa careca é vista na rua, sua imagem prontamente é associada a alguma doença oncológica, especialmente se estiver emagrecida ou, o oposto, com o rosto muito edemaciado e disforme. Entretanto, nem todos os tratamentos para câncer têm a queda de cabelo como efeito colateral, embora

seja o efeito colateral mais temido pelos pacientes, por carregar a marca social negativa de ter câncer. Já ouvi de vários pacientes, ao descobrirem o diagnóstico de câncer, que eles fariam qualquer tratamento desde que não lhes caíssem os cabelos, mostrando como a relação com a autoimagem é muito afetada nessa classe de doenças.

Além da alopecia, a autoimagem da pessoa com câncer é afetada pelo emagrecimento. Inclusive, trata-se de um dos indicativos para investigação de doença oncológica. Junto à perda de peso, acompanham o curso da doença o enfraquecimento e a indisposição, o que colabora para que o paciente se sinta desmotivado e que sua autoestima fique diminuída. Podemos mencionar, também, as cirurgias mutiladoras e alguns tumores que têm manifestações externas, como grandes feridas narcísicas.

Por um lado, a alta taxa de mortalidade no Brasil, além das restrições e dificuldades que cada tratamento implica, como alopecia, emagrecimento, edemas por uso de corticoides, mutilações, tumores deformativos pelo corpo, náuseas, vômitos e indisposição, amedrontam e levam o paciente a associar o câncer a algo muito ruim e à morte, por outro, são crescentes a ideia e a realidade do câncer enquanto doença crônica, de tal maneira que as pessoas podem viver anos com o quadro oncológico, intercalando o momento de tratamento com os momentos de remissão e controle de doença.

Desse modo, pelas dificuldades em encontrar uma causa, a alta taxa de mortalidade e, até mesmo, a cronificação dessa doença, nota-se que o impacto social sofrido pelo doente oncológico é diferente em comparação a outras enfermidades. Tanto que diversas áreas se subdividiram para estudar mais especificamente essa classe de doenças, entre elas, a Psicologia, com a criação da Psico-Oncologia.

À medida que foi sendo reconhecido que a etiologia, o desenvolvimento do câncer e a adesão aos tratamentos estavam associados a fatores psicológicos, comportamentais e sociais, tornou-se necessário desenvolver técnicas de abordagem psicológica na área da saúde que pudessem melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares e garantissem sua participação ativa em todo o processo de tratamento. Desta forma, a psicologia desenvolveu um corpo de conhecimentos específicos – compreensão do paciente oncológico e técnicas de intervenção especiais, com consequente melhora da qualidade de vida (Veit & Carvalho, 2008, p. 18).

O termo Psico-Oncologia foi sugerido, pela primeira vez, em 1961, pelo cirurgião oncológico argentino José Schavèlson, “[...] afirmando ser o ramo da medicina que se ocupa da assistência ao paciente com câncer, do seu contexto familiar (e social) e de aspectos médico-administrativos presentes no cotidiano do paciente” (Schavèlson cit. por Veit & Carvalho, 2008, p. 18). Esse mesmo médico depois se tornou psicanalista, sendo

curiosamente um dos pesquisadores que se debruçou sobre o câncer de Freud, relacionando-o à sua biografia. Esse estudo resultou na publicação, em 1983, de *Freud, um paciente com câncer* (Schavêlson, 2010).

Essa primeira definição de Schavêlson (cit. por Veit & Carvalho, 2008), o qual entendia que a Medicina se apropriaria de saberes e técnicas psicológicas, foi abandonada. Conservou-se apenas o termo Psico-Oncologia. No Brasil, a partir de 1993, adotou-se a definição proposta pela psicóloga Maria da Glória Gimenes.

Para a autora, a Psico-Oncologia representa uma área de interface entre psicologia e medicina que utiliza conhecimentos educacionais, profissionais e metodológicos provenientes da psicologia da saúde, aplicando-os: na assistência ao paciente oncológico, à sua família e aos profissionais de saúde envolvidos com a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a fase terminal da doença; na pesquisa e no estudo de variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência do câncer, de sua recuperação e do tempo de sobrevivência após o diagnóstico (Veit & Carvalho, 2008, p. 18).

Isto é, a Psico-Oncologia tem a sua especificidade, assim como a Psicologia Hospitalar, embora sejam duas abordagens dentro da Psicologia da Saúde. A Psico-Oncologia mantém uma estreita relação com a Medicina e suas preocupações vão para além do ambiente hospitalar, envolvendo a prevenção, por exemplo. Voltando para a Psicologia Hospitalar, pois é com ela que trabalhamos, o grande desafio posto é: o que podemos fazer dentro de um hospital junto aos pacientes com câncer sem perspectiva de cura e, portanto, com a morte concreta se aproximando? Estamos discorrendo a respeito de doenças que, segundo Kovács (2014, p. 97):

[...] podem ser ameaças à autonomia do paciente, facilitando o exercício do paternalismo e a superproteção por familiares e profissionais de saúde. Parte importante dos cuidados no final da vida é facilitar o exercício da autonomia e decisões de pessoas enfermas, que trazem consigo sua biografia. O que se observa é que, com o avanço da idade e o agravamento da doença, decisões sobre vida e morte não são mais permitidas aos pacientes.

A relação com o corpo e a mudança na autoimagem corporal durante o tratamento afetam diretamente o narcisismo, importante para o autorreconhecimento do paciente. Ademais, durante todo o processo de adoecimento, o paciente experiencia diversos sentimentos mobilizados pela doença, seu curso, e pela relação de proximidade com a morte, produzindo angústia e, portanto, sofrimento psíquico. É nossa tarefa, diante do adoecimento da intensa mobilização fantasmática, oferecer ao paciente uma escuta, como já afirmamos anteriormente, enquanto suporte a esse sofrimento, visando à elaboração psíquica de suas angústias frente à morte anunciada, ao valorizar sua história e autonomia,

apesar das circunstâncias e da proximidade com o final da vida. Para isso, no segundo capítulo, discorreremos sobre o tema da morte.

CAPÍTULO II

A MORTE ANUNCIADA COMO ASSISTENTE DE TRADUÇÃO: ONCOLOGIA E TERMINALIDADE

Para chegarmos a nossa hipótese, temos de entender quem é o paciente oncológico sem perspectiva de cura e o que caracterizaria a terminalidade. Assim, faz-se preciso relembrar nossa suposição de que o anúncio da morte próxima em pacientes oncológicos age como assistente de tradução, organizando o psiquismo e reeditando a SAF na relação do paciente com seu cuidador. Dessa forma, são possíveis novas traduções para o excesso, para o enigmático através da sedução e com a possível consecução de um Projeto Transferencial.

Entretanto, diante da terminalidade, o que surge é a temática da morte, real, próxima e inevitável, o que instala um conflito, pois a própria característica de atemporalidade e de não negatividade do inconsciente não reconhece o fim. Até por isso, nossa proposta está no anúncio da morte, e não no ato de morrer em si, embora haja uma sequência óbvia. Será nesse espaço entre o diagnóstico e a chegada da morte que o paciente leva a cabo o Projeto Transferencial (Mello Neto, 2016, 2017; Martinez, 2017), como uma última vontade e como um legado.

O doente oncológico sem perspectiva de cura, cuidados paliativos e o caminho para a morte

Quando se recebe o diagnóstico de uma doença oncológica, a aproximação da morte – além da mobilização de fantasias e todo o significado social que o câncer apresenta – dependendo da gravidade da doença, a terminalidade da vida pode estar mais perto do que se supõe, ou seja, pode ser dias ao invés de meses. Nesta seção, abordamos o que se define por câncer avançado sem perspectiva de cura, cuidados paliativos e terminalidade.

Câncer, na verdade, é um conjunto de doenças neoplásicas, classificadas de acordo com alguns fatores, como: o órgão onde aparecem as primeiras células modificadas, tipo de célula que se multiplica e o fator que predispõe à multiplicação desordenada de células diferenciadas. O grau de evolução dessas células, a sua multiplicação e a possibilidade de ter se espalhado para outros órgãos ou não determinam

o que se chama na medicina de estadiamento, que é, na realidade, uma classificação indicativa do estágio clínico que a doença se apresenta.

O estadiamento da doença oncológica é extremamente importante para o estabelecimento das possibilidades terapêuticas, que podem ser modificadoras de doenças, ou seja, com perspectiva de melhora clínica oncológica, diminuição de tumor e atividade tumoral ou terapias de controle de sintomas e busca por qualidade de vida, como os Cuidados Paliativos (INCA, 2011). A classificação mais utilizada para avaliar o grau de estadiamento de tumores no Brasil é a preconizada pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominada Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos (INCA, 2011). Esse sistema classifica os tumores atribuindo a eles notas de 1 a 4 para a evolução dos estágios, sendo o estágio 4 considerado o mais avançado, quando as células cancerígenas se espalharam para além do sítio primário, em outros órgãos do corpo.

Vários fatores são considerados ao se analisar e classificar o grau de estadiamento, tais como: local do tumor, tipo de célula que o constitui, o tamanho do tumor, os resultados dos exames de marcadores tumorais, como o doente está se sentindo e a quantidade e os níveis de metástases. Esta última, a metástase, é o tema mais conhecido entre os leigos, pois caracteriza progressão de doença. Ouve-se dizer que a doença espalhou ou que a pessoa está tomada pelo câncer. De fato, a metástase indica que há disseminação de células cancerígenas para outras partes do corpo, diferentes ao sítio primário, que é o primeiro local onde se formou o câncer.

A partir da classificação do estadiamento da doença oncológica, o médico estabelece as condutas de tratamento e evidencia se há perspectiva de cura ou não para a doença. Entretanto, falar a respeito de cura em câncer, para a Revista da ABRALE⁴ (2018), é contraditório, pois estaria atrelando cura a uma manifestação orgânica dos seres vivos, a multiplicação de células, as quais, em alguns momentos ao longo de sua vida, na divisão celular, geram células diferentes do padrão celular do tecido afetado. E, na maioria das vezes, essas células diferentes são naturalmente eliminadas pelo sistema imunológico de cada organismo.

Ao tempo que se segue após o tratamento sem manifestação de doença, a literatura médica propõe chamar de remissão – e não de cura. A cura pode ser considerada apenas

⁴ Trata-se de uma publicação da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, importante organização não governamental que promove e incentiva a pesquisa em oncologia.

depois de longo tempo em remissão, de acordo com cada tipo de câncer. A remissão é um tempo de controle da doença, em que, no caso do câncer, as atividades das células malignas se encontram inativas (ABRALE, 2018).

Um câncer com classificação de estadiamento alta, por exemplo, o estágio quatro, é considerado uma doença avançada, com um tratamento modificador de doença com difícil resultado positivo. Todavia, tornam-se possíveis algumas alternativas de intervenção, como o controle da doença, que busca evitar seu crescimento e o aumento de metástases, além de zelar pelo controle de sintomas proporcionando bem-estar e qualidade de vida para o paciente. A esses cuidados, denominamos Cuidados Paliativos. Conforme já salientamos anteriormente, são cuidados que não visam à cura para uma enfermidade, tanto que se destina a doenças progressivas e incuráveis. Eles têm como princípio manter a qualidade de vida do paciente por meio de alívio de dor e sofrimento e não prolongando a vida, tampouco a encurtando, aceitando a ortotanásia, a morte na hora certa como um processo natural da vida.

Porém, um paciente com câncer em estágio quatro nem sempre será um paciente em final de vida, em fase terminal. O estadiamento da doença não define o prognóstico, tempo de vida, mas indica a gravidade da doença, ainda que se viva anos controlando um câncer metastático, sem uso de tratamento modificador de doença. Terminalidade tem a ver com o tempo de vida, ou tempo para a morte, e pode ser mensurada por meio de sinais e sintomas que o paciente apresenta indicando que o seu corpo já não está mais funcionando adequadamente, nem respondendo às medicações de controle. Segundo Américo (2012), os sinais das últimas 48 horas de vida incluem: anorexia, imobilidade, sonolência ou *delirium*, espasmos musculares involuntários, dor, falta de ar, palidez cutânea e extremidades arroxeadas.

Dessa forma, ponderamos ser conveniente diferenciar os termos terminalidade e cuidados paliativos. Os dois são muito importantes e de forte relevância para os casos e dados que analisamos nesta pesquisa, mas a diferenciação entre esses dois termos ainda é pouco clara, inclusive para os profissionais da saúde. A conotação que a palavra paliativo tem na língua portuguesa contribui para esse equívoco. O Dicionário Aurélio (2019, *on-line*) define paliativo como “O tratamento e/ou medicamento cuja eficácia é temporária; anódino.”, ou seja, algo transitório, temporário. Essa definição está muito próxima da ideia de um cuidado ao paciente que vai morrer logo (terminalidade) e que, por isso, não precisa de muito investimento em seus cuidados. Tem uma conotação de

temporário, o que muitos profissionais da saúde e leigos interpretam como deixar de oferecer cuidados, como se expõe popularmente: “não dá para fazer mais nada”.

Entretanto, a etimologia da palavra Paliativos – do latim *pallium* – significa capa ou manto que cobre os ombros, remetendo aos mantos usados pelos cavaleiros durante as Cruzadas e que lhes serviam de proteção. Logo, a ideia de Cuidados Paliativos é de proteção ao paciente, buscando qualidade de vida ao longo do seu tratamento, bem como quando este já não estiver mais fazendo efeito e até o momento da morte (Figueiredo, 2008).

Diante dos significados que a palavra paliativo apresenta, percebo, em minha prática, muitos enganos por parte da equipe assistencial em acreditar que um paciente em cuidados paliativos necessariamente está em fase final de vida. Compreendo que parte disso se efetiva por essa modalidade de cuidados ser uma área da medicina ainda muito recente. No Brasil, os Cuidados Paliativos foram incorporados às Políticas Públicas Nacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2018, por meio da Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Assim, há uma falta de divulgação, de orientação e dificuldades na intervenção precoce, equivalendo-se ao início dos cuidados paliativos antes da terminalidade, concomitante ao tratamento modificador de doença, como uma quimioterapia.

Como vimos, a própria história dos Cuidados Paliativos também é recente. O seu aparecimento data do final da década de 1940, mas apenas trinta anos depois sua prática começa a se consolidar. Sua origem procede de duas fontes simultâneas: uma, na Inglaterra, com a médica, enfermeira e assistente social Cicely Saunders (Cit. por Figueiredo, 2008), que se dedicava a cuidar principalmente dos pacientes oncológicos; a outra vem dos Estados Unidos da América, com a psiquiatra suíça erradicada no país, Elizabeth Kubler Ross (Cit. por Figueiredo, 2008), que iniciou seu trabalho cuidando de portadores do vírus da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida). O encontro dessas duas expoentes ocorreu na década de 1970 e, assim, inaugura o movimento *hospice moderno* nos Estados Unidos, que se tornou a base dos Cuidados Paliativos até o presente (Figueiredo, 2008). O movimento *hospice moderno*, por sua vez, tem sua inspiração na Europa do século XVII, denominando-se *Hospice* o lugar onde as crianças órfãs, os doentes e os moribundos eram deixados para serem cuidados por religiosos. O que acontece a partir do século XX é, na realidade, uma releitura dessas casas de cuidados (Figueiredo, 2008).

Segundo Carvalho e Parsons (2012), a filosofia adotada pelos Cuidados Paliativos não se restringe ao câncer e à AIDS, apesar destes terem se iniciado com cuidados de pacientes portadores dessas doenças. Os Cuidados Paliativos contemplam toda doença progressiva, incurável e ameaçadora à continuidade da vida, como as demências e as doenças crônicas progressivas. Os princípios desses cuidados, continuam os autores, são: promover o alívio da dor e de sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte um processo natural da vida; não acelerar, nem adiá-la; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; oferecer suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte; auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto, abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares (incluindo acompanhamento no luto); e melhorar a qualidade de vida ao influenciar positivamente o curso da doença. Ou seja, os Cuidados Paliativos proporcionam qualidade de vida até o último momento de vida, que é marcado com a morte.

A morte com dignidade é objetivo de programas de cuidados paliativos. Busca-se facilitar a autonomia do paciente na tomada de decisões sobre sua vida. Retoma-se o conceito de boa morte, sem dor, com respeito aos desejos do paciente, estabelecendo canais de comunicação com a família e profissionais de saúde (Kovács, 2014, p. 102).

O conceito de boa morte, a que se refere Kovács (2014), é pautado em uma construção histórica e antropológica da morte, passa da morte planejada, com testamentos, proximidade da família na hora de morrer, como acontecia na era medieval, e vai para a postergação da vida, com o uso de recursos tecnológicos da Unidade de Tratamento Intensivo, até a concepção de alívio de sofrimento no momento atual. Ressalta, ainda a autora, que a boa morte é uma concepção pessoal, respeita o desejo e as crenças de cada paciente. Um paciente pode querer ventilação mecânica (extubação) na crença de estar lutando contra a morte, enquanto outro pode desejar que a morte aconteça de forma natural, no quarto do hospital, junto a seus familiares ou, até mesmo, em casa.

Embora os Cuidados Paliativos não sejam exclusivamente cuidados de fim de vida, os cuidados na terminalidade fazem parte dos Cuidados Paliativos, tanto que o instrumento utilizado para previsão de tempo de vida é a escala PPS – *Palliative Performance Scale* – (Carvalho & Parsons, 2012), traduzida e validada no Brasil como Escala de Performance Paliativa. Nessa escala, são atribuídas notas, cuja soma vai de 0 a 100, aos seguintes quesitos: deambulação (capacidade de andar); atividade e evidência da

doença; autocuidado; ingesta (quantidade que está comendo) e nível de consciência. Quanto menor for o escore do paciente, mais perto dos seus últimos momentos de vida ele se encontra. Por exemplo, um paciente que tem uma performance 40 está mais próximo da morte do que um de performance 70. Assim, a escala mensura a proximidade com a morte ou a terminalidade.

A fim de compreender o que caracteriza esse tempo final de vida, terminalidade, o Manual de Cuidados Paliativos (Carvalho & Parsons, 2012), da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, descreve alguns sinais perceptíveis da falência orgânica, isto é, quando os órgãos do corpo estão parando de funcionar. Percebemos que esses sinais são, de alguma forma, os mesmos avaliados na Escala de Performance – PPS –, sendo eles: anorexia (devido à baixa taxa metabólica); imobilidade (não consegue mais se movimentar); sonolência com alguns momentos despertos; alteração na cognição (respostas demoradas, confusas, visões, alucinações, conversas com pessoas que já morreram, olhar fixo e profundo, *delirium* e agitação); mioclonus (abalos musculares involuntários semelhantes à convulsão); dor, dispneia, colapso periférico (extremidades frias, mudança da coloração da pele); e ronco (sororoca, respiração ruidosa e com secreções) (Carvalho & Parsons, 2012).

Pacientes em fase agônica necessitam principalmente de conforto, e não de tratamentos invasivos. Os sinais da agonia são, entre outros múltiplos sintomas, confusão, agitação, extremidades frias, ruído respiratório, visão borrada e desfocada, diminuição de diurese, alucinações, debilidade intensa. Quando esses sinais estão presentes, é fundamental manter a medicação, principalmente para o conforto e alívio de sintomas, e suspender tratamentos com efeitos colaterais que aumentam o sofrimento (Kovács, 2014, p. 96).

Além dos sinais orgânicos, sinais emocionais são percebidos durante o processo de adoecimento. Nesse sentido, pesquisas apontam para o fato de que cerca de 50% dos pacientes que apresentam câncer em estágio avançado têm critérios para distúrbios psiquiátricos, incluindo os transtornos de adaptação (Ann-Yi et al., 2019). Ademais, as últimas horas de vida são, geralmente, vividas com tristeza, melancolia e despedidas. “O processo de adoecimento envolve problemas somáticos, isolamento, sensação de abandono, falta de sentido, dependência para atividades cotidianas. São situações de angústia para pacientes e familiares” (Kovács, 2014, p. 96).

Nesse momento, como afirmam Carvalho e Parsons (2012), as questões pessoais antigas são redimensionadas e podem se resolver pela proximidade do fim, com o perdão

entre próximos e visitas de pessoas que não se viam há muito tempo. Com frequência, percebo que algumas pessoas só morrem depois que aquele familiar (irmão, filho, tio etc.), muito importante para o moribundo, chega para visitá-lo. Popularmente, afirma-se que o paciente estava esperando aquela pessoa para morrer e o propósito pode ser variado, como despedida, perdão ou reconciliação, ou todos eles.

Também observo uma situação: os pacientes que, em suas últimas horas de vida, puderam ter carinho e compreensão de seus próximos, familiares e amigos, morrem de forma mais serena, ao que parece, pois o fazem sem gemer de dor ou com graves desconfortos respiratórios que geram ruídos assustadores. Isso sem mesmo terem sido medicados para atenuar a dor ou ter iniciado um processo de sedação. Quando o paciente em terminalidade pode e quer participar do seu processo de fim de vida, o resultado é uma morte tranquila, sem desesperos por parte do paciente e de seus acompanhantes, embora triste.

Cuidados no final da vida envolvem solidariedade, compromisso e compaixão e não posições autoritárias e paternalistas. O grande desafio é permitir que se viva com qualidade a própria morte. Os pacientes que puderam falar com seus médicos sobre o final de vida tiveram maior probabilidade de morrer em paz e ter controle da situação. Seus familiares também conseguiram elaborar melhor o luto (Kovács, 2014, p. 101).

Embora haja dificuldades em diferentes aspectos em relação à temática morte (ainda que ela seja realmente a única certeza que se tem na vida), percebemos que, com o início dos Cuidados Paliativos, a preocupação com a qualidade da vida está em destaque no meio acadêmico e social. Chama a atenção alguns fatos recentes, por exemplo, uma reportagem veiculada em janeiro de 2019, na Folha de São Paulo, por Débora Miranda, que apresenta a *doula*⁵ da morte: uma profissional, não necessariamente da área da saúde, que é contratada para ficar junto ao doente e seus familiares. Sua função é colaborar na realização de coisas de ordem prática, como um tipo de ritual pós-morte, contas de banco, suporte físico e emocional, respeitando as crenças e desejos do paciente, de modo a proporcionar acolhimento e seriedade no momento da morte, assim, tendo uma boa morte. Segundo a reportagem, a situação aludida é algo que já acontece nos Estados Unidos e na Europa e que chega, agora, ao Brasil. Miranda (2019) explica:

⁵ *Doula*: palavra de origem grega que significa mulher que serve. Atualmente, é uma ocupação reconhecida e com curso de formação específica em que uma mulher orienta e assiste a gestante até o nascimento do bebê. É dessa atividade ou profissão que se deriva a *doula* da morte.

As doulas não precisam ser profissionais de saúde. Elas recebem formação para conseguir lidar com a morte de forma natural e fazer com que pessoas diagnosticadas com doenças avançadas em progressão (o termo doença terminal não tem sido mais utilizado pelos médicos) tenham uma boa morte, como costumam dizer (*On-line*, 2019).

Temos, também, o livro da médica geriatra e paliativista Ana Claudia Quintana Arantes (2016), que já ultrapassou a cifra de mais de 20.000 exemplares vendidos em tempo recorde. O livro⁶, que é destinado ao público em geral, trata do tema finitude e morte de forma simples e intensa ao mesmo tempo, levando o leitor a refletir sobre a vida e a encarar a morte como uma certeza, um processo natural, sem eximir a tristeza implicada na perda.

Por outro lado, devemos considerar os avanços tecnocientíficos, os quais, por meio de aparatos técnicos e de máquinas, permitem cada vez mais eficientemente o controle da vida e da morte, tornando simbolicamente o ser humano imortal, pois pode ser mantido vivo por máquinas e funcionando com medicações. Maria Julia Kóvacs (2009), em seu famoso trabalho *Educação para a morte*, destaca esse assunto. Postula a autora:

O desenvolvimento da tecnologia médica e dos diagnósticos e tratamentos cada vez mais sofisticados trouxe o prolongamento da vida, embora nem sempre tenhamos garantia da qualidade desta, principalmente no caso dos idosos. A importância de focar o tema da morte está ligada ao fato de que, ao falar de vida, a sua qualidade acaba sendo revista. Esta vem decaindo, em parte, pelo lugar ao qual a morte foi relegada no século XX: do interdito, do vergonhoso, do oculto – uma inimiga a ser vencida a qualquer custo (p. 47).

Assim, resgatar a autonomia do paciente e proporcionar a ele a realização de seus desejos, diante de sua terminalidade, é trabalho dos Cuidados Paliativos. O respeito ao paciente e ao controle de sintomas é de suma importância na valorização subjetiva desse paciente, bem como considerar seus medos, processos de luto de si mesmo e dos seus próximos, como nos lembra Kovács (2014).

Pacientes gravemente enfermos são estigmatizados, nomeados como terminais, associados ao “nada mais há a fazer”. Há expectativa de sofrimento e dor na hora da morte, conjugados a doenças como câncer, o que é verdade em parte. Pacientes podem ficar isolados. Há temor de contágio pelo sofrimento e sentimento de impotência e eles podem se ressentir do distanciamento da família, do trabalho; vivem perdas financeiras, da autonomia, do corpo saudável. Têm medo da

⁶ O livro *A morte é um dia que vale a pena viver* (Arantes, 2016) serviu de inspiração para a novela Bom Sucesso, exibida entre 2019/2020, em horário nobre da emissora Rede Globo.

dependência, dor, degeneração e incerteza; vivem processos de luto da perda de si e das pessoas próximas (p. 96).

É nesse contexto que nós atuamos tentando promover os melhores caminhos para enfrentar a vida com o diagnóstico de uma doença incurável e progressiva. Também consideramos a morte irreversível, valorizando o paciente, seus medos e desejos até o último momento de sua vida. Na próxima seção, aprofundamos no tema da morte ao trazer as construções psicanalíticas de Freud e Laplanche.

O encontro (im)possível com a morte: contribuições psicanalíticas

A fatalidade da morte é declarada e popularmente se enuncia não saber como é morrer, pois ninguém voltou da morte para contar. De fato, essa é uma experiência complicada de analisar, uma vez que não é possível ter acesso ao morto e não se tem representação mnêmica da morte.

Para Freud (1915/2006c), embora o homem tenha consciência de sua finitude, de que um dia irá morrer, em relação ao inconsciente, afirma, com veemência, que “não há nesse sistema lugar para a negação” (p. 191), e a morte é a negação da vida, logo ela não é representada, inconscientemente seríamos imortais. Assim, esquecemos essa realidade, ou seja, acreditamos que a morte nunca nos acontecerá, mesmo sabendo que um dia vamos morrer. Segundo Leão (1994), “O homem não a reconhece como processo natural e inevitável, estando internamente convencido de sua imortalidade, capaz somente de imaginar-se morto enquanto espectador da cena” (p. 140).

No texto *Totem e Tabu*, Freud (1913/2006g) desenvolve hipóteses a partir da perspectiva de comunidades primitivas sobre alguns tabus sociais, como o tabu da morte. Para o autor, as comunidades primeiras apresentam um funcionamento psíquico mais arcaico, menos rebuscado e, dessa forma, mais nítido e livre de defesas egóicas muito elaboradas facilitando o estudo.

A respeito do tabu da morte, destacamos um ponto de relevância neste trabalho, a ambivalência em relação à morte, ou ao morto, sob a perspectiva do sujeito espectador da morte de outro. A ambivalência marca o oposto, ódio e amor, em relação à morte, e, segundo Freud (1913/2006g), esta seria decorrente entre o sofrimento e da satisfação concomitantes em relação ao morto. Ou seja, diante da morte de alguém querido, dois sentimentos antagônicos se manifestam ao mesmo tempo. Tanto o pesar e a tristeza

aparecem, o que seria relacionado ao sentimento de amor e sofrimento, como a ideia de satisfação e prazer pela morte do outro, ainda que seja inconsciente.

Para Freud (1913/2006g), no que tange ao morto, inconscientemente seríamos autores da morte do outro, do seu assassinato, revelando um ódio recalcado. Em situações de terminalidade, por exemplo, observo que alguns familiares explanam não querer mais que o paciente sofra, preferindo que ele morresse e, ao mesmo tempo, sentem-se culpados por pensar assim (pois essa satisfação geralmente está recalcada), tanto que, logo em seguida, verbalizam sua culpa em desejar a morte daquele que se ama, marcando a ambivalência. Para Freud (1913/2006g):

O tabu sobre os mortos surge, como os outros, do contraste existente entre o sofrimento consciente e a satisfação inconsciente pela morte que ocorreu. Uma vez que essa é a origem do ressentimento da alma do morto, segue-se naturalmente que os sobreviventes que mais terão a temer serão aqueles que eram anteriormente os seus mais chegados e queridos (p. 75).

Ainda sobre a ambivalência, Freud (1913/2006g) continua destacando a hostilidade em relação ao morto que, segundo o autor, funcionaria como autodefesa, mecanismo de defesa egóica de formação reativa. O medo da tentação, ou seja, de se realizar o desejo da morte do outro, de matar o outro, mesmo daquele que se ama, desabrocha nos tabus, funcionando como interditos ao desejo, às paixões e às realizações. Nas palavras do autor:

A esse respeito, as observâncias dos tabus, assim como os sintomas neuróticos, têm um sentido duplo. Por um lado, em seu caráter restritivo, são expressões de pesar, mas, pelo outro, traem claramente coisa que procuram ocultar – uma hostilidade contra o morto disfarçada de autodefesa. Já sabemos que certos tabus surgem do medo da tentação. O fato de um homem morto achar-se em desamparo está fadado a atuar como um incentivo a que o sobrevivente dê rédea livre às suas paixões hostis e essa tentação tem de ser contraditada por uma proibição (Freud, 1913/2006g, p. 75).

Em *O tema dos três escrínios*, Freud (1923/2006d) continua sua teorização associando a morte com a formação reativa, ou seja, a morte é negada por ser insuportável e transformada em algo bom para ser suportável. Ao analisar as famosas peças de William Shakespeare, neste texto, Freud (1923/2006d) relaciona a trama do *Rei Lear* com as figuras da mitologia grega responsáveis por tecer o fio da vida de cada homem, as *Moiras*. Para ele, a escolha do *Rei Lear* entre as três irmãs faz alusão às três Moiras (a que dá a vida, a que mede o tamanho da vida e a que tira a vida), sendo a terceira, que justamente foi escolhida pelo *Rei*, a representante da morte, a que corta o fio da vida.

Mas lembraremos que existem na vida mental forças motivadoras que ocasionam a substituição pelo oposto, na forma do que é conhecido como formação reativa; e é precisamente na relação de forças ocultas como estas que procuramos a recompensa de nossa indagação. As Moiras foram criadas em resultado de uma descoberta que advertiu o homem de que ele também faz parte da natureza e, portanto, acha-se sujeito à imutável lei da morte. Algo no homem estava fadado a lutar contra esta sujeição, pois é apenas com extrema má vontade que ele abandona sua pretensão a uma posição excepcional. O homem, como sabemos, faz uso de sua atividade imaginativa a fim de satisfazer os desejos que a realidade não satisfaz. Assim sua imaginação rebelou-se contra o reconhecimento da verdade corporificada no mito das Moiras e construiu em seu lugar o mito dele derivado, no qual a Deusa da Morte foi substituída pela Deusa do Amor e pelo que lhe era equivalente em forma humana (Freud, 1923/2006d, p. 323).

Por meio da formação reativa, “um contra investimento de um elemento consciente, de força igual e de direção oposta ao investimento consciente” (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 200), efetiva-se a transformação da Deusa Morte em bela e desejável, em Deusa do Amor. Essa é uma forma do homem suportar a morte e de sentir que pode superá-la, ainda que de forma fantasiosa. Nesse mesmo texto, Freud (1923/2006d) destaca que o sujeito, ao se perceber enquanto parte da natureza, dá-se conta de que está fadado à morte e é finito, como tudo que é natural, utilizando-se de sua imaginação e fantasia para satisfazer os desejos que sua realidade não permite, de matar e de morrer.

Como a realidade de um fim não é boa, tampouco bela, para lidar com ela, segundo Freud (1913/2006g), o homem a transforma por meio da formação reativa, na figura de uma Deusa Morte, que é apresentada como sedutora, bonita, de tal maneira que parte dessa fantasia se torna algo suportável e desejável. Isso porque, continua o autor, a realidade da morte é tão terrível que, para encará-la, é necessário transformá-la em algo bom.

Podemos exemplificar essa transformação de algo ruim em algo bom ou suportável analisando a literatura. Se tomamos o movimento literário do Romantismo, do século XIX, poderemos ilustrar bem a ideia proposta por Freud, da formação reativa, pois, nessa época, a morte era vista como algo glamoroso entre os jovens e, especialmente, entre os poetas. Esse glamour era manifestado em atos suicidas por amor e, até mesmo, ao aceitar a morte com boa vontade ao contrair tuberculose, que era a doença mais temida na época. Assim, se tomamos a produção literária desses escritores, sua arte, sua poesia, percebemos que essa produção era uma forma de atenuar seu sofrimento, de simbolizá-la. Álvares de Azevedo, por exemplo, que morreu tuberculoso, escreveu o poema *Se eu*

morresse amanhã, no qual não só se refere ao sofrimento por amor, mas se refere à morte como solução para o fim do sofrer. Nesse sentido, a morte é desejada e não temida.

É possível correlacionar a morte com sofrimento, sadismo e prazer, de fato; por outro lado, a formação reativa assume importância na vida psíquica colaborando para que os homens consigam lidar com a morte. Uma forma de se defender diante dessa tensão é o consolo de acreditar que todos os seres humanos um dia vão morrer, atribuindo à natureza razões de se morrer. A busca por uma causa externa, enquanto defesa frente à mortalidade, também abrange a ideia da morte ser um castigo divino, uma maldição: “A noção de ‘morte natural’ é inteiramente estranha às raças primitivas; atribuem toda morte que ocorre entre elas à influência de um inimigo ou de um espírito mal” (Freud, 1920/2006a, p. 56).

A morte, em si, é inacessível, como acabamos de explorar, e assustadora, tanto que, para conseguir lidar com ela, precisamos ativar defesas egóicas a fim de torná-la suportável, para, assim, amenizar seu horror. Diante disso, ponderamos que a ideia da morte concreta é traumática e, para entrar em contato com ela, é necessário recorrer aos assistentes de tradução que auxiliam tanto na possibilidade de propor novas traduções, dos conteúdos recalçados, quanto a partir das novas traduções, ao efetuar outros recalçamentos. Por exemplo, a possibilidade de ter vida eterna, por intermédio da religião. Assim, diante da impossibilidade de estudar a morte em si, consideramos, nesta pesquisa, o anúncio da morte – o que é traumático –, mas, junto com isso, o que funciona como assistentes de tradução, que são os tratamentos, as internações, os medicamentos, as prescrições médicas, de modo geral, que servem para atenuar o excesso.

Dessa forma, supomos que o anúncio da morte próxima funciona enquanto assistente de tradução na vida de pacientes em terminalidade. Assim, possibilita-se que, junto a outros eventos vividos pela aproximação da morte, tem-se o envolvimento, principalmente, dos seguintes cuidados: os especializados, como da equipe técnica de saúde, e os afetuosos da família e de pessoas importantes para o paciente, de modo a permitir que revise sua trajetória de vida em busca de dar novos sentidos a ela, novas traduções e retraduações. O Projeto Transferencial, que também propomos como um desdobramento dos assistentes de tradução, é construído precisamente em torno desses novos significados que o paciente pode atribuir à sua vida com a proximidade com a morte.

Discorreremos, agora, sobre alguns dos principais conceitos da Teoria da Sedução Generalizada, desenvolvidos por Laplanche a partir de seus estudos freudianos, ao atribuir um destaque especial ao conceito de assistente tradução que guia nosso trabalho e a análise dos casos clínicos apresentados no terceiro capítulo.

Assistentes de tradução

Os assistentes de tradução podem ser descritos como ferramentas culturais que ajudam na organização do psiquismo, ou seja, são conjuntos de mensagens emitidas pelo meio social e cultural e transmitidas para o *infans*, juntamente com as mensagens enigmáticas. Essas mensagens, os assistentes de tradução, emitem códigos para além de autopreservação, isto é, transmitem narrativas e esquemas capazes de ajudar a decodificar o que vem do inconsciente do adulto sedutor ou, até mesmo, para recalcar como defesa, sem que isso signifique, necessariamente, uma patologia. Sua relevância está precisamente em dar conta da pressão dos objetos fontes da pulsão. Ou seja, dar conta não apenas da sedução do outro, mas, sobretudo, de como isso opera no psiquismo do seduzido, levando às traduções possíveis, e para produzir o recalçamento do sexual, uma vez constituído o psiquismo.

Confrontado às mensagens do adulto comprometidas pelo inconsciente, logo enigmáticas, intraduzíveis somente pelos meios dos códigos relacionais que tem à sua disposição (códigos autoconservativos), o *infans* deve recorrer a novos códigos. Mas ele não os inventa a partir de nada. Possui a seu alcance, muito cedo, por seu meio cultural geral (e não unicamente familiar), códigos, esquemas narrativos pré-formados. Poder-se-ia falar aqui de uma verdadeira “ajuda à tradução” proposta pela cultura ambiente (Laplanche, 2003, p. 413).

Exemplifico com uma cena de cuidados de um adulto a um bebê. Temos, na troca de fraldas, durante a higiene da genitália, uma atitude do adulto comunicando cuidado, mas também, nessa atitude, estaria presente algo da ordem de uma excitação do adulto, porém nem ele mesmo se dá conta disso, pois se trata do recalçado. Mas, junto com essa ação de cuidado, e o enigmático que parasita essa mensagem, o adulto que cuida também comunica os assistentes de tradução, que são as mensagens organizadoras e que amenizam o excesso do sexual, assim, a sua ação pode ser significada como: é preciso limpar com cuidado para que o bebê fique bem e evite doenças, o que é um organizador psíquico, na medida em que traduz e subordina o excesso libidinal aos limites da ação.

Para Laplanche (2003), na comunicação sedutora do inconsciente do adulto com a criança que ainda não fala, na SAF, também são transmitidos os assistentes de tradução.

Nesta Situação Antropológica Fundamental, os termos importantes são “comunicação” e “mensagem” - com esta ideia, sobre a qual gostaria de insistir: falando de mensagens adultas, não queremos dizer mensagens inconscientes. Toda mensagem é uma mensagem que se produz no plano consciente-pré-consciente. Quando falo de mensagem enigmática, falo de mensagem “comprometida” pelo inconsciente. Caráter, então, comprometido da mensagem, e isto num sentido único no início, mesmo se uma reciprocidade se estabelece rapidamente em seguida, mesmo no plano sexual. Finalmente, o que conta nesta situação é o que faz o receptor, isto é, precisamente a tentativa de tradução e o necessário fracasso desta tentativa (p. 405).

O autor nomeia essas mensagens inconscientes de mensagens enigmáticas. Segundo ele, no *après-coup*, serão traduzidas e retraduzidas ao longo da vida adulta com o auxílio dos assistentes de tradução, transmitidos desde a infância. Temos, aqui, um importante conceito da TSG: essas mensagens inconscientes, sexuais, as quais o autor nomeia de mensagens enigmáticas, como já aludido. Nesse sentido,

[...] a tradução da mensagem enigmática adulta não se faz em uma só vez, mas *em dois tempos*. O esquema em dois tempos é o mesmo do traumatismo: no primeiro tempo, a mensagem é simplesmente inscrita, ou implantada, sem ser compreendida. Como se fosse mantida sob a camada fina da consciência ou “sob a pele”. Num segundo tempo, a mensagem é revivificada do interior. Ela age como um corpo estranho interno que é preciso a todo preço integrar, controlar tradução ou tentativa de tradução tem por função fundar, no aparelho psíquico, um nível *pré-consciente* (Laplanche, 2003, p. 407).

Ao ter em vista a temática desta pesquisa, é pertinente nos perguntarmos: como poderia o anúncio da morte, diante de um diagnóstico de terminalidade, funcionar enquanto um assistente de tradução?

Observamos que pacientes, ao assumirem sua condição de tempo final de vida e se depararem com a terminalidade, passam a realizar alguns planos e a se autorizarem a realização de pendências. Como se, diante da finitude, pudessem se autorizar para a realização de vontades, como viajar para algum lugar, conhecer alguém famoso e assumir compromissos e responsabilidades pensando no fim da vida. A proximidade com a morte os leva a se preocuparem com seu legado, com influências espirituais e religiosas, como as crenças no pós-morte e o anseio por uma premiação, como o céu ou, até mesmo, de organização para os que ficam, como divisões de bens e diretivas para os familiares.

Ao buscar um sentido, um significado para o adoecimento e ideia de finitude, a fim de suportar essa vivência, e como um mecanismo de defesa para a realidade insuportável do fim, o anúncio da morte próxima funciona como um assistente de tradução para lidar com a castração, isto é, a morte concreta e inevitável. Serão também os assistentes de tradução que permitirão dar um novo significado para a morte e para a castração, em torno das possibilidades de retraduzir com outros parâmetros, tais como considerar a vida após a morte e a organização de legados e testamentos, a fim de viver para sempre na lembrança dos que ficam ou para ter vida eterna.

A partir do anúncio da morte próxima, muitas pessoas ocuparão o papel de cuidadores, além da família, tais como médicos, enfermeiros, atendentes, psicólogos etc., o que nos leva a supor uma atualização da SAF. Por um lado, esses cuidadores transmitem mensagens declaradas de compaixão, como parte dos cuidados – falamos acerca dos cuidados paliativos, precisamente para poupar o paciente da dor – e, até mesmo, propõem à própria família para ajudar concretizar vontades e desejos do doente. Essas declarações vão desde promover e realizar vontades relacionadas a, por exemplo, comer determinado alimento, realizar passeios e encontrar alguma pessoa, manifestando a permissão de que se faça tal coisa, pois o doente irá morrer e, em breve, até a evitar conflitos, como realizar cuidados de fim de vida. Por outro lado, acreditamos que, por se tratar de relações concretas, o sexual também se presentifica, no desejo, no pulsional, partindo do outro, de quem cuida que, no momento do adoecimento do paciente, é ele quem tem mais recursos psíquicos frente à fragilidade do moribundo, seduzindo-o.

Também podem ser transmitidas mensagens de piedade e ambivalência frente à proximidade da morte do outro, o desejo recalcado de que esse paciente morra, além das preocupações com o bem-estar do paciente, geralmente manifestadas pelo cuidador. Em relação aos sentimentos ambivalentes face à morte do outro, Freud (1913/2006g) nos expõe que a ambivalência estaria entre o sofrimento e a satisfação, ou seja, aparecendo tanto o pesar e a tristeza, o que seria relacionado ao sentimento de amor e sofrimento, como a ideia de satisfação e prazer pela morte do outro. Ainda para Freud (1913/2006g), em relação ao morto, para o inconsciente, seríamos autores da morte do outro, demonstrando satisfação por ser do outro e não a própria morte.

Além das mensagens ambivalentes de prazer frente à morte do doente, que são mensagens excessivas e traumáticas, nos cuidados, também são transmitidas as produções da cultura, que são os assistentes de tradução. É possível pensar que, ao receber a notícia

de uma doença terminal e que a morte está próxima, junto com isso, há um grande leque de possibilidades reconfortantes em torno, por exemplo, dos significados espirituais que relacionam a uma vida após a morte.

Tais mensagens enigmáticas comunicadas ao doente, com os elementos ambivalentes, podem ser traduzidas na forma de crença da vida eterna, como salientamos, ou do encontro com o criador. Ao receber as mensagens autoconservativas dos cuidadores, o enigmático se organiza e se recalca, e o doente passa a olhar sua trajetória de vida buscando realizar suas últimas vontades, o que é feito na formulação e execução de um Projeto Transferencial, que coloca em andamento um projeto de morrer e a construção de um legado.

Um paciente, ao receber o diagnóstico de câncer sem cura e com prognóstico de pouco tempo de vida, ao mesmo tempo em que lhe parece amedrontador pela relação estabelecida socialmente entre câncer e morte, os dados culturais organizadores servirão para consolar, acalmar e organizar, funcionando como assistentes de tradução. Esses organizadores que serão transmitidos pelas figuras de cuidado (familiares, médico, enfermeiro, psicóloga, instituição) são capazes de traduzir conteúdos recalçados em torno de uma fantasmática muito discutida pela psicanálise freudiana, em torno dos conflitos edípicos, a relação com a castração e, até mesmo, a ambivalência diante da sedução entre paciente e cuidador na reedição da SAF. Podemos pensar que a situação de morte próxima, ao invés de recalcar os conteúdos excessivos, desperta, no doente, a possibilidade de retraduzir conteúdos inconscientes.

Ainda sobre a ambivalência, fazemos destaque ao tema pela sua relevância na pesquisa. Na reedição da SAF, as figuras de cuidado, ao mesmo tempo em que cuidam e transmitem mensagens organizadoras, também desejam a morte de quem está sofrendo, o paciente. Além disso, essas figuras sentem regozijo por ser a morte do outro e não a do paciente. Este, por sua vez, pode traduzir a ambivalência enquanto uma preocupação dos outros com o seu sofrimento, como uma forma de cuidado. Já a parte do desejo, do sexual, provavelmente será recalçada pelo inconsciente adulto; trata-se da parte insuportável.

Podemos considerar organizadores culturais ou assistentes de tradução (Laplanche, 1992): a fala do médico, que propõe um tratamento, a da família, que manifesta apoio ao doente e consolo pela promessa de um reencontro, o acolhimento e a escuta do psicólogo, bem como a espiritualidade, evocando significados transcendentais

e de imortalidade, que acalmam o moribundo. Percebemos que, de alguma maneira, o diagnóstico de doença sem cura e de fase final de vida, assim como todos os desdobramentos em torno de tal, mobilizam ações de cuidado que funcionam precisamente como assistentes de tradução do enigmático.

Voltemos ao exemplo do paciente que tinha medo de morrer com insuficiência respiratória, assim como seu pai morreu, considerando minha intervenção, a de informar para ele que não precisaria morrer do mesmo jeito que seu pai, caso não quisesse. Essa minha fala funcionou como um organizador diante da angústia do paciente em relação à sua própria morte. Ademais, supomos, no que concerne a fantasmas associados à morte de seu pai, a ambivalência de matar o pai, desejar tê-lo matado e a culpa e punição com uma morte semelhante. Ainda nesse exemplo, podemos imaginar que o sentimento despertado pelo paciente, ao se dar conta de que sua morte poderia ser como a de seu pai, é angústia, talvez na forma pura, desligada, como na pulsão sexual de morte (Laplanche, 1985).

A ideia de entender que a própria morte está próxima pode ser reveladora, em vários sentidos, e pode ser libertadora, por exemplo, na ideia de que a morte é o fim provocando alterações no doente, na realização de suas vontades, como organizar contas e realizar partilha de bens, e de desejos, como o de imortalidade e de santidade. Essas revelações podem, de alguma forma, ser experienciadas, antes da morte próxima, de fato, por meio de brincadeiras, devaneios no adulto, como na pergunta: o que você faria se soubesse que vai morrer amanhã? Diante dessa pergunta, muitas pessoas podem se surpreender com suas respostas e, talvez, oportunizar um momento de pensar sobre sua vida, vontades e desejos. Entretanto, no caso dos pacientes, isso é realidade e, portanto, precisam dos assistentes de tradução.

Contudo, essa ideia também pode ser comprometedor, considerando a existência de algo que venha depois da morte, vinculada aos aspectos religiosos que punem ou premiam a pessoa no pós-morte, conforme suas condutas e comportamento durante a vida. Assim, tem-se a dúvida: quando morrer, vou para o céu ou inferno?

Os exemplos anteriores, a proximidade da morte autorizando ou comprometendo o paciente em estado terminal, retratam percepções culturais da fase final de vida, dando respaldo para articular com o conceito de assistentes de tradução desenvolvido por Laplanche (1992, 2003). Tratam-se de ferramentas da cultura passadas de forma

consciente e inconsciente de uma geração para outra, como traduções do que se produz nas relações assimétricas, além do fato de que elas desempenham o papel de assistentes de tradução de mensagens enigmáticas, inconscientes. É possível pensar que, ao saber que a sua própria morte está próxima, considerando os significados culturais que a morte tem, as mensagens enigmáticas (do sexual, do desejo) do sujeito sejam traduzidas e retraduzidas acarretando efeitos em suas vidas.

Ao pensar em um paciente que acaba de receber a notícia de ter câncer, ao mesmo tempo em que lhe parece amedrontador pela relação estabelecida socialmente entre câncer e morte, os dados da cultura também servirão para consolar, acalmar, organizar. Eles servirão como assistentes de tradução capazes de traduzir conteúdos recalcados, como a ambivalência. Podemos considerar organizadores culturais a proposta de tratamento médico, a da família que manifesta apoio ao doente, o consolo pela promessa de um reencontro, o acolhimento e a escuta do psicólogo, assim como a espiritualidade evocando significados transcendentais que acalmam o moribundo.

Além dos assistentes de tradução, outros conceitos da Teoria da Sedução Generalizada são de relevância nesta pesquisa: Situação Antropológica Fundamental – SAF –, mensagens enigmáticas e sedução. Tais conceitos serão contemplados na seção seguinte.

Mais alguns conceitos da Teoria da Sedução Generalizada

Laplanche (1992) postula que o inconsciente é inacessível, assim, o que é conhecido, é sempre sua representação, consciente, uma tradução psíquica, que é o termo que Laplanche (1992) toma do próprio Freud (1985/2006e). Também, diferentemente de Freud, Laplanche considera que o inconsciente não é dado biologicamente, mas deve ser fundado a partir da alteridade, do encontro da criança que ainda não fala (*infans*) com o adulto/cuidador dotado de um inconsciente. A esse encontro inevitável e que levará à constituição do inconsciente na criança, Laplanche (2003) denomina Situação Antropológica Fundamental – SAF:

A Situação Antropológica Fundamental confronta, num diálogo simétrico/dissimétrico, um adulto que possui um inconsciente sexual (essencialmente pré-genital) e um *infans* que ainda não constituiu um inconsciente, nem a oposição inconsciente/pré-consciente. O inconsciente sexual do adulto é reativado na relação com a criança pequena, com o *infans*. As mensagens do adulto são mensagens pré-conscientes-conscientes, elas são necessariamente “*comprometidas*” (no sentido do retorno do recalcado) pela

presença da “*interferência*” inconsciente. Essas mensagens são, então, *enigmáticas*, ao mesmo tempo para o emissor adulto e para o receptor *infans*.

Enquanto, num diálogo normal (verbal ou não-verbal), existe um código comum e não há necessidade de tradução (ou que, então, esta é instantânea), na comunicação original, a mensagem adulta não pode ser captada em sua totalidade contraditória. Nela se misturam, por exemplo, no modelo típico da amamentação, amor e ódio, acalmia e excitação, leite e seio, seio “contínente” e seio excitado sexualmente etc.

Os “códigos” inatos ou adquiridos de que o *infans* dispõe são, então, insuficientes para fazer face a essa mensagem enigmática. A criança deve recorrer a um novo código, ao mesmo tempo improvisado por ela e buscado nos esquemas fornecidos pelo meio cultural (p. 407).

Ainda para Laplanche (1992, 2003), nas mensagens transmitidas do adulto para a criança que ainda não fala na SAF, estarão as mensagens de sedução (mensagens enigmáticas), que são desconhecidas pelo próprio adulto que as veicula. Essas mensagens são traumáticas para o *infans* que ainda não tem maturidade psíquica para elaborá-las, pois não tem um inconsciente constituído, mas que, em determinado momento, e na medida em que a sedução se torna traumática, tentará traduzi-las e o fará com o auxílio de assistentes, uma vez que, junto com a mensagem traumática, o adulto transmite assistentes de tradução, que são organizadores, como vimos. Para o autor, essa tentativa de tradução, iniciada pela criança como forma de enfrentar o traumático da sedução, fracassará quase totalmente, porém os restos não traduzidos provocarão a clivagem necessária para produzir o recalque originário, fundando o inconsciente (Laplanche, 2003).

A tradução ou tentativa de tradução tem por função fundar, no aparelho psíquico, um nível *pré-consciente*. O pré-consciente – essencialmente o eu – corresponde à maneira pela qual o sujeito se constitui, se representa sua história. A tradução das mensagens do outro adulto é essencialmente uma historização mais ou menos coerente.

Mas, sendo a mensagem comprometida e incoerente, situada em dois planos incompatíveis, sua tradução é sempre imperfeita, deixando de lado *restos*. São esses restos que constituem, por oposição ao eu pré-consciente, o *inconsciente* no sentido *próprio*, no sentido freudiano do termo. É evidente que o inconsciente é marcado pelo *sexual*, já que tem sua origem no comprometimento da mensagem adulta pelo sexual. Mas não é de maneira alguma a cópia do inconsciente adulto, por causa do duplo “metabolismo” que o sexual sofreu neste percurso: deformação na mensagem comprometida no adulto e depois, na criança receptora, trabalho da tradução que remaneja completamente a mensagem implantada (p. 407).

Laplanche (1992/2003) chama a atenção em relação a essas mensagens. Ele não as considera mensagens inconscientes, mas, sim, mensagens relativas à autoconservação da criança, porém que estão comprometidas pelo inconsciente do adulto, pois, para o autor, toda mensagem comunicada tem sua parte consciente e pré-consciente. Aqui, tratam-se das enigmáticas:

Nesta Situação Antropológica Fundamental, os termos importantes são “comunicação” e “mensagem” – com essa ideia, sobre a qual gostaria de insistir: falando de mensagens adultas, não queremos dizer mensagens inconscientes. Toda mensagem é uma mensagem que se produz no plano consciente-pré-consciente. Quando falo de mensagem enigmática, falo de mensagem “comprometida” pelo inconsciente. Caráter, então, comprometido da mensagem, e isto num sentido único no início, mesmo se uma reciprocidade se estabelece rapidamente em seguida, mesmo no plano sexual. Finalmente, o que conta nesta situação é o que faz o receptor, isto é, precisamente a tentativa de tradução e o necessário fracasso desta tentativa (Laplanche, 2003, p. 405).

Também escreve:

A Situação Antropológica Fundamental é apresentada como base da mensagem enigmática do outro e sua tradução, através da Teoria da Sedução Generalizada. A partir daí, a palavra inconsciente pode corresponder a três acepções: o inconsciente no sentido freudiano (o recalcado), com resíduos imperfeitos de tradução da mensagem; o inconsciente encravado, constituído de mensagens não traduzidas, correspondendo à parte psicótica da mente e o pseudoinconsciente do mito-simbólico, sem lugar no interior do aparelho psíquico (Laplanche, 2003, p. 403).

Esse encontro assimétrico, entre o infante e o adulto, Laplanche (1992) o toma de Ferenczi (1933/1992), do seu famoso texto *Confusão de línguas entre adultos e crianças*, assim como o conceito de *infan*. Laplanche, todavia, reinterpreta. De um lado, teria a criança com a linguagem do lúdico e, do outro, o adulto com o sexual, a princípio. Somente depois, com os cuidados, viria a ternura, como um organizador psíquico, agindo enquanto um tradutor necessário para que o adulto continue exercendo os cuidados com a criança e se acalme diante da excitação. Porém, a linguagem da ternura, do cuidado, é simultaneamente comunicada com a linguagem sexual, inconsciente, com a linguagem da sedução.

Em relação aos conteúdos recalcados, para Laplanche (1992,2003), assim como para Freud, esses conteúdos nunca serão revelados e o que vem à consciência são representações, traduções possíveis, que o sujeito consegue fazer do recalcado. Assim, teria o sujeito, não apenas enquanto criança, um estoque de mensagens enigmáticas recalçadas que fundaram o inconsciente, como já expusemos, e que, a partir dos

assistentes de tradução, vindos da cultura, poderão ser traduzidas e retraduzidas ao longo da vida.

Laplanche (2003) considera que as mensagens implantadas e intrometidas, que não podem ser traduzidas imediatamente pelo seu cunho traumático e excessivo, ficariam estocadas, à espera de uma tradução, no que ele denomina inconsciente encravado.

Existiria, então, não somente na criança, mas em todo ser humano, uma espécie de *estoque de mensagens não traduzidas*: algumas praticamente impossíveis de traduzir, outras na espera provisória de tradução. Tradução que só pode ser provocada por uma reatualização, por uma reativação. O inconsciente dito encravado pode, então, ser um lugar de estagnação, mas também um lugar de espera, uma espécie de “purgatório” das mensagens que esperam (Laplanche, 2003, p. 410, grifos do autor).

Após destacar alguns conceitos da TSG fundamentais nesta pesquisa, nosso próximo passo será de articulá-los com a proposta de Mello Neto (2012, 2016a) sobre a consecução do Projeto Transferencial, considerando o anúncio da morte próxima enquanto um assistente de tradução.

O Projeto Transferencial decorrente da morte anunciada

O conceito de Projeto Transferencial, idealizado por Mello Neto (2012, 2016a), fundamenta-se na experiência clínica de longa data do autor e nos estudos da TSG. Para ele, na relação transferencial, o analista não estaria apenas como expectador das projeções (das imagos infantis) do paciente, assumindo uma posição passiva, ou apenas de refletir as projeções do paciente como um espelho, pelo contrário, participaria de alguma forma diferente na contratransferência, nessa relação, dentro do campo transferencial (Mello Neto, 2012, 2016a).

Nessa relação transferencial, teríamos a manifestação da sedução, bilateralmente, entre o paciente e o analista, pois se trata de um adulto, que já tem seu inconsciente – conforme os pressupostos da teoria da sedução generalizada de Laplanche (1985, 1992, 2003). Nesse contexto, o analista estaria ocupando o lugar do outro e a alteridade, aqui, faz-se imprescindível; na sedução generalizada, “o analista se oferece ao analisando, **se oferece** como objeto, um objeto mais apetecível, isto é, como objeto sedutor a ser seduzido e aí está mais algo que faz o analista” (Mello Neto, 2012, p. 6, grifo do autor). Ao mesmo tempo em que seduz e é seduzido, o analista é o guardião do enigma do paciente, este a ser decifrado e presente no projeto transferencial.

Para Mello Neto (2012, 2016), essa posição que o analista ocupa, bem como sobre a sedução envolvendo o par analista e paciente, lembra que, ao mesmo tempo em que o analista deve apresentar uma postura estoica – no sentido de suportar (esse lugar) –, ele também deve interpretar no momento certo.

O que quero dizer são duas coisas. Primeiro, que além de provocar, seduzir e portar-se como que estoicamente, o analista necessita **estar dentro do campo transferencial** e não fora dele apenas como observador, e isso não encontramos dito em Freud, de forma que o discurso freudiano fica um tanto que excessivamente racional a esse respeito. Segundo, creio que o paciente participe mais do que com uma mera e genérica representação de cura. Suponho que, mais que isso, o seu projeto transferencial, por mais primitivo que seja, já é uma tradução daquilo que o move e um dos elementos dessa tradução é a figura do analista, que surge aí como condição para a efetivação desse projeto. A entrada do analista aí não nos parece algo simplesmente passivo, mas é uma participação com sua própria fantasmática no campo transferencial (Mello Neto, 2006, p. 15).

Ainda para o autor, para que a análise/psicoterapia se inicie, o analista precisa ocupar o lugar demandado pelo paciente no Projeto Transferencial. Entretanto, esse lugar é permeado pela sedução, o que torna a proposta irresistível e, ao mesmo tempo, perigosa. De acordo com Mello Neto (2016): “Quando, então, o terapeuta/analista aceita o projeto transferencial do sujeito, nem que seja para lhe pôr limites, é que, supomos, se estabelece o campo transferencial, em que ambos os sujeitos da díade estão imersos” (p. 2).

Segundo Mello Neto (2012, 2016a), muitos pacientes chegam até a psicoterapia com um projeto previamente elaborado, como casar-se, ter filhos, resolver a relação com os pais etc. Ademais, por meio da relação transferencial, o analista/psicoterapeuta é convidado a participar desse projeto representando, por sua vez, o papel que o paciente lhe demanda. Logo, ocupar esse lugar seria até uma condição para que fosse possível prosseguir com a psicoterapia, podendo o analista/psicoterapeuta ser ator ou testemunha dentro do projeto do paciente.

Ao aceitar ocupar um lugar no projeto transferencial do paciente, mesmo que com todas as reservas bem conhecidas, ele aceita fazer parte do campo transferencial que está se formando. É aí que começa a provação dos dois, isto é, o problema de como manter-se aí sem se perder inteiramente e poder sair em algum momento. Alguém tem que fazer algo, digamos. Uma interpretação, um assinalamento ou, mesmo, uma simples exclamação pode ser esse algo num certo momento e fazer algo aí se refere a poder traduzir essa experiência, traduzir, sobretudo, em palavras (Mello Neto, 2012, p. 504).

Esse projeto, continua o autor, não seria inteiramente consciente, pré-consciente, nem totalmente inconsciente, porém uma organização do Eu, mas com elementos de cada um desses níveis, e incluiria, necessariamente, o analista. Isso significa que, quando o

paciente chega à análise/terapia, não tem total clareza do que procura de verdade, pois há partes recalçadas a serem decifradas e, muito possivelmente, o projeto irá tomando forma, no decorrer do trabalho ou, até mesmo, no *après-coup*:

[...] é possível pensar que a situação analítica, que é única para cada paciente, está fundada não só num projeto racional, mas em elementos inconscientes que fazem parte do projeto. Ela, a situação analítica, resultaria, então, de algo muito complexo, difícil de discernir, em que representações conscientes e inconscientes se mesclariam produzindo algo semelhante a um projeto, um projeto transferencial. Esse projeto, pois, teria de se manter durante toda a análise e, ao mesmo tempo, ser interpretado; no entanto, creio que ele só será conhecido inteiramente no *après-coup* (Mello Neto, 2012, p. 504).

Berlofa (2019) propõe uma definição simples e interessante, de inspiração lacaniana, para falar a respeito do Projeto Transferencial. Trata-se do fantasma do sujeito e sua travessia, o que implica o desejo sempre endereçado a um outro (analista, pai, mãe etc.), mas precisa sempre da participação do analista como objeto da transferência. Um analista que precisa aceitar o projeto para que ele se realize, que aconteça a sua travessia.

Como ocupar esse lugar no Projeto Transferencial é ponto chave e crítico para o desenvolvimento da análise, se o analista não aceita esses lugares, dentro da transferência, a análise não é possível. Contudo, se ele realmente encarnar esses papéis, também corre o risco de se perder em seu lugar de analista.

É preciso expor, ainda, que, para o autor, o projeto transferencial é algo muito vago e não garante nada em relação aos resultados terapêuticos; estes, como se sabe bem, são sempre incertos. Porém, é ele o que sustenta a análise e o que faz um psicanalista, no sentido do que o forma, é a capacidade ou o desenvolvimento da capacidade de poder assumir o seu papel no projeto transferencial, deixar-se usar e poder, então, metabolizar essa experiência, isto é, traduzi-la em palavras, de modo a convidar o paciente a também fazê-lo. Nesse processo, o analista e o paciente possivelmente representam, um para o outro, o outro da sedução generalizada e, então, seus discursos são enigmáticos; o analista envia todo o tempo para o analisando frases enigmáticas e o faz propositadamente. Já o paciente, a todo o tempo, também está dizendo com a sua angústia.

Na relação transferencial, ou seja, no Projeto Transferencial, esse lugar oferecido pelo paciente para que o analista ocupe e aceite fazer parte de seu projeto não está endereçado apenas ao analista/psicoterapeuta. Esse par pode ser constituído por: mães e filhos, professores e alunos, médicos e paciente, crianças e adultos, por exemplo (Mello Neto, 2012, 2016a).

Podemos afirmar que o Projeto Transferencial sempre estará direcionado a um outro, já que, para se realizar, exige a alteridade. Nessa relação, a sedução generalizada é reativada na reedição da SAF, como veremos, com detalhe, em um dos casos clínicos desta pesquisa, que ilustra precisamente a demanda direcionada sempre a um outro. Contudo, o Projeto Transferencial implica transferência e, se o analista/cuidador não aceitar entrar na relação transferencial, o projeto não se desenvolverá, visto que o aceite é uma condição imposta.

Destarte, formulamos três importantes questões para colaborar à identificação e compreensão do Projeto Transferencial. São elas: 1) Qual supomos ser o fantasma/fantasia/desejo do paciente? 2) Como poderia se dar essa travessia? e 3) A quem acreditamos se endereçar? (Mello Neto, 2016, 2017; Martinez, 2017). Tais indagações nos servirão de base para a análise e discussão dos casos clínicos que apresentamos no próximo capítulo.

CAPÍTULO III

UM PROJETO DE MORRER OU DE NÃO SER?

Neste capítulo, apresentamos os dois casos clínicos e sobre eles um apontamento é importante, o qual diz respeito à condição orgânica e subjetiva desses pacientes, que se encontram em momentos de saúde frágil e cada vez mais próximos de suas mortes. Essa situação leva a fazer um questionamento: diante desse cenário, quais intervenções da clínica psicanalítica hospitalar seriam pertinentes e possíveis? Destacamos que, a esse questionamento, muitas das intervenções foram surgindo dentro da especificidade do contexto, conforme a necessidade.

Para além de pensarmos sobre a prática psicológica, os casos ilustraram nossa proposta de pesquisa, uma vez que podemos considerar que o diagnóstico de terminalidade não é só um diagnóstico que apavora, traumatiza e amedronta, mas também pode ser tomado como um organizador psíquico a partir das produções da cultura que entram em cena. Assim, consideramos enquanto assistentes de tradução: o tratamento proposto pelo médico; o consolo da família que manifesta apoio ao doente e promete um reencontro na eternidade; o acolhimento e a escuta do psicólogo que, como um confessor, escuta os pecados do condenado à morte, sem julgá-lo, o que lhe permite tomar algumas decisões antes de partir; finalmente, temos a religião como uma produção da cultura, que auxilia, por intermédio da exaltação da espiritualidade, a suportar o fim, evocando significados transcendentais e de imortalidade, o que acalma o moribundo. Ainda, de forma menos organizadora, talvez, ponderemos que o diagnóstico de terminalidade pode levar à opção de se entregar à morte como uma derradeira tradução do enigmático da sedução do outro. Numa reedição da SAF, mas cuja retradução seria o estado de passividade para a morte.

Nesse contexto, supomos que alguns pacientes desenvolvem para si uma tarefa, a formulação e realização de um Projeto Transferencial, a fim de ter uma morte digna, deixar um legado aos que ficam ou simplesmente buscar um retorno ao estado de não ser, o que não deixaria de ser um legado, se pensarmos que é uma entrega de retorno ao ventre materno, para morrer em paz. Tal Projeto somente pode ser formulado e realizado à medida que os outros participam ativamente do que seriam os últimos desejos do doente. Isso é o que confere o sentido transferencial ao projeto do paciente. Assim, vamos ao primeiro caso: Pedro.

Projeto de Morrer - Caso Pedro

Pedro, 63 anos, pecuarista, chegou ao hospital em julho com dores nas costas e queixa de emagrecimento. Ele foi internado para investigação desses sintomas e por suspeita de câncer. Após realizar os exames de imagem e biópsia, constatou-se o diagnóstico de câncer de rim com metástase óssea, o que justificava suas dores. As primeiras medidas médicas foram mantê-lo hospitalizado, uso de colete ortopédico e início de quimioterapia.

Portador de doença oncológica sem cura e diagnosticado com um câncer já em estágio clínico avançado e terminal, o paciente ficou sob a modalidade de Cuidados Paliativos durante três meses com foco na qualidade de vida e tratamento do controle de sintomas e de sofrimento físico, emocional, social e espiritual. Sua investigação diagnóstica e a notícia da proximidade da morte aconteceram em ambiente hospitalar. Ressalta-se que foram dadas pela médica responsável e o paciente recebeu acompanhamento psicológico durante três meses, nas internações hospitalares, até o momento de seu óbito. No total, foram 4 internações: a primeira durou 27 dias, a segunda, 34 dias, a terceira, 3 dias, e a última, 4 dias; todas elas em enfermaria hospitalar.

A família de Pedro é composta por três filhos, sendo dois filhos: Carlos, do meio, e o mais novo, Marcos, e uma filha: Ana, a mais velha de todos. Também fazem parte da família Paula, a nora, esposa de Carlos, e a mãe deles, Maria. Paula e Maria acompanharam Pedro em suas internações, algumas tardes e se revezando sempre no período da noite. Os filhos visitavam o paciente esporadicamente.

Foram realizados atendimentos psicoterapêuticos com Pedro, bem como orientações à família. Paula, a nora, ocupa um lugar de destaque por ser a principal acompanhante no hospital, quem mais ficava com o paciente, custeava o plano de saúde particular dele e era quem tomava a frente nas decisões em nome da família. A esposa de Pedro, Maria, trabalhava em um dos negócios do filho e da nora.

Os atendimentos com o paciente foram realizados de forma individual e no próprio leito hospitalar, geralmente o paciente deitado na cama, até mesmo por sua debilidade física, e eu sentada na poltrona do quarto. As intervenções com a nora foram realizadas na ausência do paciente, no corredor da instituição, quando ela me abordava. Os filhos praticamente não iam ao hospital e, como a intenção era oferecer acompanhamento psicológico ao paciente – e ele tinha condições de responder por si mesmo –, não houve necessidade de chamar a família.

Os dados que analisamos são provenientes dos atendimentos do paciente em suas hospitalizações e das orientações dadas ao paciente e a seus familiares, tudo registrado em um prontuário psicológico. Além do prontuário psicológico, que é de acesso restrito ao psicólogo, assegurando o sigilo, como já expusemos, no hospital, também se registram as evoluções do caso, ou seja, registros sucintos dos atendimentos psicológico, no prontuário multidisciplinar do paciente que é compartilhado com a equipe.

Os atendimentos aconteceram sem duração precisa, podendo ser de poucos minutos até horas, no quarto do hospital e com frequência semanal variável, de segunda a sexta-feira em horário comercial. Quanto à duração dos atendimentos, consideramos as particularidades do nosso paciente, como um momento em que ele sentiu muita angústia gerando um atendimento além do previsto, pois, nessa ocasião, o paciente pediu que a enfermeira me chamasse e eu lhe havia dito que poderia me solicitar se sentisse necessidade. Também tivemos alguns atendimentos previstos que não aconteceram, já que cada encontro estava regido pelas possibilidades do momento em relação à condição física do paciente, como uma vez em que cheguei ao quarto para atendê-lo e ele estava dormindo profundamente devido à administração de fortes medicações para dor. As intervenções médicas e de enfermagem necessárias marcavam certos limites e, por vezes, os atendimentos necessitavam ser interrompidos para dar lugar aos diversos procedimentos, como medicações, exames e banhos.

O pedido para acompanhamento psicológico de Pedro veio da médica que assistia o paciente⁷. O motivo consistiu na gravidade clínica e nas dificuldades emocionais apresentadas frente ao diagnóstico, além da evolução esperada para a doença. O primeiro atendimento aconteceu dois dias após a internação, no dia em que recebeu a confirmação do diagnóstico de uma doença oncológica com alto grau de estadiamento e já em metástase, câncer renal com metástases óssea e no sistema nervoso central.

A fim de compreender com eficácia os dados obtidos por meio dos atendimentos psicológicos – e que aqui foram analisados –, conheceremos, antes, um pouco da história pessoal de Pedro e da história de sua doença.

⁷ O Serviço de Psicologia Hospitalar do hospital onde trabalho atende apenas por solicitação, podendo vir do médico, da equipe assistencial, dos familiares e do próprio paciente.

História pessoal e da Doença

Esta seção foi dividida em subseções para uma elucidação mais eficaz e para buscar uma maior riqueza de detalhes, algo importante para a análise que virá posteriormente. Dessa forma, começamos com a história pessoal do paciente.

História pessoal

Pedro era o mais velho de três filhos. Relatou que mantinha uma relação conflituosa com a família, pois estava brigado com sua única irmã ainda viva, briga que aconteceu após a morte de sua mãe, quando, na ocasião, o paciente se recusou a visitar a mãe antes dela morrer. Na época dos atendimentos, seus pais já haviam falecido.

Era casado, porém morava em casa separada da esposa há seis anos. A esposa residia em uma casa na região urbana, e ele na propriedade rural a 300 km de distância da cidade. Mantinha uma namorada, há cerca de cinco anos, e moravam em casas separadas.

A filha mais velha, casada e com filhos, morava em outra cidade. Eu encontrei com essa filha apenas duas vezes nas internações de Pedro, quando ela foi visitar o pai.

Pedro contou que, logo que se casou, ele e a esposa tiveram os três filhos e foram morar no exterior por alguns anos. O casal trabalhava e, segundo o paciente, tinham uma vida de conforto, pois ele podia comprar presentes caros para a esposa, mas também juntaram dinheiro para investir ao seu retorno.

Nos atendimentos psicológicos, o paciente contou que sentia falta de ter relações sexuais com a esposa e que o tempo fora do país foi o mais difícil, pois ela não queria. A esposa voltou primeiro ao Brasil e Pedro só retornou dois anos depois. De volta ao Brasil, ele investiu o dinheiro tanto em uma propriedade rural quanto em uma casa na cidade, onde voltou a morar com a esposa. Aos poucos, foi se dedicando à pecuária, permanecendo cada vez mais na propriedade rural, até se mudar de vez para lá. Pedro também relatou que a esposa não gostava de morar no campo, preferia a cidade. Fora essas diferenças, o conflito de ordem sexual permanecia.

O paciente falava pouco a respeito de sua família, de seus pais e irmãos nos atendimentos. Pedro tinha muita dificuldade em falar sobre seus sentimentos, talvez, isso estava relacionado a aspectos culturais. Falou apenas uma vez sobre a mãe e de como tinha se arrependido por não ter se despedido antes dela morrer. Contou que eles estavam

brigados, mas não quis me falar o motivo da briga e que, depois da morte da mãe, suas irmãs brigaram com ele por não ter ido ao velório; com isso, passaram anos sem se falar. Pedro, então, falava mais sobre seus filhos, de como se orgulhava do trabalho de cada um e do esforço de ter trabalhado muito para que os três concluíssem o curso superior. Ademais, falava a respeito da relação com a esposa, de como foi se desgastando ao longo do casamento e, algumas vezes, falou sobre a amante/namorada, como a conheceu e como se encontravam.

Para compreender melhor a história de Pedro, destacamos os dados colhidos nas orientações realizadas à sua nora, Paula. Como já expusemos, ela era a principal acompanhante do paciente no hospital; era ela quem custeava o plano de saúde particular dele e quem tomava a frente nas decisões relacionadas a Pedro. Além disso, foi a única da família que me procurava para orientações. Sempre participativa, Paula nos leva a intuir a ambivalência presente diante da morte do outro, ponto de grande importância nesta pesquisa.

Dados a partir da nora, principal acompanhante hospitalar

A nora do paciente, Paula, esposa do filho do meio, Carlos, era a principal acompanhante no hospital. Justificava que, como tinha uma empresa, contava com a flexibilidade de horários e era ela e o marido quem geriam os negócios do paciente. Como já fora apresentado anteriormente, Paula me procurou algumas vezes, sendo o meu único contato com um familiar de Pedro. Os filhos e a esposa não me procuravam e eu raramente os via no hospital, talvez pelo meu horário de trabalho, pois a esposa passava as noites com o paciente e ia embora horas antes de iniciar o meu horário de trabalho. Já os filhos realizam a visita aos fins de semana.

O meu contato com ela foi logo na primeira internação de Pedro. Paula demonstrava estar muito preocupada com o sogro, com sua qualidade de vida e bem-estar, mas, ao longo das hospitalizações, começou a me dar a impressão de que ela estava preocupada com a demora da morte do paciente, como se o sofrimento estivesse sendo prologando e me parecendo, de alguma forma, buscar um meio de apressar a morte. Isso porque, algumas vezes, Paula me abordou perguntando sobre quanto tempo de vida Pedro ainda tinha, queixando-se da dificuldade da família em se organizar para acompanhá-lo no hospital. Também tive a impressão de que ela estava preocupada com o fato do

paciente não poder retomar suas atividades na propriedade rural. Ao mesmo tempo, a preocupação de Paula parecia estar em torno de poder apressar o processo, pois ela me pergunta, logo na primeira internação de Pedro, quais seriam os motivos para a médica não ter sedado o paciente. Tal procedimento é adotado, especialmente, em fase final de vida, nas últimas 48 horas, quando o desconforto respiratório se agrava; este não era o caso de Pedro, não exatamente nesse momento. Tudo isso me fazia pensar que havia uma certa pressa.

Paula dizia que o paciente era uma pessoa difícil, fechada e que nunca tiveram uma relação próxima, tampouco carinhosa, já que apenas tratavam a respeito de questões de negócios. Ela acreditava que Pedro não tinha condições de tomar decisões por si só em relação ao tratamento de saúde, bem como sobre seus negócios, diante da situação de adoecimento e fragilidade física em decorrência do câncer. Paula também defendia a sogra, escondendo a existência da namorada do paciente. Uma vez, chegou a me dizer que Pedro contou para ela e seu esposo sobre a namorada, pois eles sempre iam até a propriedade rural para resolver negócios e o paciente acreditava que uma hora poderiam se deparar com ela. Com isso, Paula disse que não achou justo a sogra ficar sabendo, poupando-a e tentando evitar que Maria sofresse com isso. Inclusive, falava que a sogra era uma pessoa muito ingênua e bondosa. Paula e Maria tinham contato próximo e diário: a sogra trabalhava com ela, na sua empresa.

Os dados apresentados de Paula nos levam a pensar na ambivalência diante da morte como retrata Freud (1913/ 2006g) em *Totem e Tabu*, uma ambivalência em forma de mensagem enigmática, inconsciente. Podemos supor que Paula, talvez, ao imaginar a morte breve de Pedro, de alguma forma, transmitiria uma mensagem de não o ver mais sofrer, o que poderíamos considerar enquanto uma mensagem organizadora, um assistente de tradução, mas, junto, teríamos a mensagem enigmática, de que ele morra logo para que não dê mais trabalho, não dê mais custos, marcando, dessa maneira, a ambivalência.

Paula foi o último contato de Pedro, talvez porque era ela quem estava mais presente no hospital, ficando o dia todo com ele e nas últimas horas de vida. Apesar da presença constante de Paula no hospital, nos atendimentos, Pedro nunca falava dela para mim.

Vamos, na próxima seção, entender um pouco da doença de Pedro, em especial como progrediu e que tipo de cuidados recebeu.

História da Doença

Pedro foi diagnosticado, aos 63 anos de idade, com câncer de rim. Na ocasião do diagnóstico, identificaram-se metástases ósseas e no sistema nervoso central. Assim, foi considerada uma doença em estado avançado de evolução, já sem cura e, por isso, o tratamento foi todo respaldado nos Cuidados Paliativos, buscando qualidade de vida e alívio de sofrimento do paciente. Tais cuidados se pautaram em quimioterapia e radioterapia paliativas, assim como medicações antieméticas (para combater as náuseas e vômitos).

O diagnóstico se deu após o paciente se queixar muito de dor nas costas, até que um dia não conseguiu se levantar da cama, isso em sua propriedade rural, onde morava e realizava os trabalhos do campo. Foram os filhos que o levaram ao hospital, na cidade. A dor era em decorrência de fraturas ósseas na coluna, pois, com a metástase no local, os ossos estavam fragilizados.

Com a internação hospitalar, iniciou-se o processo de investigação por meio da realização de vários exames. No momento em que a médica deu o diagnóstico, estavam presentes o paciente, a esposa, a nora e o filho, Carlos. Segundo a médica, a família recebeu o diagnóstico de câncer contestando os resultados dos exames, revoltados, e o paciente, com negação, parecia falar a respeito de outra pessoa que não ele, como se não estivesse doente e desvalorizando seus sintomas, como se nada de grave lhe estivesse acontecendo. Esse foi o motivo de ter solicitado acompanhamento psicológico.

Pedro não conseguia entrar em contato com a gravidade da situação, negando-se a aceitar sua condição clínica de limitações e a necessidade de permanecer hospitalizado. Na primeira abordagem que fiz ao paciente, ele me disse que estava com dores nas costas e que, embora entendesse que se relacionava a um câncer e percebesse suas limitações físicas, dizia se sentir capaz de voltar para a propriedade rural e trabalhar. Devido às lesões na coluna vertebral, corria altos riscos de fratura necessitando usar colete ortopédico, o que restringia a sua mobilidade. Contudo, ele foi se tranquilizando e, como vimos, submeteu-se ao tratamento e ao acompanhamento psicológico hospitalar, que será abordado a seguir, com destaque aos principais pontos dos atendimentos realizados.

Rumo à morte

Ainda que o contexto dos atendimentos foi o da Psicologia Hospitalar, realizados em leito hospitalar, com tempo de duração indeterminado, sofrendo interrupções dos procedimentos clínicos (visita médica, exames laboratoriais, administração de medicações), na maioria deles, Pedro me recebia indicando uma poltrona ou cadeira para eu sentar, enquanto ele ficava deitado ou sentado na cama hospitalar. Ao longo do acompanhamento psicológico, o próprio paciente começou a tomar a iniciativa de, quando acompanhado por alguém, pedir que o acompanhante se retirasse do quarto para que ele pudesse ficar sozinho comigo. Geralmente, a nora era a acompanhante no período diurno, e a esposa no noturno, como exposto anteriormente, exceto durante uma semana em que a filha, que morava em outra cidade, veio ao hospital exclusivamente para ficar como acompanhante do paciente.

No primeiro atendimento, no quarto hospitalar, Pedro estava acompanhado pela esposa, pela nora Paula e pelo filho Carlos. Assim que cheguei ao quarto, eu me apresentei enquanto psicóloga do hospital e seus familiares se retiraram aguardando no corredor do hospital. Esse atendimento ocorreu logo após a comunicação do diagnóstico de câncer, feito pela médica oncologista, no segundo dia da primeira internação.

Pedro foi receptivo à abordagem psicológica, mostrando-se interessado pelo atendimento, não apenas respondia às perguntas que eu lhe fazia, mas também falou sobre si, de sua doença, sua preocupação com seu trabalho rural. Ele relatou que nunca tinha conversado com um psicólogo, pois pensava que era coisa para loucos. Não chorava, nem parecia muito preocupado, somente falava que gostaria de começar logo um tratamento e poder ir para sua casa. Pedro parecia não ter assimilado a gravidade do que lhe estava acontecendo, demonstrava dificuldades em aceitar que precisaria de ajuda para seus cuidados, pois, com a metástase nos ossos, o médico determinou restrições de vários movimentos, inclusive andar. Pedro não aceitava a realidade de que não conseguiria morar sozinho na propriedade rural. Dizia que não ficaria na casa da cidade e que precisava voltar logo para a propriedade rural a fim de trabalhar.

O impacto emocional causado, não somente pelo diagnóstico de uma doença grave, mas também pela necessidade de deixar a propriedade rural e suas atividades, provocou intenso sofrimento e foi o principal assunto dos primeiros atendimentos. Estava claro que não era apenas se mudar, mas, de alguma forma, abandonar sua independência e autonomia, além de ficar longe de sua namorada (que morava perto da propriedade) e

voltar a morar com a esposa, visto que eles não tinham mais proximidade, nem intimidade.

O paciente, quando se referia à propriedade rural, o fazia com grande zelo, encarregava-se pessoalmente do gado e de toda a organização sem ter, ao menos, um funcionário para ajudá-lo, motivo que o orgulhava, mas que o preocupou muito ao longo de sua despedida. Com o seu adoecimento, a família teve de contratar um funcionário para cuidar da propriedade, o que, para ele, assinalava sua impossibilidade de realização do trabalho, sua impotência frente ao câncer. No terceiro atendimento, ele conseguiu falar sobre herança e sobre sua preocupação em poder realizar uma conciliação com seus familiares (esposa e filhos). Dizia que se sentia mal por ser um pai distante e pouco carinhoso, já que, morando na propriedade rural, não visitava os filhos e mantinha pouco contato com eles. Também expôs que se sentia mal por não ter se separado legalmente e manter uma namorada como se estivesse vivendo em traição.

O tema da propriedade rural era sempre retomado por Pedro nos atendimentos psicológicos. Ele falava a respeito da falta que sentia de sua casa e da proximidade com a natureza. Relatou, algumas vezes, o quanto desejava ficar sentado embaixo da sombra de uma árvore específica, que ficava em frente à sua casa. Ao final de sua segunda internação, que teve duração de 30 dias, seus filhos o levaram à propriedade rural para passear. Muito entusiasmado, ele me contou sobre esse fato na internação subsequente. Falou que foi muito importante estar na propriedade novamente, conferir como suas coisas estavam sendo cuidadas e respirar o ar do campo.

À medida que o processo de debilitação física foi acontecendo ao longo das internações, vimos o paciente se aproximar muito da religião, procurando um suporte na espiritualidade, de tal maneira que deus começou a fazer parte de seu discurso, na forma de esperança. Freud (1927/2006b), em seu texto *O futuro de uma ilusão*, aponta para a ideia de que, diante do desamparo, o adulto recorre à figura de um deus, em uma projeção da figura paterna de sua infância, em busca de uma proteção contra os perigos. Assim, percebemos que Pedro passou a vestir apenas camisetas com estampas de figuras religiosas, como cruz e imagens de santos. Inclusive, uma vez, pontuei isso e o paciente disse que deus era sua esperança de cura ou de redenção. Essa fala de Pedro é muito significativa e nos leva a pensar no sentimento de culpa que começa também a expressar,

bem como na necessidade de se reconciliar não apenas com os outros, mas consigo mesmo.

No sétimo atendimento, curiosamente, quando sua única filha, que morava em outra cidade o visitou, Pedro falou sobre sua relação com a esposa e, na ocasião em especial, o paciente pediu que a filha ficasse no quarto participando do atendimento. Contou que o casamento foi bom no começo, até ter os filhos, e como a relação entre os dois foi se distanciando quando foram morar no exterior. Foi nesse atendimento que o paciente se referiu aos presentes caros que comprou para a esposa na época, joias e roupas de grife, e como, mesmo assim, não se sentia valorizado por ela. Relatou que foram aos poucos se distanciando até não conversarem mais e que, apesar de sentir atração sexual por ela, não mantiveram relações sexuais. Segundo o paciente, ela o rejeitava quando ele manifestava seu desejo. Ainda nesse atendimento, ele falou acerca da sua relação conflituosa com a mãe, na adolescência, e de como tinha pouco contato com ela depois que se casou, porém não detalhou o conflito, apenas falou que, desde a adolescência, tinha desentendimentos com a mãe, e que, a partir de então, distanciaram-se.

Ponto esse atendimento em especial, considerando que Pedro, diante de uma psicóloga mulher e na presença de sua única filha, busca dar novos significados à sua relação com as figuras femininas e representantes dessa mãe que ele não visitou mais depois do distanciamento.

Falar a respeito dessas mulheres na sua vida também o leva a pensar na sua irmã, com quem estava há anos sem contato, e lhe mandou uma mensagem pelo celular. Durante esse atendimento em específico, o paciente ficou muito ansioso e com sudorese. Ao término, parecia estar mais calmo e aliviado. Esse foi o único atendimento em que a filha permaneceu no quarto, ainda que em silêncio. Nos outros atendimentos em que ela estava de acompanhante, o paciente pediu que ela se retirasse do quarto.

À medida que sua internação se prolongava, os filhos do paciente também foram se aproximando. O filho que morava na mesma cidade, Carlos, fazia visitas de curta duração, porém diariamente; a filha Ana ia visitá-lo a cada duas ou três semanas e o filho da cidade próxima, Marcos, o visitava aos fins de semana. Durante a semana, revezavam a nora e a esposa, especificamente para dormir no hospital com Pedro. Ficou muito clara a aproximação entre o paciente e os filhos, bem como entre os próprios filhos, tanto que

o paciente passou a fazer planos de viajar com eles em uma possibilidade de alta hospitalar entre as internações.

Destaco mais um atendimento, referente à segunda internação de Pedro, realizado por solicitação do próprio paciente. Na ocasião, ele pediu para que a enfermeira me chamasse, pois se sentia angustiado. Nesse atendimento, Pedro estava inquieto. Relatou que, na última noite, sua esposa estava com ele no hospital. Nisso, Pedro teve a iniciativa de conversar com ela lembrando situações do passado. Ambos falaram acerca de seus sentimentos e das vivências juntos, mas ele também contou sobre a sua namorada. Disse para a esposa que estava em um relacionamento com outra pessoa e que, embora não morassem juntos, viam-se com frequência e que entendia que o casamento deles já havia acabado há algum tempo. Relatou que, ao contar para a esposa, ela ouviu atentamente e reagiu compreendendo, de forma pacífica. Ao término, ele me pediu se eu poderia conversar com a médica a fim de receitar um antidepressivo. Assim, consegui falar com a médica e ele começou a tomar no mesmo dia.

Talvez, toda essa angústia surgiu decorrente do que ele estava enfrentando no que diz respeito às suas paixões, ao seu desejo não satisfeito pela esposa, ao silêncio ensurdecedor em torno de uma relação que acaba sem uma palavra só e em relação a um amor que, para ele, era proibido, ou seja, ter uma namorada sem ter se divorciado. Mas há outros silêncios que o atormentava: o seu silêncio em relação à mãe, que, já morta, não teria como se comunicar com ela para se reconciliar e se despedir; e o silêncio que se desdobra em relação à mãe, com a irmã. Decide chamá-la, mas se angustia. Chama, também, por outras mulheres para se acalmar: a psicóloga, a médica. Tudo isso como uma forma de constatar que, apesar de tudo que ele sente como errado e ou pecaminoso – não esqueçamos de que ele se volta para a religião para se redimir –, todas elas não o abandonam.

Curiosamente, dois dias depois, no atendimento seguinte, Pedro dizia se sentir ótimo. Percebi que realmente estava mais calmo e organizado psiquicamente, o que, de fato, não aconteceu devido ao uso da medicação. Seria pouco provável que sua melhora fosse efeito da medicação, que demora cerca de duas semanas para começar a fazer efeito, mas, sim, deveu-se ao processo psicoterapêutico, por meio da transferência, que funcionou como um assistente de tradução oferecido a ele para acolher sua angústia. Por outro lado, a própria medicação que a médica autoriza, um antidepressivo, funcionou

também como um assistente de tradução, tanto que o efeito é imediato, pois são mulheres que o cuidam.

Evidencio algumas considerações relacionadas a esse atendimento. Primeiramente, o fato de o paciente solicitar a psicóloga merece destaque, pois, inicialmente, houve um certo tipo de preconceito vinculado à ideia do senso comum da relação entre psicologia e loucura. Pedro cultivava a mesma ideia em relação à psiquiatria. Também merece destaque o movimento de ressignificação da vida conjugal e separação, pois, com a angústia e humor deprimido, ele consegue dar esse passo de conversar com a esposa, falar acerca de suas insatisfações no casamento, da namorada, assim assumir o final do casamento para si e para sua família, o que foi muito importante para ele. Podemos afirmar que não somente se reconcilia com essas mulheres da sua vida, mas elas talvez estejam representando a figura de uma mãe que o cuida, o compreende e o perdoa.

Esses atendimentos evidenciam a relação transferencial entre mim e Pedro quando entra em cena o edípico, buscando certa cumplicidade comigo, assim como com a filha. É na presença de sua filha que consegue falar sobre sua relação com a esposa e de questões íntimas, como a relação sexual do casal. Talvez, Pedro buscava justificar a separação para a filha, seu afastamento e o fim do casamento procurando cumplicidade dela, ao demonstrar o desejo de um homem que também é pai. Poderíamos supor que, nesse atendimento, ao buscar cumplicidade na filha em relação à sua separação e se justificar enquanto um homem com desejos, viril, Pedro estaria, de alguma forma, buscando amenizar a angústia de castração que se apresentava pela proximidade com a morte, debilitação física, hospitalização, enfim, por sua condição naquele momento.

Percebemos que, nesse cenário, Pedro me toma enquanto uma juíza, no duplo sentido da palavra, a juíza que julga o valor de suas ações, tanto que depois ele se converte temendo o inferno, mas também no sentido de sanidade mental, do juízo, falando sobre seu casamento e buscando compreender o motivo da separação. Parece-nos que está querendo ser aceito e compreendido, um homem condenado à morte revisando a sua vida e seus relacionamentos para morrer em paz e que estava e deixar um legado mais justo sobre o que ele foi. É possível ponderar que o paciente não se dá conta de que foi a minha escuta que o acalmou, por isso se convence de que precisa de uma medicação antidepressiva que, nele, faz um efeito imediatamente.

Pedro me demanda ouvir a sua confissão, mostrar o seu processo de conversão e a sua coragem para colocar em palavras as suas decepções e os seus erros com as mulheres, e, à medida que eu respondo a essa demanda, além do papel de organizadora, participo do Projeto Transferencial enquanto juíza, aceitando, inclusive, a não ser reconhecida em relação ao alívio, visto que este vem da médica e dos remédios.

Talvez, o edípico apareça na conflituosa relação de Pedro com sua mãe e com suas irmãs, relação de briga e de ficar anos sem se falar, até mesmo de não comparecer ao velório da própria mãe. Podemos intuir que brigar com a mãe até a morte pode ser uma forma de se afastar dela e, conseqüentemente, dos conflitos edípicos.

Nos atendimentos seguintes, seu discurso começou a se aproximar cada vez mais de seu adoecimento e da sua relação com o fim de vida. Embora mantivesse uma esperança de dias melhores, não negava a gravidade de sua doença. Isso ocorre a partir do momento em que se reaproximou dos filhos, mantendo contato por telefone ou, até mesmo, recebendo visita deles no hospital e na casa da esposa.

Antes de adoecer, Pedro ficava na propriedade rural e seus filhos não o visitavam. A doença e a terminalidade aproximaram a família, que passou a visitá-lo no hospital. Ele pode comunicar suas vontades para o momento da morte e depois dela. Manifestou, para seus familiares, que gostaria de morrer no hospital, sem dor, e os filhos continuassem com a propriedade rural, sem vendê-la após sua morte.

Cerca de 45 dias antes de seu óbito, apresentava dificuldades respiratórias e necessitava de suporte de oxigênio por cateter nasal o tempo todo, o que deixava Pedro mais ofegante e com dificuldades para conversar nos atendimentos. Além disso, passou a usar uma máscara de ventilação não invasiva (abrangendo nariz e boca e acoplada a um aparelho de oxigênio que manda ar para os pulmões fazendo pressão negativa) por uma hora, de duas a três vezes ao dia, impossibilitando que conversasse durante o uso.

Quando piorou a capacidade respiratória de Pedro, passou a receber mais visitas no hospital, inclusive de pessoas que ainda não o havia visitado depois que ele recebeu o diagnóstico de câncer, como a sua irmã e a sua namorada, que entrou no hospital, pela primeira vez, passando-se por uma amiga, segundo o paciente, mas, com a sua piora clínica, a família autorizou que ela o visitasse para se despedir. Também, seus filhos ficaram mais presentes e a esposa passou a dormir todas as noites, acompanhando-o.

Logo após essa piora clínica, o paciente começou a apresentar melhoras. Durante um atendimento, Pedro falou que era “uma melhora para depois piorar” (sic.), o que, popularmente, denomina-se *melhora da morte*, que seria quando um doente, já desenganado e em seu último dia de vida, apresenta subitamente uma melhora clínica de seu estado geral, sem explicação. Assim, podemos afirmar que, de alguma forma, ele sentia que estava perto o momento de sua morte e conseguia se preparar para esse momento por meio da resignação. Foi nessa situação que o suporte clínico domiciliar passou a ser requisitado para uma desospitalização depois de 32 dias de internação, devido a essa melhora. Assim, o paciente teve alta hospitalar para continuar com os cuidados na casa da esposa.

O tempo fora do hospital não foi longo: três semanas em atendimento domiciliar e o paciente foi novamente hospitalizado. Retomamos seu atendimento. Nessa ocasião, Pedro estava calmo e se preocupava com a possibilidade da sua internação ser tão longa como a anterior, porém permaneceu no hospital apenas quatro dias para um ajuste de medicação analgésica. Nesse momento da evolução clínica do câncer, sentia muitas dores.

Após mais uma semana em casa, retornou ao hospital e com uma situação clínica pior. Apresentava dificuldades na fala, enrolando a língua ao falar e não conseguindo pronunciar as palavras adequadamente. Nesse momento, as lesões no sistema nervoso central, e, em especial cerebrais, estavam maiores e ocasionando momentos de confusão mental, além da disfunção orgânica pela progressão da doença oncológica. Os procedimentos médico-hospitalares adotados nesse momento foram: intensificar a máscara de oxigênio, pois nem o paciente, tampouco sua família, concordavam com a intubação orotraqueal; administrar sedativos gradativamente, a fim de proporcionar conforto respiratório e alívio de dor; e deixar o paciente acomodado em um quarto sem outros pacientes para que a família pudesse ficar mais presente nesse momento e com mais privacidade.

Quatro dias após esse atendimento, Pedro foi a óbito no hospital. No dia de sua morte, eu não estava trabalhando, pois ocorreu em um sábado e não faço expediente aos fins de semana. O último atendimento que realizei foi na véspera da morte. Pedro estava sonolento e muito agitado, apresentando confusão mental, não conseguia falar e emitia apenas gemidos. Ele estava no quarto acompanhado pelos três filhos, nora e esposa, pois estava agonizando. Então, aproximei-me do paciente e o cumprimentei. Depois, dirigi-me à família. Nesse momento, a filha, segurando a mão do paciente, disse que todos

ficariam com Pedro até seu último suspiro. Quando eu estava saindo do quarto, a nora foi comigo até a porta e relatou que a namorada dele, nesse mesmo dia, tinha conseguido ir até o hospital para se despedir dele. Foi nessa madrugada que Pedro morreu.

A partir dos dados da história de Pedro e dos atendimentos realizados, a ideia da próxima seção é analisar como, ao longo dos atendimentos psicológicos, Pedro conseguiu se organizar, também psiquicamente, para a sua morte, podendo vivenciar essa preparação pessoal de maneira intensa e buscando resolver situações que, para ele, estavam pendentes. Aqui, é válido atentarmos-nos, especialmente, a um aspecto mais consciente do Projeto Transferencial, o que chamamos de últimas vontades, por isso o título de *Projeto de Morrer*.

Projeto de Morrer: um aspecto mais consciente do Projeto Transferencial de Pedro

No tempo da descoberta de seu prognóstico até a sua morte, Pedro foi resolvendo situações em sua vida que foram despertadas a partir da terminalidade. Ou seja, se por um lado, inicialmente, o diagnóstico o assusta e o desorganiza, na sequência, parece mais tranquilo e se submete, não só ao tratamento proposto, mas a pensar sua vida para a sua morte. Ao assumir que poderia morrer em breve, várias questões passaram a se apresentar como pendências. Situações de sua vida que, antes, não tinham urgência, ou talvez necessidade, passam a ser temas centrais.

Supomos que, de alguma maneira, a comunicação do diagnóstico de terminalidade, inicialmente, foi algo traumático do qual Pedro teve de se defender com a negação, por exemplo, como expusemos. Um diagnóstico que funcionou como uma mensagem enigmática do outro, que o condena e, ao mesmo tempo, oferece cuidados paliativos diante dessa situação grave de profundo desamparo e, diante da qual, como a criança na SAF, nada pode fazer a não ser se submeter passivamente. Contudo, Pedro inicia um trabalho de tradução que o ajuda a planejar a sua vida para a morte próxima, pois tem a certeza de que será cuidado e, o mais importante, que ainda ele pode fazer acontecer. Recalca, ponderemos assim, o excesso que vem dos outros ao anunciar sua morte e, rapidamente, reorganiza-se pelos próprios assistentes de tradução oferecidos por quem o cuida, mas também pela cultura; aí está a religião que o ajuda.

É dessa maneira que a proposta de tratamento, com cuidados para amenizar dor e efeitos colaterais, internação domiciliar, quimioterapia e radioterapia, cuidados paliativos

de modo geral, mais o acompanhamento psicológico hospitalar, foram os recursos organizadores que o acalmam, pois há algo concreto a ser oferecido, seja para cuidar do corpo e aliviar a dor para ter a melhor qualidade possível de vida, o que o leva, também, a fantasiar a possibilidade, inclusive de cura. Uma cura milagrosa que desperta nele a esperança de sobreviver ou, até mesmo, se morrer, de ir para os céus. Vemos, assim, o entrelaçamento dos assistentes de tradução provenientes dos cuidados de modo geral proporcionados, assim como os assistentes provenientes da religião, com sua promessa de vida eterna salvando a alma.

Ao mesmo tempo, tudo isso lhe permite retraduzir antigos enigmas que o levam à reconciliação com as mulheres: a mãe, a irmã, a esposa, a filha, a namorada, pois está preocupado com o que ele pode deixar como legado para a posteridade. Isso passa não só pelas relações familiares, mas também pela preocupação com a herança, a sua amada propriedade rural.

Assim, esses organizadores não se limitam a algo puramente consciente, conforme vimos, mas, obviamente, frases que são ditas popularmente como consolo, tais como: “todos vamos morrer” ou a promessa de uma reunião no além, ajudam nessa tarefa árdua de formular e realizar um Projeto Transferencial antes de partir e com ressonâncias para a posteridade. Viver para sempre por meio de um legado.

Em relação à ideia de pós-morte e religiosidade, merece consideração como o caráter religioso teve muito sentido na vida do paciente com a progressão e evolução da doença. Professando uma crença católica, Pedro manifestava respeito a deus e temia a ideia de inferno. Relatou em atendimentos acreditar que o arrependimento de seus pecados e as suas reconciliações poderiam conduzi-lo ao céu depois de sua morte. Chegou a verbalizar que tinha pensado sobre sua briga com a irmã e como o perdão era importante para Deus. Essa busca pelo perdão e pela reconciliação vai ao encontro da crença religiosa e percebi que, à medida com que Pedro conversava com seus familiares e se sentia reconciliado com eles, seu humor também se alterava: do desespero inicial diante da morte, após o período de negação do diagnóstico, o paciente foi se acalmando e se apresentando a cada atendimento mais sereno.

Se do ponto de vista pré-consciente e consciente, Pedro, ao se aproximar da religiosidade, vai se reconciliando com seus familiares, parece ser no âmbito do recalado que ele se depara com a raiva sentida em relação à mãe em sua morte, já que nem a visita

antes, tampouco comparece ao velório, e a sentida pela irmã, pois passam anos sem se comunicar. Sobre a relação de Pedro com sua irmã, podemos supor algo do edípico em vigência novamente, que diz respeito à disputa dos filhos pelo amor da mãe. Lidar com a raiva direcionada a elas é um aspecto inconsciente importantíssimo para a ressignificação dessas relações e o desenrolar das reconciliações. Para tanto, Pedro revisita o passado, suporta a raiva sentida e a supera, de alguma forma, transformando-a em perdão.

Angerami-Camon (2013) evidencia importantes contribuições relacionadas à aproximação religiosa depois de um diagnóstico de câncer. Elas nos interessam, porque podem nos mostrar o alcance da religião como um poderoso assistente de tradução produzido pela cultura e oferecido, sobretudo, como um consolo para o sofrimento. Não é por acaso que, nessa experiência da religiosidade, deslocamos a figura dos pais da infância para a figura todo-poderosa de Deus, porém, diante de ambas as figuras, é a criança que se entrega como forma de garantir a sua sobrevivência física e psíquica. Postula o autor:

Os caminhos da religiosidade sempre são buscados em situações extremas de desespero, pois, afinal, é nos caminhos do sagrado que se encontra a esperança maior de derrocada da morte e, ao se buscar a religiosidade, muitas pessoas buscam não apenas a superação do câncer em si, como também a própria superação da morte. É como se tal busca impedisse a morte de ceifar a vida desse paciente e como se o câncer fosse a única variável possível a eliminar a vida das pessoas. São momentos de desespero diante de um diagnóstico que, em princípio, significa a presença de uma alteração celular que, presente no organismo, está também a desestabilizar todo o contexto social em que a vida desse paciente esteja inserida (Angerami-Camon, 2013, p. 33).

Nesse caminho da religião redescoberta e dos cuidados paliativos garantidos, que lhe permitem fazer retraduições diante do profundo desamparo evocado pela proximidade da morte e do sentimento ambivalente dos cuidadores – o gozo pela morte do outro –, fica mais evidente, para nós, o seu Projeto Transferencial. Quem sabe ser curado milagrosamente, conforme já expusemos, ou, pelos menos, ir para o céu. Neste último caso, o seu desejo, se morrer, é, de alguma maneira, tornar-se imortal, não só porque a alma seria eterna, mas, sobretudo, pelo legado que ele pode deixar para os vivos, um pecador arrependido e perdoado, e uma propriedade rural, que é símbolo do seu sucesso na vida.

A seguir, discutimos duas possíveis traduções de Pedro, o perdão e a despedida, que aparecem na forma de pendências a resolver antes de morrer, dentro do que

denominamos Projeto de Morrer, isto é, um aspecto mais consciente do Projeto Transferencial.

As traduções possíveis: o perdão

Receber do médico o diagnóstico de uma doença incurável e grave, de fato, coloca o paciente e sua família em uma situação de sofrimento, tanto que alguns mecanismos de defesa do ego se apresentam, a fim de aplacar a dor. Logo após o diagnóstico e diante da perda de sua saúde, autonomia e independência, além da perda paulatina de sua vida, a primeira reação de Pedro foi agir e falar como se não tivesse uma doença oncológica, tampouco pronunciar sequer a palavra câncer, como vimos. O fato de não aceitar ser cuidado e querer voltar para a propriedade rural também exemplificam o estado de negação, que discutiremos a seguir.

O estado de negação, segundo Kubler-Ross (1969/2011), faz parte das fases de enfrentamento do luto, o que percebemos se manifestando no paciente nos primeiros atendimentos. A autora explica o conceito com dados de sua prática:

Ao tomar conhecimento da fase terminal de sua doença, a maioria dos mais de duzentos pacientes moribundos que entrevistamos reagiu com esta frase: “Não, eu não, não pode ser verdade”. Essa negação *inicial* era palpável tanto nos pacientes que recebiam diretamente a notícia no começo de suas doenças quanto naqueles a quem não havia sido dita a verdade, e naqueles que vinham a saber mais tarde por conta própria (p.43, grifos da autora).

E continua:

Esses pacientes podem considerar a possibilidade da própria morte durante um certo tempo, mas precisam deixar de lado tal pensamento para lutar pela vida.

Dou grande ênfase a isso porque encaro como uma forma saudável de lidar com a situação dolorosa e desagradável em que muitos desses pacientes são obrigados a viver durante muito tempo. A negação funciona como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais. Entretanto, isso não significa que o mesmo paciente não queira ou não se sinta feliz e aliviado em poder sentar-se mais tarde e conversar com alguém sobre sua morte próxima (p. 43-44).

Após esse primeiro momento de negação do diagnóstico e do quadro clínico, com os atendimentos psicológicos, o paciente começa a aceitar a necessidade de cuidados com sua saúde e a ajuda com sua propriedade rural. À medida que a internação se prolonga, a gravidade do diagnóstico, o quadro clínico e o prognóstico vão se tornando mais reais. Nesse momento, Pedro passa a olhar para si e para suas preocupações.

É a partir dessa apropriação das mensagens de cuidados autoconservativos e das traduções para o enigmático que vem do outro, por meio da sedução, que podemos mencionar em Pedro o desejo recalcado pela morte do outro, um outro que morra no seu lugar, mas que poderá despertar a inveja e a raiva que isso possa mobilizar, seria neutralizado com a possibilidade de vida eterna. Essas seriam as possíveis traduções do desejo da morte do outro, não revelado, e, possivelmente, realiza uma tradução mais consciente relacionada a se aproximar da religiosidade e se arrepender de seus pecados, trazendo alívio, o que é mais organizador, pois implica o perdão, fortalecendo-se e negando a própria morte. Ousamos afirmar que, para a realização dessas traduções possíveis, Pedro passa pela aceitação. Sobre a aceitação, Kubler-Ross (2011) afirma:

Um paciente que tiver tipo tempo necessário (isto é, que não tiver tido uma morte súbita e inesperada) e tiver recebido alguma ajuda para superar tudo conforme descrevemos anteriormente atingirá um estágio em que não mais sentirá depressão nem raiva quanto o seu “destino”. Terá podido externar seus sentimentos, sua inveja pelos vivos e sadios e sua raiva por aqueles que não são obrigados a enfrentar a morte tão cedo. Terá lamentado a perda iminente de pessoas e lugares queridos e contemplará seu fim próximo com um certo grau de tranquilidade expectativa (p. 117).

Podemos pensar que a ajuda para enfrentar a doença e atingir o estágio de aceitação, conforme descrito por Kubler-Ross (2011) no excerto evidenciado, chega ao paciente de forma pré-consciente e consciente, mas também de forma inconsciente, como sedução. Seriam a raiva e a inveja possíveis traduções dessa sedução, que servirão como organizadores à medida que possibilitam que o paciente busque resignação e resoluções em seu tempo final de vida.

Destaco como a religiosidade ficou cada vez mais importante para Pedro. A morte, cada vez mais próxima e real, despertou ou mobilizou no paciente suas crenças na vida após a morte e, com elas, a ideia de se arrepender, ser uma boa pessoa e ir para o céu quando morresse. Esse é o tema de um dos atendimentos, a vontade de ir para o céu e o medo do inferno. Foi nesse contexto que aparece a culpa pelo fim do casamento e por ter uma namorada sem que ninguém soubesse. Assim, pensa em esclarecer a situação com sua esposa para pedir perdão, porque pedir perdão significaria a possibilidade de ir para o céu e obter a salvação, se não do corpo, pelo menos da alma. Pedro era católico e, para o catolicismo, basta uma confissão para se obter o perdão de um Deus que perdoa aos que se arrependem.

Por outro lado, se considerarmos uma das fases de enfrentamento do luto, de Elizabeth Kubler-Ross (1969/2011), é possível pensar que a aproximação de Deus é uma forma também de barganha, ou seja, tornar-se uma pessoa boa e religiosa e, em troca, fantasiar a possibilidade de ganhar mais tempo de vida e a salvação, quando não a cura. Nas palavras da autora:

A barganha, na realidade, é uma tentativa de adiamento; tem de incluir um prêmio oferecido “por bom comportamento”, estabelece também uma meta autoimposta (por exemplo, um *show* a mais, o casamento de um filho) e inclui uma promessa implícita de que o paciente não pedirá outro adiamento, caso o primeiro seja concedido. [...]

A maioria das barganhas são feitas com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou nos confessionários do capelão. [...]

Psicologicamente, as promessas podem estar associadas a uma culpa recôndita (Kubler-Ross, 1969/2011, p. 89).

O paciente, inicialmente, estava sempre sem camisa e de bermuda quando eu ia ao quarto para realizar o atendimento e, aos poucos, começou a usar camisetas somente com estampas da figura de Jesus, Santos, frases de passagens bíblicas e passava o dia todo assistindo a canais religiosos, missas, programas de oração, filmes contando histórias bíblicas e de santos. Além da manifestação externa, em seu discurso, referia-se à misericórdia de Deus, arrependimentos e medo de não ter a salvação. Dizia se arrepender de não ter estado mais tempo com seus filhos, de ter mantido um namoro escondido, de ter brigado com sua irmã e estar brigado com sua mãe quando ela morreu. Fica muito claro, no percurso dos atendimentos, que o perdão a si mesmo, à esposa e a reconciliação com sua irmã vêm depois dessa aproximação religiosa.

Nesse sentido, o primeiro perdão é em relação a si mesmo. Pedro falava com tristeza da mãe e se arrependia de não ter ido ao velório dela, além de não ter se reconciliado com ela antes que morresse. Sempre que o assunto era sua mãe, chorava muito, até que, em um atendimento, conseguiu falar a respeito de seus sentimentos, em especial da culpa por não ter cuidado da mãe, ter morado fora do país e, por isso, ficou longe dela, e de não ter se despedido em vida, nem no velório. Pode, ele, dar um novo significado à despedida da mãe, a partir do momento em que estava vivendo a aproximação da sua morte e as despedidas que deveria fazer.

Destacamos que esse perdão a si mesmo e à sua mãe tem uma importância grande no Projeto de Morrer, no Projeto Transferencial, pois inspira Pedro a se reconciliar com sua família. Podemos supor que, ao se identificar com a situação de estarem brigados na ocasião da morte da mãe, Pedro pensa em suas relações familiares buscando

reconciliações. Ele se preocupa com o sentimento que sua família terá em relação a ele em sua morte e depois dela, como a possibilidade de ser julgado como alguém ruim, briguento, ressentido, indiferente, uma má pessoa, um mau pai.

Ao retomar nossa suposição de que Pedro, diante da notícia da sua morte em breve, lembrou-se da morte de sua mãe, despertando, em si, a culpa por não ter ido visitá-la enquanto viva, não ter se reconciliado e não ter se despedido nos rituais fúnebres, levando-o à busca de reconciliações, voltamos ao tema da ambivalência. Freud (1913/2006g), em seus escritos sobre a ambivalência diante da morte, discorre que, em relação ao morto, há um sentimento inconsciente de hostilidade, de raiva, dirigido, no caso de Pedro, à mãe morta, que voltaria, persecutoriamente, explicitando a ambivalência. Assim, a culpa surgiria como forma de punição pelo sentimento de raiva direcionado à mãe viva e morta. Ao mesmo tempo, faz-se presente a sedução dele em relação à mãe e às irmãs, ou seja, na relação entre eles, são transmitidas mensagens organizadoras e sedutoras a ponto de a mãe e a irmã aceitarem, de alguma forma, o afastamento de Pedro.

Desse modo, uma tradução possível dos conteúdos recalcados de Pedro sobre a sua mãe é a busca pela reconciliação com sua família, pois ele não quer ser odiado, assim como odiou sua mãe, mesmo depois de morta; além dela, odiou suas irmãs.

Ainda sobre o sentimento de ambivalência em relação ao morto, Freud (1913/2006g), em seu texto *Totem e Tabu*, afirma que a morte do outro desperta dois sentimentos opostos, a tristeza pela perda, mas também uma raiva dirigida ao morto, por ele ter morrido.

A esse respeito, as observâncias dos tabus, assim como os sintomas neuróticos, têm um sentido duplo. Por um lado, em seu caráter restritivo, são expressões de pesar, mas, pelo outro, trazem claramente coisas que procuram ocultar – uma hostilidade contra o morto disfarçada de autodefesa. Já sabemos que certos tabus surgem do medo da tentação. O fato de um homem morto achar-se em desamparo está fadado a atuar como um incentivo a que o sobrevivente dê rédea livre às suas paixões hostis e essa tentação tem de ser contraditada por uma proibição (Freud, 1913/2006g, p. 75).

Ao se deparar com seu passado, com o relacionamento com a mãe e com a irmã, Pedro conversou com a irmã por telefone, o que não fazia há alguns anos, e chegou a recebê-la durante internação no hospital. O paciente relatava que se sentia culpado por não terem feito o divórcio e por manter um namoro. Dizia que vivia em adultério. Quando questionei sobre o motivo de não terem se divorciado, respondeu que o divórcio não foi

concretizado para que mantivessem as aparências diante dos filhos, netos e sociedade. Pedro se preocupava muito com o aspecto social, com o que os outros pensariam sobre ele, que havia abandonado sua família.

A condição que ele se dava para manter uma namorada era a de morar longe da casa da família e, como sua propriedade rural ficava em outra cidade, poucos conheciam ele ou sabiam que era casado. Mesmo assim, percebi que, antes de conseguir conversar com sua esposa sobre a namorada, primeiramente, teve de se perdoar fazendo isso nos atendimentos psicológicos, ao falar sobre seu relacionamento com a esposa e com a namorada, além de compreender o que envolvia seu namoro, o fracasso de seu casamento, a importância que ele dava a uma vida a dois e aos objetivos e gostos em comum pela vida no campo que compartilhava com a namorada e que não eram compartilhados no casamento.

O atendimento após a conversa de Pedro com a esposa ocorreu logo na manhã seguinte. Foi um atendimento requerido pelo paciente, pois dizia se sentir angustiado. Nesse atendimento, o paciente narrou como foi a conversa com a esposa e como chegou à conclusão de que precisava conversar com ela. Disse que, depois do último atendimento, pensou que sua esposa merecia saber a verdade sobre a namorada e contou a ela sobre quem era e como era a relação deles.

Pedro parecia aliviado após conversar com a esposa, como vimos, mas também se dizia angustiado e envergonhado por expor a sua vida que, até então, escondia para a pessoa que o estava ajudando naquele momento e que o tinha recebido em casa para cuidá-lo, nos dias em que teve alta, ou seja, sente culpa em relação à mulher que o cuidava, mesmo que ele a havia abandonando, como havia feito com a mãe, pois se afastou sem proferir qualquer palavra. Sobre a reação da esposa, ele contou que ela ficou quieta e disse que o perdoava. Ele relatou que esperava outra reação, que ela ficasse chateada por ele ter uma namorada há tanto tempo e ela não saber. A partir desse momento, Pedro passou a valorizá-la como antes não fazia, dizia que ela já não tinha mais obrigação nenhuma em cuidar dele, nem em acolhê-lo em casa, uma vez que já sabia que ele tinha outra companheira. Ele também começou a se comportar de forma mais carinhosa e serena com os filhos, durante sua hospitalização, talvez como consequência de ter sido perdoado pela esposa por ter uma namorada.

Parece simples, mas se perdoar e ser perdoado foi muito difícil para o paciente, pois foi obrigado a rever momentos dolorosos da sua vida e das suas relações. Todavia, foi assim que chegou o tempo de partir.

As traduções possíveis: as despedidas

Após as reconciliações, durante as fases de enfrentamento do luto, a negação, a barganha e chegando à aceitação do seu próprio fim, percebi que Pedro iniciou um processo de despedidas. Podemos afirmar que as despedidas são parte da aceitação do fim próximo, pois apenas quando o paciente aceita seu diagnóstico, limitações, fragilidades e prognóstico de pouco tempo de vida consegue, de alguma forma, despedir-se de seus próximos e de sua própria vida.

Identifiquei o primeiro sinal dessa etapa em um atendimento no qual o paciente falou abertamente sobre questões práticas de sua morte: preferências em relação ao funeral, enterro, velório e condutas durante as hospitalizações. De forma calma e serena, expôs que queria passar seus últimos momentos junto à sua família. Ainda nesse atendimento, disse que gostaria de ir à propriedade rural mais uma vez para se despedir e que preferiria morrer no hospital, pois esperava que, ali, tivesse uma morte com assistência médica, sem dor e sem sofrimento. Depois que conversou sobre suas vontades comigo, conseguiu comunicá-las também aos seus filhos e à médica.

Esse atendimento foi durante a penúltima internação do paciente, ocasião em que aconteceu mais uma situação importante, a reconciliação e despedida entre Pedro e sua irmã, e talvez, por meio dela, ele pode se reconciliar e despedir da mãe.

Após a visita da irmã, concretizou-se a visita à propriedade rural. Isso foi possível, porque Pedro apresentou uma pequena melhora clínica e teve condições de receber alta hospitalar. Ele foi para casa com uso de cilindro de oxigênio, pois já não conseguia respirar sem suporte, e em cadeira de rodas, porque a mobilidade estava muito deficitária. Não foi fácil, de maneira alguma, deixar a sua propriedade rural, já que representava, nesse final de vida, tudo o que estava perdendo: vitalidade, autonomia, independência. Ele dizia que sentia muita falta do cheiro do mato verde todas as manhãs, de preparar seu próprio alimento, de se sentir útil e de trabalhar. Parece que voltar para aquele lugar era parte de seu Projeto de Morrer, de seu Projeto Transferencial, pois, além de se despedir de tudo o que a propriedade rural significava para Pedro – de autonomia, independência, produtividade e de ser um ninho de amor, visto que, ali, encontrava-se com a namorada

–, havia a preocupação do paciente com o futuro da propriedade, tanto que a divide igualmente entre os filhos em testamento depois que adocece, fazendo seus filhos prometerem a ele que não venderiam o local.

Após três dias da alta hospitalar, o paciente voltou a ser internado com piora do estado clínico geral, apresentando confusão mental em decorrência das lesões cerebrais aumentadas e com disartria⁸, ao emitir sons que não eram decifráveis. A internação aconteceu no período da noite e, no outro dia pela manhã, realizei uma visita. Pelas dificuldades de comunicação, não foi possível atender o paciente, contudo me aproximei dele dizendo que era eu quem estava ali e que iria conversar com a família dele. Atendi sua família oferecendo acolhimento e os familiares lembraram momentos bons junto ao paciente, além do seu tratamento e das vontades comunicadas por Pedro, como a de não ser levado para a UTI e decidir em qual cidade gostaria de ser enterrado, assim como a continuidade dos trabalhos na propriedade rural. Nesse momento, estavam presentes: Paula, a nora, Carlos e a esposa. Essa última internação durou cinco dias. Dois dias antes de morrer e, na véspera da morte de Pedro, foram seus filhos que ficaram durante toda a noite no hospital com ele.

Consideramos o Projeto de Morrer de Pedro um aspecto consciente de seu Projeto Transferencial, lembrando que essa separação é apenas para fins didáticos, pois, no Projeto Transferencial, os aspectos inconscientes e conscientes estão fundidos. Logo, nesse Projeto de Morrer, podemos nos referir, também, ao que do inconsciente aparece como uma tradução.

Contudo, realizar o Projeto de Morrer, talvez, não fosse a parte mais difícil, e sim se deparar com suas vontades e projetos que ficariam truncados, entrar em contato com seu medo de rejeição e culpa, sobretudo, entrar em contato com as fontes desse medo, rejeição e culpa.

Quando Pedro se deparou com seu diagnóstico de câncer em estágio avançado e, finalmente, aceitou seu prognóstico de pouco tempo de vida, uma transformação foi possível. O anúncio da morte próxima o mobilizou psiquicamente, fazendo com que ele entrasse em contato com seus medos (o medo de morrer, de não ser perdoado, de não ir

⁸ Distúrbio de articulação da fala, na execução dos fonemas, deixando a fala arrastada e lenta.

para o céu), medos que são uma primeira tradução, pouco elaborada, que antecede as traduções mais organizadas e tranquilizadoras.

Após discutirmos alguns aspectos claramente definidos por Pedro, no que denominamos Projeto de Morrer, com o perdão, reconciliação e despedida, voltamos, agora, a nossa atenção para aspectos menos claros, sobretudo para Pedro, mas que nos permitem vislumbrar um projeto de imortalidade. Ponderemos, então, que o Projeto Transferencial do paciente, que se revela no perdão, reconciliação e despedida, de forma mais consciente, apresenta um lado um tanto vislumbrado, inconsciente, mas que pode ser traduzido como um projeto de imortalidade.

Morte ou imortalidade? O Projeto Transferencial de Pedro

Então, qual seria o Projeto Transferencial de Pedro que envolve tanto os aspectos mais conscientes do Projeto de Morrer quanto os aspectos inconscientes do Projeto de imortalidade? Para responder a esse questionamento, tivemos de desdobrá-lo em três interrogações:

- 1) Qual é o desejo aí implicado?
- 2) Como é a travessia do sujeito diante dos seus fantasmas?
- 3) A quem se endereça o Projeto Transferencial?

Supomos que um aspecto inconsciente do Projeto Transferencial de Pedro se relaciona com a imortalidade, o que, por um lado, vem pelas crenças religiosas, como um assistente de tradução diante do final da vida e diante das vicissitudes da vida, e, por outro, a concepção de imortalidade seria uma propriedade da dinâmica do inconsciente, que não registra negação, por isso não reconhece a morte, logo, o sujeito é imortal (Freud, 1915/2006c).

Dessa forma, consideramos que Pedro busca se imortalizar ao ser lembrado de forma positiva por sua família e sua namorada, perpetuar sua boa imagem, deixar a propriedade e educação como herança para os filhos, como um legado, uma forma de sempre ficar presente na memória dos outros. Assim, essa seria uma possível tradução do seu desejo não renunciado, pois se deve morrer, pode ressuscitar ou, até mesmo, viver na lembrança dos outros.

Ainda sobre a perpetuação de uma imagem boa de si, destacamos o aspecto de santificação na busca de Pedro em seus últimos dias por uma vida santa, livre de pecados.

Esse tema religioso, fundamental no fim de vida de Pedro, implica também ver o prazer como algo pecaminoso, de tal maneira que pode recalcar o sexual, eximir-se do desejo, do sexual, sobretudo ao se desculpar pelo fato de ter traído a mulher, porque ela não gostava de sexo, mas ele sim. Nesse âmbito, supomos que, enquanto Pedro busca em sua fantasia religiosa ser merecedor da vida eterna e ser lembrado como alguém merecedor de apreço, abdica de seus desejos e volta sua libido para si mesmo, em um movimento narcísico para se santificar, assegurar para si mesmo a sua bondade e imortalidade. Segundo Martinez (2017, 2019⁹), não só haveria um engrandecimento do ego, para suportar o que mais se teme, a morte, mas também porque a busca por morrer em paz passa pelo recalçamento dos fantasmas, do polimórfico perverso, assim como Pedro fez.

Vamos ao nosso segundo questionamento norteador: *Como é dada a travessia?* Segundo a definição simples e interessante proposta por Berlofa (2019), o Projeto Transferencial se trata do fantasma do sujeito e sua travessia, considerando que a travessia do fantasma é poder se haver com seus desejos, entrar em contato com eles assumindo-os para si, responsabilizando-se por esses desejos, ou seja, entrar em contato com as traduções possíveis dos conteúdos inconscientes, reconhecendo-as como suas, apropriando-se dessas traduções e, no caso de pacientes com prognóstico de pouco tempo de vida, contamos com a possibilidade de que o pulsional esteja relacionado com a emergência do momento vivido, ou seja, a aproximação da morte mobilizando os assistentes de tradução como recursos psíquicos em busca de novos significados, mais integrados e em direção à morte.

No caso de Pedro, consideramos a sua relação com a castração, não apenas a morte, mas todas as perdas que o adoecimento gerou (autonomia, independência), que foi revisitada e colocada à prova na terminalidade. Observamos isso ao comparar suas primeiras atitudes em não aceitar as limitações, ou melhor, não aceitar ser castrado, para o extremo no final, buscar a santificação, a imagem de santo, dissociada do sexual, uma figura castrada. Entretanto, se, aparentemente, Pedro se aproxima da figura do santo castrado, é em seu Projeto Transferencial de imortalidade que o seu desejo aparece, quando, paradoxalmente, a castração é driblada ao se tornar imortal.

⁹ Comunicação à autora na Reunião do *Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização - LEPPSIC da UEM*.

Ainda sobre os fantasmas, pontuamos que se identificar com a mãe morta, além de expor a culpa por não ter se reconciliado com ela em vida e não ter se despedido no velório, evidencia o fantasma do Complexo de Édipo que mobiliza a ambivalência. Portanto, nessa possível identificação com a mãe, consideramos um Complexo de Édipo invertido, Pedro se percebe castrado. Ou melhor: diante da constatação de sua castração simbólica, tanto pela perda do falo, representante de poder, autonomia, independência, limites impostos pelo adoecimento e tratamento clínico, como pela aproximação da morte, é na grande castração que ele se identifica com a mãe. Além disso, a relação religiosa que o paciente constrói em busca do santificado, do sagrado, também o leva à postura dessexualizada, assim como a mãe morta, embora assim, vimos, ele anula ao mesmo tempo a castração por se tornar santo.

Ao ter em vista a ambivalência, Pedro, em sua relação com a mãe, também nos faz supor que, de alguma forma, desejava a morte dela, tanto que nem por ela estar doente – vindo a falecer em seguida – ele a visita. Que ódio havia nessa relação que o fez romper com todas as mulheres da casa paterna? Por outro lado, nessa identificação com a mãe morta – e ele sabia que logo ele morreria também –, talvez fantasiasse que seus filhos desejavam que ele morresse logo. Não esqueçamos de que atrás de todas as ações de cuidado, inclusive da família, estava o enigmático como apontamos, na forma de ambivalência. Diante disso, o projeto de santificação também se sustenta na imagem do santo reconciliado e amado por sua família, uma forma de se sentir protegido, uma defesa egóica contra a ambivalência.

Nesse percurso de realização do Projeto Transferencial, destacamos, novamente, a relação de Pedro com as figuras femininas: a mãe, a esposa, a filha, a nora, a irmã, a namorada e, por fim, eu. Relembramos como elas são importantes na etapa final de sua vida, sendo representantes tanto da vida como da morte, assim como sua mãe que lhe dá a vida e funciona psiquicamente como uma representante da mortalidade, mas que se faz presente eternamente nas lembranças de Pedro, que também é imortal. Em *O tema dos três escrínios*, Freud (1923/2006d) relaciona o feminino com a figura da morte distinguindo três representações da mulher na vida de todo homem: a mãe natureza que dá a vida, a amante e a morte.

O dramaturgo nos leva mais próximo do tema antigo, por representar o homem que faz a escolha entre as três irmãs como idoso e moribundo. A revisão regressiva que assim aplicou ao mito, deformada como foi pela transformação prenhe de desejo, permite-nos vislumbres suficientes de seu significado original para

capacitar-nos a chegar também a uma interpretação alegórica superficial das três figuras femininas do tema. Poderíamos argumentar que o que se acha representado aqui são as três inevitáveis relações que o homem tem com uma mulher – a mulher que dá à luz, a mulher que é sua companheira e a mulher que o destrói; ou que elas são as três formas assumidas pela figura da mãe no decorrer da vida de um homem – a própria mãe, a amada que é escolhida segundo o modelo daquela, e por fim, a Terra Mãe, que mais uma vez o recebe. Mas é em vão que um velho anseia pelo amor de uma mulher, como o teve primeiro de sua mãe; só a terceira das Parcas, a silenciosa Deus da Morte, tomá-lo-á nos braços (Freud, 1923/2006d, p. 325).

Também, as mulheres de Pedro assumem tais feições: a mãe que lhe deu à luz, a esposa e a amante, e, finalmente, a morte, talvez por mim representada – e por todas as figuras femininas do hospital –, à medida que essas mulheres (irmã, esposa, namorada, filha, eu) se aproximam dele somente porque vai morrer.

Pedro confia tanto que é capaz de propor para si e para os outros tanto o perdão quanto a reconciliação. Para isso, foi preciso que assumisse seu desejo diante das figuras femininas, para, finalmente, entregar-se à última, à deusa morte. Ainda que encontremos aqui uma contradição, entre reprimir o seu desejo em busca de santificação na esperança de uma recompensa religiosa, e assumir seu desejo em relação às mulheres, é justamente a sua entrega à última mulher, na vida de um homem, que representa a morte, como vimos. É assim que Pedro consegue lidar com o final da sua vida, ora reprimindo, ora assumindo os seus desejos na tentativa de lidar com os conteúdos psíquicos mobilizados pela angústia diante da morte próxima, buscando, de alguma forma, imortalizar-se como santo ou sexualizar a morte para suportá-la, aceitá-la.

Vamos para a terceira pergunta: *A quem se endereça o Projeto Transferencial?*

Para a identificação do Projeto Transferencial, como já definiu Mello Neto (2012, 2016), este precisa ser endereçado a um outro. Inicialmente, afirma o autor, o paciente endereça o projeto para o analista, quem deverá se dispor a participar do projeto proposto pelo paciente, ocupando os diversos lugares e papéis fantasmáticos oferecidos pelo paciente. Isso não significa que o paciente tenha clareza em relação ao seu Projeto Transferencial, mas que ele poderá se tornar cada vez mais claro na medida em que o analista participa e aceita entrar no território do desejo do paciente.

Antes de entender a quem o Projeto Transferencial estava direcionado no caso de Pedro, discutiremos as relações transferenciais. Nesse caso, é possível supor várias transferências, não apenas comigo, enquanto a psicóloga que atendia o doente, mas

também com a instituição, a equipe de cuidados e os familiares. A relação do paciente com o hospital, por exemplo, é uma escolha dele que se confirma quando, em atendimento, revela que gostaria de morrer no hospital, sentindo-se acolhido naquele ambiente. Referindo-se ao hospital, nessa situação, contemplamos a equipe de cuidados, que dá motivos para Pedro se sentir cuidado durante as hospitalizações, apesar das mensagens enigmáticas que circulavam, de que já abordamos anteriormente.

Com sua família, Pedro também estabelece relações transferenciais peculiares no contexto da sua doença e morte, revivendo os cuidados maternos infantis com a esposa e com a nora, que foram as duas principais figuras de cuidado em suas internações.

Podemos ponderar que foi no encontro de alguém angustiado frente à sua terminalidade, o paciente, com alguém disposto a acolher, ouvir e suportar as falhas e o desespero, a psicóloga, que se deu a transferência e foi acontecendo o Projeto Transferencial. Percebo que, nos atendimentos, fui ocupando vários papéis como cuidadora, juíza, a personificação da morte, de forma que Pedro ensaiava comigo suas tomadas de decisões para, depois, realizá-las, e eu, ao mesmo tempo, oferecia a ele assistentes de tradução que o acalmavam e o organizavam.

É possível supor que, desde o primeiro atendimento, além de oferecer acolhimento, eu, enquanto psicóloga, fui a pessoa que o ouviu sem julgamentos, acolhendo-o, o que foi relevante para o estabelecimento da transferência e para o lugar que ocupei nessa relação dentro do Projeto Transferencial. Enquanto sua família e os médicos estavam se ocupando da sua doença (sintomas, tratamento, tempo de vida, tempo de internação etc.), eu estava ali para me ocupar em relação a como ele estava se sentindo diante do que ele tinha descoberto e oferecendo escuta para que pudesse falar a respeito de suas angústias. Talvez, o meu lugar nessa relação é o de juíza no sentido da manifestação do inconsciente, que não conhece contradição. Assim, na minha escuta, não há julgamento, mas, ao mesmo tempo, estaria no lugar de uma juíza que elucida questões, bem como a que ouve, pondera e, de alguma forma, teria o poder de absolvição das ações de Pedro. Curiosamente, considerando a religiosidade do paciente e sua crença de ir para o paraíso depois de sua morte, compete, aqui, uma alusão ao juízo final, alegoria responsável por definir se o sujeito merece ou não a eternidade, estando eu mais uma vez como juíza e facilitadora do Projeto Transferencial de imortalidade, de eternidade.

Ainda pensamos no lugar que ocupei, na relação transferencial com Pedro, mais especificamente no Projeto Transferencial, em que o analista se oferece como objeto para a realização do Projeto (Mello Neto, 2012-2016). Esse lugar, postula o autor, pode ser inclusive o de um objeto que, provisoriamente, vai substituindo as imagos revividas por Pedro, uma a uma, como um objeto substitutivo provisório¹⁰. O caráter provisório é dado diante do entendimento que o tempo de duração e a funcionalidade, nesse caso da relação com o paciente, marcam uma finalidade definida, a morte eminente. No desenvolvimento dos atendimentos psicológicos, o fio condutor sempre era a morte anunciada e, como desdobramento disso, a formulação do Projeto Transferencial de imortalidade foi se evidenciando.

Assim, ao se deparar com sua terminalidade, se, por um lado, parece que Pedro aceita seu fim e busca se reconciliar, por outro – e aqui supomos ser esse o Projeto Transferencial de Pedro –, ele vai em busca de sua imortalidade em dois sentidos: primeiro, imortalizando-se, ao ser santificado, acreditando que, no plano do paraíso, viveria para sempre e, em segundo, deixando um legado à sua família, esposa, namorada e, principalmente, aos filhos, legado este de memórias (ser lembrado como uma boa pessoa) e de bens.

Após ter apresentado e discutido o caso Pedro, passaremos ao segundo caso clínico da pesquisa, José. Nesse segundo caso, o Projeto Transferencial se apresenta de forma totalmente diferente, pois parece ser um projeto endereçado, sobretudo, à mãe, em que nós, a equipe de cuidados do hospital, a noiva e o pai fazemos parte enquanto expectadores. Sem mais delongas, passaremos à apresentação do caso clínico.

Um retorno ao estado de não ser – Caso José

José, 25 anos, noivo, contador, chegou ao hospital com diagnóstico recente de câncer de mediastino, feito há cerca de 2 meses, sendo que a investigação e o diagnóstico foram realizados em uma clínica médica de oncologia fora do hospital. Quando foi internado pela primeira vez, o paciente já havia começado o tratamento de quimioterapia, tinha feito a primeira dose de medicação três dias antes da internação e o motivo de sua hospitalização correspondia aos efeitos colaterais: náuseas, fraqueza, desidratação e perda

¹⁰ Comunicação ao autor na Reunião do Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização da UEM (LEPPSIC), no dia 9 de maio de 2019.

de apetite. Nos primeiros meses de tratamento, suas quimioterapias foram feitas de forma ambulatorial, no serviço próprio do plano de saúde do paciente. Depois, quando o paciente já estava mais debilitado fisicamente, foram realizadas durante as internações.

José não era um paciente em fase terminal de vida quando recebeu o diagnóstico de câncer. Sua doença estava no começo e ele tinha perspectiva para tratamento modificador de doença com grandes chances de permanecer anos em remissão. Porém, não foi isso o que aconteceu. Ele não respondeu de forma esperada ao tratamento e a doença foi progredindo rapidamente com o passar do tempo até a terminalidade e morte.

José ficou internado quatro vezes durante cinco meses (de maio a outubro), tempo em que também recebeu acompanhamento psicológico hospitalar. O pedido de avaliação psicológica feito pela equipe de enfermagem, encarregada dos cuidados do paciente, foi na primeira internação. O motivo consistiu na preocupação da equipe com o paciente jovem que acabara de iniciar um tratamento oncológico e permanecia quase o tempo todo dormindo no quarto. Fui chamada no terceiro dia de internação. Essa primeira internação durou 5 dias, a segunda, 1 dia, a terceira, 20 dias, e a última, 15 dias.

Nas duas últimas vezes, além de internação em enfermaria, o paciente apresentou piora do quadro geral e precisou ser transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O paciente era filho único e os pais haviam se separado quando ele tinha 9 anos de idade. José morava com a mãe, e seu pai morava na mesma cidade que eles, uma cidade interiorana e de poucos habitantes. Ele estava noivo quando descobriu o câncer, mas quem sempre estava com ele no hospital era a sua mãe. A noiva esteve presente 4 vezes e o pai apenas nos últimos dias de vida como visitante na UTI. Também não recebia visitas de amigos e outros familiares, como tios, primos e avós.

O primeiro atendimento aconteceu em maio e, nessa ocasião, o paciente estava internado em uma enfermaria (quarto com dois leitos) do hospital e sua mãe estava como acompanhante. Destaca-se que o plano de saúde dele tinha como acomodação a enfermaria. Apesar de, legalmente, não ter direito a acompanhantes, por ser maior de 18 e menor de 60 anos, a médica autorizou que a mãe ficasse com José, justificando que, com o quadro clínico de fraqueza, ele precisava de ajuda para se levantar e poder ir ao banheiro. Tanto o paciente como a mãe foram receptivos à minha abordagem, porém, de fato, o paciente estava muito sonolento e sob efeitos de medicações antieméticas, que

precisamente têm a sonolência como efeito colateral. Por sua vez, a mãe se apresentava muito falante e ansiosa ao ver o filho naquele quadro clínico. Foi a mãe quem forneceu os dados da história de vida de José. Já nesse primeiro atendimento, contou como começaram as dores, como foi a investigação diagnóstica, falou sobre sua separação, perda do seu emprego e sobre o trabalho e noivado do filho.

Ao longo dos cinco meses, foram realizados 21 atendimentos psicológicos que, geralmente, aconteciam na presença da mãe, com o consentimento do paciente. Salienta-se que, com a mãe, realizei algumas orientações, especialmente quando o paciente piorou clinicamente. A frequência e a duração dos atendimentos variavam de duas vezes na semana até diariamente, sobretudo quando o paciente estava na UTI, e com duração de minutos a até duas horas, segundo o modelo da psicologia hospitalar contemplado no primeiro capítulo desta pesquisa. O lugar onde ocorreram os atendimentos e as orientações foi diversificado, como enfermaria, quarto, UTI, corredor e recepção do hospital, lembrando que o *setting* se faz pelo encontro dos sujeitos, pela transferência e sigilo, como também vimos no primeiro capítulo.

Durante esse período, em que foram realizados os atendimentos psicoterapêuticos com José e orientações especialmente à mãe, tive apenas uma oportunidade de conversar com a noiva e outra com o pai, já que eles sempre estavam ausentes. Por outro lado, a mãe do paciente tinha muita dificuldade em revezar os cuidados do filho com outras pessoas, permitindo pouquíssimas vezes que outro ficasse como acompanhante dele no hospital. Inclusive, esta era uma das orientações que eu dava a ela, a fim de que pudesse ir um pouco para casa enquanto outra pessoa se ocupasse com os cuidados de José.

Nos atendimentos com o paciente, ele pedia que a mãe ficasse com ele no quarto e, algumas vezes, eu pedi que ela nos deixasse sozinhos. Porém, quando ela saía do quarto, logo retornava, cerca de cinco ou dez minutos depois, e permanecia com José. A mãe era sempre muito comunicativa e, mesmo quando eu me dirigia ao paciente, era ela quem respondia, bem como quando ele começava a falar alguma coisa, era ela quem completava. Algumas vezes, orientei que eu precisava ouvir de José o que ele pensava e sentia, mas a mãe, no primeiro momento, respeitava e, no atendimento seguinte, não. Nesse sentido, o paciente não se manifestava contra.

Também foram realizadas orientações com a mãe na ausência do paciente, em especial quando ele estava em procedimentos ou em intercorrências, antes de ser

transferido para a UTI. Os momentos com a mãe foram a meu pedido e ficaram mais frequentes com a piora clínica e terminalidade do paciente. Neles, eu tratava com ela, principalmente, sobre a compreensão que ela tinha do quadro clínico de José, a evolução da doença e prognóstico de pouco tempo de vida (na terminalidade), o que, para ela, era muito difícil de assimilar. Realizava orientações relacionadas à importância de ela revezar com outros familiares no hospital, como já expusemos, para que ela descansasse e que outros pudessem demonstrar o carinho que tinham por José. Algumas vezes, ela me ouviu e foi para casa por 2 ou 3 dias, ocasiões em que ficou a noiva e uma tia do paciente.

A fim de compreender, com eficácia, o caso clínico, apresentaremos, de forma breve, a história pessoal de José e, depois, a história de sua doença.

História pessoal e da doença

Nesta seção, optamos por dividir os dados em duas etapas: aqueles obtidos a partir dos atendimentos com o paciente, ou seja, os dados que José me apresentou, e aqueles obtidos por intermédio da mãe, com as informações que ela dava nos atendimentos, além dos dados obtidos nas orientações realizadas. A escolha por dividir dessa forma é para evidenciar o que cada um deles trazia nos atendimentos; é, portanto, uma forma didática que nos ajuda na compreensão e análise do que vamos propor sobre o Projeto Transferencial do paciente.

Dados colhidos dos atendimentos realizados com o paciente

José era filho único e seus pais haviam se separado quando ele tinha 9 anos. Ele relatou que, desde a separação de seus pais, a sua mãe passou a lhe atribuir o lugar do homem da casa, e que a mãe não teve outros relacionamentos amorosos, nem sequer um namorado. O motivo da separação foi uma traição de seu pai, descoberta pela mãe em um momento posterior, pois muitas pessoas da cidade já sabiam e comentavam. Nos atendimentos com o paciente, quando eu perguntava sobre o seu pai, como era a relação entre eles e até a relação entre seu pai e sua mãe, era notável como José mudava o tom de voz, falando mais baixo, limitando-se a responder o que lhe era perguntado. Parecia que ele tinha muita dificuldade em abordar esse assunto. Em um dos atendimentos, quando eu perguntei como ele se sentia em relação ao pai, principalmente pelo fato do pai não o visitar nas internações, ele respondeu que sentia mágoa do pai por ter traído a mãe, que não aceitava a traição e preferia mantê-lo distante.

Ele era contador em um escritório de contabilidade na sua cidade. Quando iniciou seu trabalho no escritório, relatou que precisou organizar toda a empresa, o que lhe deu muito trabalho, porque se considerava uma pessoa muito empenhada e perfeccionista e achava que o escritório estava bastante bagunçado. Algumas vezes, nos atendimentos, sua mãe associou o estresse ocasionado pelo trabalho como desencadeador do câncer, alegando que o trabalho exigia muito do paciente, numerosas horas por dia e o estressava demais. Contudo, por mais que a mãe insistisse, José não concordava com essa hipótese e acreditava que sua doença não tinha explicação, como se fosse parte de seu destino.

O diagnóstico oncológico foi recebido em um momento muito peculiar de sua vida, após uma sequência de eventos que descrevemos. Cinco meses antes de receber o diagnóstico de câncer, José tinha pedido a namorada em casamento, e ela aceitou, ficando noivos. Quando começaram a organizar os preparativos para o casamento, três meses depois do noivado, o paciente começou a apresentar os primeiros sintomas da doença: tosse e emagrecimento, que o levaram a procurar os médicos. E, por fim a essa sequência, na semana em que o paciente estava realizando os exames de investigação diagnóstica, a mãe dele foi demitida, sem motivo aparente, de um emprego que ela tinha há mais de 10 anos: era secretária em uma escola privada de ensino fundamental e médio, a mesma escola onde o paciente estudou. A mãe de José tinha por volta de 50 anos quando ele descobriu o câncer.

Com o início dos sintomas, José começou a investigar, porém demorou quase dois meses até ter um diagnóstico definitivo. Essa demora foi porque, a princípio, os médicos acreditavam ser câncer de testículo, mas o diagnóstico definitivo que ele recebeu foi de câncer causado por um tumor maligno denominado Tumor de Células Germinativas Primário de Mediastino¹¹, que é um dos subtipos do Câncer de Mediastino. Segundo Lucas *et al.* (2001) e Couto *et al.* (2006), esse tipo de tumor é raro e compreende de 10 a 20% das neoplasias de mediastino. Por ser pouco frequente e raro, é de difícil diagnóstico tanto da parte clínica quanto por exames de imagem, ressonâncias magnéticas e tomografias (Lucas *et al.*, 2001).

Nos inícios dos estudos sobre esse tumor, no final da década de 1990, acreditava-se que sua formação “se devesse à disseminação de um tumor germinativo gonadal

¹¹ Um tumor presente no mediastino, que é uma das cavidades da região torácica, localizando-se entre os pulmões, abaixo do diafragma.

primário, considerando a semelhança histopatológica entre esses tumores” (Moran, CA, Suste, cit. por Couto, 2006, p. 182). Apesar de tal semelhança, as características biológicas se apresentam de formas distintas (Lucas *et al.*, 2001) e, a partir dessa constatação, foi possível diferenciá-lo. Merece destaque essa semelhança inicial entre os Tumores de Células Germinativas Primário de Mediastino e as lesões dos tumores gonadais, de testículo, histologicamente falando, um fato de importância para a análise que vamos propor.

Os principais sintomas dos Tumores de Células Germinativas Primário de Mediastino são queixas gerais, tais como febre, perda de peso, anorexia, sudorese e presença de massa no mediastino (Lucas *et al.*, 2001). Ainda, segundo os autores, é um tipo de câncer potencialmente curável quando descoberto em baixo grau de estadiamento e tratado, como no caso de José. O tratamento para esse tipo de câncer pode ser cirúrgico e/ou clínico (quimioterapia e radioterapia). No caso em questão, a proposta de tratamento foi clínica, com quimioterapia. Em relação ao tratamento quimioterápico, o paciente se mostrava sempre otimista e esperançoso, porém apresentava dificuldades em aceitar a alopecia – queda de cabelo – e, por isso, usava sempre um chapéu.

Nas internações, durante todo o tratamento quimioterápico e, até mesmo, próximo ao final de sua vida, o paciente não se queixava de qualquer mal-estar que estivesse sentindo, como dores, perder o acesso venoso periférico¹² com frequência e ter de ser puncionado novamente, precisar ficar hospitalizado vários dias ou, mesmo, demonstrar revolta frente ao seu diagnóstico, aceitava sua situação sem questionar. Porém, na internação mais longa, a terceira, que durou 20 dias, José se queixou do paciente que estava no leito ao lado na enfermaria. Ele ficava incomodado pelo paciente assistir televisão com o volume alto e até muito tarde da noite, por deixar as coisas espalhadas pelo quarto e pelo banheiro, que era dividido entre eles. Nessa situação, eu intervia junto à diretoria do hospital para que liberasse a acomodação em um apartamento, com apenas um leito, sem custo adicional para o paciente, também buscando um conforto emocional, pois já estava em alta progressão de doença, há muitos dias hospitalizado. A diretoria do hospital concedeu.

¹² Quando por algum motivo o acesso venoso periférico, que fica nos membros superiores ou inferiores do paciente, sai da veia geralmente por fragilidade capilar ou desidratação, sendo necessário puncionar, ou seja, furar novamente para pegar outro acesso.

Ainda na terceira internação de José, a doença já havia progredido muito e ele foi hospitalizado para fazer a quimioterapia, pois já não tinha condições de fazê-la no ambulatório do plano de saúde, como antes. Ele sempre me recebia de forma agradável, comunicativo e calmo, enquanto a sua mãe sempre se mostrava ansiosa e muito preocupada. Estava ainda mais abalada, pois sua irmã, tia do paciente, havia falecido há poucos dias, vítima de um acidente automobilístico. Embora essa fosse a primeira quimioterapia que o paciente fez internado, ele parecia estar tranquilo e seguro, usando um chapéu o tempo todo, uma vez que já estava careca e me relatou que, para dormir, usava uma touca, pois sentia muito frio na cabeça.

Na mesma internação, em outro atendimento, a mãe do paciente saiu do quarto para ir à missa, deixando-nos sozinhos. Naquele momento, José me falou a respeito da noiva e das restrições que a mãe havia imposto diante das orientações médicas, de não poder tocá-la e apenas vê-la de longe, pela janela de seu quarto e de ela não conseguir revezar com a mãe no hospital. Ele dizia sentir falta da noiva, mas que também entendia os cuidados que a mãe tinha com ele e a importância das restrições naquele momento de tratamento quimioterápico. José parecia dividido entre seus sentimentos pela noiva e pela mãe, porém, quando eu pontuei a importância de ele conversar com a mãe sobre suas angústias, ele recuou, dizendo que não precisava conversar com a mãe, pois entendia as preocupações dela. Também, nessa internação, já havia acontecido a troca de médica oncologista, o que eu soube apenas depois. Essa troca aconteceu após a realização das primeiras quimioterapias, quando foram repetidos alguns exames e identificado que o câncer não tinha diminuído, ao contrário, tinha aumentado. Com isso, desacreditados do tratamento proposto a princípio, procuraram outro oncologista para cuidar de José.

Após realizar a quimioterapia internado, ainda no hospital, José passou muito mal, ficou desmaiado no quarto e precisou ser transferido para a UTI pela primeira vez. Em sua chegada ao novo setor, parecia calmo e se emocionou falando a respeito das pessoas que estavam torcendo por ele: a mãe, a noiva, os amigos, as pessoas da igreja. Nesse momento, ele demonstrou mais ainda sua fé e esperança em ficar bem e, durante a visita da UTI, recebeu sua mãe e sua noiva; estavam todos muito emocionados. José permaneceu na UTI por três dias e, depois, retornou para a enfermaria.

Uma ressalva é importante na alta do paciente para a enfermaria: a médica assistente dele, a oncologista nova, procurou-me para dizer que queria manter o paciente na UTI, porque, lá, não ficava acompanhante (uma restrição do próprio hospital) e, com

isso, segundo ela, José poderia ficar longe de sua mãe que o sufocava, porém o paciente relutou e ela deu alta da UTI para a enfermaria. Acreditamos ser importante esse adendo, pois nos faz pensar que, de alguma forma, a médica percebe a relação entre José e sua mãe, talvez até o Projeto Transferencial dele, e isso a incomoda de tal maneira que pensa em deixá-lo em um setor crítico como uma forma de ajudá-lo a se livrar da mãe, mas, talvez, ela demorou a perceber que o paciente não queria fazer isso.

No retorno do paciente para a enfermaria, ainda na mesma internação, ele permaneceu calmo e otimista. Dizia que iria ficar bem e manifestava sempre uma esperança religiosa, que deus o estaria ajudando e lhe dando forças para seguir o tratamento. Na piora do paciente e enquanto estava na UTI, consegui abordar a mãe dele sozinha e orientar sobre a importância de ela descansar, revezar com outros familiares e permitir que outros tivessem a chance de carinhosamente estar com José. Com isso, percebi uma mudança de postura na mãe, por alguns dias, por exemplo, quando permitiu que a noiva passasse uma tarde sozinha com ele.

A última internação de José ocorreu 10 dias após a alta da terceira internação. O paciente voltou ao hospital sonolento e prostrado. No momento em que ele precisou fazer um procedimento no Centro Cirúrgico, consegui conversar com a mãe sozinha e perceber a dificuldade dela em compreender que o quadro do filho estava se agravando. Ela negava que a prostração e a sonolência estivessem relacionadas com a metástase cerebral, que foi identificada naquela internação, e mantinha muita esperança de que uma quimioterapia poderia curar o filho. Foi nessa internação, antes de José ficar catatônico, que, em um momento sozinho comigo no quarto, eu pedi para que a mãe se retirasse. Ali, ele falou sobre seu medo diante da infertilidade que as medicações lhe causaram e que já tinha conversado sobre isso com a sua noiva, pois o preocupava o fato de não poder ter filhos.

Na última internação, o paciente fez mais uma quimioterapia e, dois dias depois, começou a apresentar confusão mental, piorando de tal forma que já não respondia a estímulos. José entrou em um estado de apatia e catatonia, também em decorrência das lesões cerebrais metastáticas que ele apresentou devido à falha do tratamento de quimioterapia. Ele não respondeu de forma esperada aos tratamentos disponíveis, que não conseguiram conter a progressão e evolução de um câncer potencialmente curável, com anos de remissão, como já expusemos, que se espalhou pelo seu corpo, em metástase, e o levou à morte.

Assim, ele foi transferido para a UTI novamente. Acompanhei a transferência dele e fiquei com a mãe até que ela pudesse entrar para ver o filho. Ela chorava muito e não acredita que ele estava tão mal e que pudesse morrer logo. Quando ela entrou na UTI para ver o filho, chorava o tempo todo. Ele já respirava com a ajuda de aparelhos.

José permaneceu dias na UTI até a sua morte. A sua mãe ia ao hospital todos os dias e ficava o dia inteiro na recepção. Embora o setor tivesse apenas dois horários de visita, um no meio da tarde e outro no período da noite, ela não aceitava ir para casa. Nesse período, ela entrou todos os dias e sempre acompanhada pela noiva de José. O pai, por sua vez, ficou algumas vezes na recepção e entrou um dia apenas, depois que a mãe e a noiva já tinham saído da UTI em uma exceção concedida pela equipe médica, que foi um dia antes do paciente morrer.

Curiosamente, José morreu no único dia que sua mãe não foi ao hospital. O contato foi feito por telefone para que a família comparecesse ao hospital e a notícia fosse dada pessoalmente. Foram ao hospital a noiva e o pai. Como era fim de semana e o serviço de psicologia onde trabalho não faz expediente ou plantão nesse período, não foi possível conversar com eles.

Ao considerar que, na maioria dos atendimentos ao paciente, sua mãe permanecia junto, como expusemos, e, muitas vezes, ela participava respondendo às minhas indagações, ou mesmo completando o que José falava, a próxima seção será dedicada aos dados fornecidos por ela.

Dados colhidos a partir da mãe do paciente

As orientações psicológicas realizadas com a mãe ficaram frequentes a partir da penúltima internação de José, quando seu estado clínico de saúde começou a piorar. Nessas orientações, cheguei a indagar sobre a ausência do pai de José nas internações e sobre a relação dela com o ex-marido. Ela disse que ainda amava o pai de José, mas que, mesmo com a doença do filho, não se aproximaram, nem conversavam sobre a doença, sobre o filho, tampouco sobre eles, pois não tinha perdoado a traição, embora estivessem separados há 16 anos.

Já no primeiro atendimento ao paciente, que aconteceu no terceiro dia da sua primeira internação, meu contato maior foi com a mãe. O paciente estava muito sonolento, em decorrência das medicações que estava recebendo para o controle de náuseas e vômitos, que foram os sintomas que motivaram a internação, porém, mesmo

assim, foi receptivo à minha abordagem que aconteceu junto à mãe. Ela parecia muito ansiosa, falava bastante e rápido e era possível perceber nela uma grande necessidade de conversar. Nesse primeiro contato, soube coisas importantes da vida de José: como a separação de seus pais, o noivado, sobre o trabalho dele e o desemprego da mãe. Além disso, a mãe se referiu à religiosidade deles, pois participavam das atividades da igreja com frequência, como grupos de oração, pastorais e ela era catequista.

Apenas encontrei o pai de José no hospital por 3 vezes, quando o paciente já estava internado na Unidade de Tratamento Intensivo. Especificamente, isso foi na última semana da sua vida. Os encontros com o pai se deram na recepção do hospital, antes do horário da visita na UTI, ocasiões em que o pai permaneceu distante tanto da mãe como da noiva do filho, cada um sentando em uma extremidade do salão da recepção do hospital. Das três vezes que foi ao hospital, o pai entrou na UTI apenas uma vez, quando José já estava em coma. Naquela ocasião, o pai chorou muito quando se aproximou do paciente, ficou alguns minutos ao lado dele, mas não conversou com o filho. Eu me aproximei do pai, apresentando-me como psicóloga que trabalhava no hospital e que estava acompanhando José. Perguntei como ele estava se sentindo e não me respondeu, mostrou-se resistente e pouco receptivo à minha abordagem, praticamente sem me olhar. Ficava sempre cabisbaixo.

A mãe de José descrevia o filho como uma pessoa carinhosa, paciente e muito religiosa. Contou que ele estudou em um bom colégio particular de freiras, mesmo local onde ela trabalhou como secretária e foi despedida duas semanas antes do diagnóstico do filho, quando ainda estava em processo de investigação. Ela atribuía um significado bom a esse fato: dizia que, assim, tinha tempo disponível para se dedicar exclusivamente aos cuidados de José.

Também foi a mãe quem primeiro falou sobre o namoro e noivado do paciente. Ele namorava há cinco anos uma moça da mesma igreja e de família conhecida na cidade. Os dois estavam noivos quando o paciente recebeu o diagnóstico oncológico, como já vimos. No início do namoro, a mãe relatou não ter sido favorável à união e não conseguiu me explicar o motivo quando indaguei, apenas afirmou que acreditava que o namoro deles não daria certo. Por diversas vezes, nos atendimentos, ela fazia questão de contar que, depois do início da quimioterapia do filho, a noiva deixou de frequentar a sua casa e que os dois namoravam pela janela.

A mãe justificava dizendo que, após fazer a quimioterapia, a imunidade de José diminuía – o que, de fato, acontece no tratamento oncológico e é esperado. Com isso, tinha recomendação médica para evitar contato com outras pessoas. Assim, ele via a namorada pela janela e não recebia visita alguma, tudo controlado pela mãe, a fim de evitar que o filho contraísse um vírus ou uma bactéria fora de casa. Também, segundo a mãe, a noiva não demonstrava carinho por seu filho, tocando-o e se aproximando fisicamente quando o visitava. O que é contraditório, pois ela mesma afirma ter determinado a distância da noiva, então, como poderiam se tocar?

Nos cinco meses em que José passou por períodos de hospitalização, encontrei sua noiva no hospital apenas duas vezes. No primeiro encontro, o paciente estava na enfermaria e a mãe dele tinha uma consulta médica, assim, a noiva ficou como acompanhante no período da consulta. O segundo encontro foi na sala de espera da UTI, antes da visita dos familiares, dias antes de José morrer. Nesse dia, a noiva acompanhava a mãe do paciente e entraram juntas na visita. Nesses dois encontros, não conversei com a noiva de José.

Em todas as internações, a mãe estava sempre muito presente. Parecia estar diante de uma grande angústia por qualquer mínimo sinal de dor e mal-estar do filho ao longo do tratamento, chegando a entrar em conflito com a equipe de enfermagem e médica devido à sua insegurança. Ela acreditava que José não estava recebendo os cuidados adequados e que a médica não tinha proposto o melhor tratamento medicamentoso para ele. Inclusive, como expusemos, houve uma troca de oncologista no meio do tratamento, pois a mãe chegou a duvidar do tratamento oferecido pela primeira médica diante do resultado negativo frente ao controle do avanço do câncer no paciente. A mãe parecia ter dificuldades em compreender e aceitar a progressão da doença de José, em especial porque, inicialmente, era um câncer tratável, porém a resposta orgânica do paciente não foi favorável.

Até a evolução e piora do paciente com internação na UTI, a mãe parecia relutar em aceitar e acreditar na hipótese de morte e na irreversibilidade do quadro de terminalidade, entrando em um estado de negação. Por mais que os médicos lhe falassem que a situação clínica de José era irreversível e que, a cada dia, ele estava pior, ela continuava a falar que ele estava bem, que logo retornaria à quimioterapia e que sairia do hospital. Parecia que a mãe realmente não conseguia assimilar que o filho estava morrendo, mesmo presenciando isso com seus próprios olhos: ela via a respiração de José

piorar e ele precisar de aparelhos para ajudá-lo a viver, as suas extremidades ficarem frias e de coloração arroxeada, a sua pele perder a viscosidade pela diminuição da circulação sanguínea e a disfunção dos órgãos vitais (cérebro, coração, pulmões e rins). José já não se alimentava, não conversava, tampouco abria os olhos. Estava sob efeito de medicações para controlar sua pressão arterial e de máquinas para se alimentar e respirar.

Quando José estava muito mal e há sete dias internado na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), foram utilizados recursos invasivos e que buscavam o prolongamento da vida, como drogas vasodilatadoras, respirador artificial, nutrição por sonda. Já com um aspecto moribundo, edemaciado e cianótico, foi esse precisamente o único dia em que sua mãe faltou à visita diária da UTI, nem foi ao hospital. Curiosamente, foi nesse dia que o paciente morreu, fazendo-nos pensar em algumas possibilidades, como a de realizar um Projeto Transferencial, muito diferente do de Pedro, que incluía, talvez, não morrer na frente da mãe, poupá-la da sua agonia, pois, para ela, poderia ser insuportável. Outros significados podem estar em torno dessa morte solitária e veremos mais adiante.

O caminho percorrido para a morte

A escolha deste título vai ao encontro do Projeto Transferencial de José, no qual acreditamos ser um projeto de se entregar à mãe em uma espécie de retorno ao ventre materno. Contudo, essa entrega não se daria apenas à mãe genitora, mas de uma forma metafórica à mãe terra, representante da morte, a que Freud (1923/2006d) faz referência em *O tema dos três escrínios*.

É importante salientar que, a princípio, pareceu-nos que o paciente adotou uma postura passiva diante da sua doença e piora clínica, tanto que eu também sentia isso nos atendimentos, como se ele estivesse em uma entrega passiva e dominado pelos desejos da mãe. Ressalta-se que, inicialmente, isso nos levou a pensar que o projeto era de sua mãe e não dele. Entretanto, à medida que analisamos o caso e podemos verificar a evolução de José, bem como suas tentativas tradutivas, sobretudo diante da doença, somos levados a crer que o Projeto Transferencial em questão é realmente do paciente. Não que sua mãe não tivesse um, provavelmente sim, mas o nosso paciente, aqui, é José. Além disso, não temos dados suficientes sobre a vida da mãe para explorarmos o que poderia vir a ser o Projeto Transferencial dela. Contudo, ambos se entrelaçam precisamente pela transferência, pois José parece desejar unicamente o que a mãe deseja, à medida que piora seu quadro clínico.

Percebemos que, ao longo da vida, José fez soluções de compromisso diante do chamado da mãe para ser o homem da casa e ser só dela; logo, conseguia não responder a esse chamado de forma completa. Ele estudou, trabalhou, namorou e noivou, situações de uma vida adulta e independente; por outro lado, respondia um pouco às expectativas da mãe, ao participar das atividades da igreja, agradando-a também, bem como a namorar alguém da igreja que eles frequentavam, ou seja, correspondia ao bom menino desejado por ela. Esses são dados que nos fazem pensar que José não era totalmente passivo diante da mãe.

Ao ter como base a história da doença do paciente, um ponto de extrema importância é quando a doença passa de potencialmente curável a terminal. Supomos ser esse o gatilho para o Projeto Transferencial de José. Quando ele descobriu o seu câncer, com um bom prognóstico e tratamento com grandes chances de anos em remissão, tanto a fala do médico quanto a possibilidade de tratar serviram de assistentes de tradução, organizadores que acalmaram o paciente diante do diagnóstico de uma doença temível como o câncer, motivando-o para o tratamento quimioterápico. Entretanto, à medida que sua condição clínica se agravava, o anúncio da morte próxima passa a ser traumático. Diante dela, provavelmente em uma tentativa desesperada, José e a mãe optam pela mudança de médico oncologista acreditando que o problema estava no tratamento que ele recebia, julgando-o inadequado.

Todavia, mesmo com a mudança de médico, o câncer continuou a se agravar e, quando José se deu conta de sua gravidade clínica com a piora, essa constatação do anúncio da morte próxima lhe serviu de gatilho para realizar uma possível tradução que deu forma a seu projeto transferencial. Logo, tanto a piora clínica quanto a terminalidade são traumáticas para ele, assim, o jogam na SAF como se José fosse uma criança em estado de passividade diante do mundo adulto. No entanto, por ele ser um adulto, ou seja, ter um inconsciente, diferente do *infans* da SAF que ainda não tem, para ele, permanecer na SAF, é traumático mas passível de tradução.

A respeito da SAF e de sua reedição em situações de adoecimento, como já pontuamos anteriormente, pacientes oncológicos em estado terminal, por sua própria clínica de debilidade física, ficam sujeitos a certo tipo de dependência e de cuidados de alguém mais sadio. Logo, nesse paralelo, supomos a reedição da SAF fazendo um paralelo entre *infans* e adulto para doente e cuidador. Relembrando a SAF, nela, o *infans*, ainda sem inconsciente constituído, está em um estado de passividade e é objeto da

sedução pelo outro, mãe e pai, porém, na reedição, trata-se de um adulto que já tem inconsciente, mas que fica em assimetria em relação ao seu cuidador devido às condições físicas e limites impostos pela doença e pelo tratamento. Dessa forma, novamente e com muita facilidade, podemos nos equivocar se supomos que José simplesmente se entrega à mãe, pois não devemos esquecer de que ele era um homem adulto e que vivia como tal (estudos, trabalho, namoro, noivado). Todavia, isso que pode nos confundir também é uma pista para o desenrolar do Projeto Transferencial do paciente.

Ao longo da evolução clínica e dos atendimentos, percebemos que ao reeditar a SAF, na verdade, José escolhe enquanto uma saída tradutiva, uma saída possível para seu sofrimento, para sua morte, voltar ao estado de não ser. Talvez, essa fosse a única tradução possível para ele, diante da sua terminalidade, de ser como uma criança para ser cuidado totalmente pela mãe, a fantasia de voltar ao útero materno, o que não deixa de ser uma tradução, já que é possível apenas para o inconsciente de um adulto.

Porém, e a mãe de José? Como ela participou do Projeto Transferencial? Ao que tudo indica, o projeto do paciente incluía totalmente a mãe. Percebemos que, conforme ele piorava clinicamente, também deixava espaço na relação para ser tomado pela mãe e a convocava para estar nesse papel assimétrico, no lugar do adulto diante de uma criança, pois é a mãe que sabe o que é melhor para ele. Metaforicamente, José volta a ser o bebê de sua mãe e, em vários momentos das internações, era assim que ela se dirigia a ele, chamando-o de bebê. Essa situação, por natureza assimétrica, afirma Laplanche (1998), é traumática por excelência, por ser a sexualidade do adulto um excesso enigmático, porém, quando tratamos de uma reedição da SAF, o sujeito que é cuidado, nesse caso, o José, é um jovem adulto e, por isso, ele tem a possibilidade de realizar traduções, de, por exemplo, neste caso, poder escolher ser totalmente cuidado pela mãe.

Se antes ele, provavelmente, lutava para fugir do domínio total dela e conseguia parcialmente com soluções de compromisso, como sugerimos previamente, aqui, ele escolhe estar sobre esse domínio e quiçá voltar, mesmo que simbolicamente, ao útero materno, uma forma de refúgio seguro. Assim, ele quer ser bebê e quer ser cuidado pela mãe, ser acalmado por ela.

Talvez, o ápice da realização do Projeto Transferencial seria voltar a ser o bebê, fantasiosamente protegido no útero materno, perto de um estado de não existir, de um estado de morte buscando uma satisfação compensatória diante do desamparo de estar

perto da morte real. Entretanto, como não se sentir desamparado, dependente e triste, se tudo indica que está se perdendo a vida? Nos últimos dias, como vimos, ele é tomado um estado catatônico e de apatia, resultante das lesões cerebrais, quase não se movia, não abria os olhos, não comia, nem falava mais, o que nos leva a pensar que nada mais pode ser feito, nem a equipe médica, nem a mãe, tampouco ele, pois está morrendo. Estaria, assim, fazendo uma última tradução, ser um bebê totalmente alheio ao mundo que o rodeia? Uma tradução, talvez, a única possível no momento, de se entregar à mãe e, portanto, à morte?

Logo, temos a mãe como a principal protagonista no Projeto Transferencial de José. Mas em que lugar ele a coloca? O que demanda dela? Ela foi colocada nesse lugar pelo filho, como supomos, na reedição da SAF – da mãe do bebê – e, conseqüentemente, na formulação do projeto.

Nesse processo que envolve o Projeto Transferencial de José, destacamos três etapas tradutivas até que se chegasse ao projeto, de fato. A primeira diz respeito à expectativa em torno de uma cura ou um milagre, já que o tipo de câncer do paciente tinha uma chance muito grande de anos em remissão com o tratamento. A segunda seria a possibilidade de uma vida com restrições, como a infertilidade, sobretudo para o casamento que pretende realizar, resultante dos quimioterápicos usados no tratamento; aqui, percebemos um planejamento para o futuro, alguma expectativa. No que concerne à terceira, o Projeto Transferencial em si, como resposta tradutiva ao retorno à SAF, efetiva-se depois da piora clínica, quando José percebe que seu futuro seria a morte próxima. À medida que piora, seus planos vão se desfazendo e seu próprio estado, cada vez mais dependente de cuidados, exige que ele fique em uma situação de total passividade, como a do *infans*.

Ainda que José não tenha me relatado muitas coisas nos atendimentos, não significa que ele não estivesse fazendo as traduções do traumático. Inclusive, quando ele me conta que conversou com a noiva sobre a fertilidade comprometida, isso nos indica que, de alguma forma, estava pensando no seu casamento, pensando nas restrições. Ou, até mesmo, quando me fala sobre o ressentimento que sentia pelo pai. Tratam-se, justamente, das traduções que ele foi fazendo no trajeto do adoecimento e da piora.

Em todas as etapas, tivemos a participação não apenas da mãe, que ganha um destaque, mas também do hospital, dos médicos, enfermeiros e eu mesma, a psicóloga.

Na realidade, parece que a participação de todas as figuras de cuidado, dentro do projeto transferencial de José, era de sermos cada vez apenas expectadores não só do agravamento inesperado da doença e quadro clínico do paciente, mas diante da morte próxima e do fracasso da ciência. Com isso, não existiam mais saídas. Aceitamos, dessa maneira, e sem que isso seja consciente, nesse lugar atribuído por José, de nada fazer como parte da execução do seu projeto, de se entregar à mãe para não ser mais. Assim, acreditamos que José se afasta do pai e da noiva, por exemplo, e se fecha em uma fusão com a mãe, até chegar a um estado catatônico, confuso e alheio. Obviamente, nada poderia ser feito e como contrariar a última determinação de José de se entregar à mãe? Embora tenhamos tido uma função diferente da atribuída à mãe, que entra em cena com o que o paciente delega ativamente do seu projeto, também fomos importantes para a consecução deste.

Vimos no caso Pedro, que também está presente no caso José, o desejo de deixar um legado para a posteridade. Porém, no caso de José, isso parece se apresentar de forma diferente. Não são tão evidentes as ações objetivas de como organizar os bens em vida e o projeto de se tornar imortal. Em José, o seu legado estaria direcionado à mãe como sua última vontade de voltar ao ventre materno e morrer em uma entrega à mãe terra enquanto um autosacrifício, o que desenvolveremos mais adiante.

A relação entre paciente e mãe e a construção do Projeto Transferencial

Segundo Mello Neto (2012/2016), para a realização desse projeto, é necessária uma relação marcada pelo reconhecimento da alteridade. Assim, temos a relação de José com a mãe como destaque no Projeto de Não Ser. Para facilitar a análise do caso, recorreremos à relação edípica entre mãe e filho.

Ao longo dos atendimentos, percebemos indícios da relação edípica entre José e a mãe. Podemos citar: a separação dos pais quando José tinha nove anos e a mãe nunca mais ter tido um relacionamento; um pai ausente; uma mãe que diz para o filho de 9 anos que ele será o homem da casa; a mágoa de José em relação à traição e ao afastamento do pai, que também é a mágoa da mãe. Ousamos ponderar que o paciente se sentiu traído pelo pai, não apenas se identificando com a mãe, sobretudo pelas consequências da traição: o pai ter saído de casa e ele tê-lo perdido. Desse modo, compartilha-se a mágoa identificada com a mãe.

A relação entre o paciente e sua mãe também nos faz pensar na falta da figura paterna, de um terceiro. Parece, pelo que a mãe contou, que ela não quis mais saber do pai de José, nem se aproximou dele, mesmo tendo um filho em comum. Esse distanciamento pode ser entendido como uma forma de castigo para esse marido traidor. Ao impedir o contato do pai com o filho, a mãe estaria se vingando e se apresentando como única para José, que também se sentia traído pelo pai e, de certa forma, abandonado.

Aparentemente, a vida de José era bastante comum, talvez bastante saudável, apesar de uma mãe que parecia demandar dele fidelidade total. Contudo, o diagnóstico de câncer e o agravamento do quadro clínico, com a piora da doença potencialmente controlável, algo inesperado, seriam aspectos que precisamente levaram José à escolha pela passividade, dentro de um Projeto Transferencial que passa por etapas, reeditando à SAF. Ou seja, o disparador, conforme expusemos, parece ter sido a aproximação concreta da morte, quando as esperanças pareciam ter desaparecido e ele deveria ser totalmente cuidado até a morte.

Diante de uma possível demanda, da mãe para José, de fidelidade total, pensamos que essa poderia ser também uma demanda simbiótica, não correspondida totalmente pelo filho, pois ele estuda, namora, fica noivo e tem um emprego. Todavia, a mãe, por vezes, também se apresentava de forma fusional, oferecendo-se o tempo todo como um tudo para seu filho, tentando ocupar os espaços possíveis: mãe, pai, amante – quando ela proíbe o contato com a noiva – e acompanhante, quando ele responde às perguntas que faço, no lugar da mãe. Entretanto, a simbiose que propomos aqui não diz respeito à psicose, mas, sim, à sedução na SAF, ao enigmático que envolve o nascimento de José, à vida e aos cuidados do casal. A relação e a separação dos pais, a mãe dizendo que ele era o homem da casa, tudo isso pode ser muito sedutor. E o fato de ela dizer não ter tido mais nenhuma relação depois do marido.

Ademais, podemos pensar que os investimentos libidinais do paciente em sua vida pessoal (trabalho, namoro e até religião) serviram para driblar as demandas incessantes dessa mãe. Voltando novamente para a fala de ser o homem da casa, temos, aqui, uma mensagem enigmática comunicada de mãe para filho, dotada do sexual, porém, junto a essa mensagem, são transmitidos assistentes de tradução para proteger o filho da sedução materna, no sentido laplancheano. São organizadoras as mensagens comunicadas para o filho, por meio da educação e em uma escola religiosa, valores como ser companheiro, não trair a mãe e a respeitar, por exemplo, levando José a se comportar como um bom

menino, o menino da mamãe e uma mamãe maravilhosa, e, ao mesmo tempo, ter sua própria vida e alguma independência.

Sobre o caráter edípico, percebemos uma certa rivalidade implícita entre a mãe do paciente e a noiva, que se apresenta quando a mãe disse que a noiva não era muito carinhosa com o paciente, tampouco presente na vida dele, ou seja, era menos importante que ela. Ao passo que, com o adoecimento de José, a noiva também passa a ocupar uma postura mais maternal, de zelo e de cuidado com ele, respeitando as demandas do paciente, como a de não se aproximar sensualmente, mas nunca ocupando o lugar da genitora.

Interessante destacar, ainda, a confusão em relação ao diagnóstico: primeiramente, os médicos pensaram que seria um câncer de testículo, o que não era. Contudo, algo da virilidade permanece presente no quadro clínico de José: a esterilidade provocada pela quimioterapia, o que causa tristeza e preocupação ao paciente. Podemos pensar que os testículos são afetados na fantasia e na realidade de José que, como os de um bebê, tornam-se imaturos, interrompendo a produção hormonal masculina e a produção de esperma. O tempo todo algo, que é do seu Projeto Transferencial, o leva a ser e estar no lugar do bebê. E, sendo um bebê e não mais um homem, os perigos fantasmáticos de morte próxima se atenuariam, pois acreditamos que o estágio fantasiado por José é o de retorno ao ventre, o da não existência enquanto sujeito diferenciado, assim como na morte.

A fantasia de retorno ao ventre materno: o Projeto Transferencial em si

A situação da morte do paciente nos revela e esclarece o Projeto Transferencial direcionado para sua mãe, a quem, de alguma maneira, deixa um legado. Segundo Mello Neto (2012, 2016a), é no *a posteriori* que fica claro qual era o projeto, ainda que partes dele se revele aos poucos. Assim, com esse desfecho e a forma como ocorreu, muitos dados sinalizam para ele. Considerando a morte de José, propriamente dita, parece-nos que, de alguma forma inconsciente e consciente, ele foi se deixando e se entregando à morte aos poucos, não respondendo ao tratamento quimioterápico e cada vez mais piorando com a progressão de seu câncer.

A morte se mostra para José como o fim, sendo a única saída possível, única tradução. Todavia, essa saída só é possível de se realizar na ausência da mãe, sozinho, em coma induzido em decorrência das lesões cerebrais. Assim o paciente morreu: dormindo.

José não teve cuidados paliativos, pois a equipe médica que cuidava dele acreditava muito em sua recuperação e, por isso, houve investimento com medidas invasivas, como internação na UTI, intubação e hemodiálise. Além disso, para se realizar os cuidados paliativos, é necessário que o paciente e a família escolham esses cuidados, que não devem ser impostos, e sim ofertados. Podemos afirmar que a morte de José foi uma forma de se concretizar o projeto.

Percebemos que José foi atuando cada vez mais em um lugar regredido, reeditando e ocupando os lugares da SAF, tais como: menino da mamãe, bom menino, aquele que não reclama, que, em sua boa relação com a mãe, nunca se queixou dela ou de sua participação em seus cuidados. Considerando a história do paciente, sua doença e como a relação com a mãe foi se dando nesse percurso, percebemos como o paciente assume, de fato, esse lugar de reedição da SAF.

Nesse lugar de bebê, pretendido por José, ele só teria a mãe e ela somente poderia ter a ele, o que, de alguma forma, faria com que ele não existisse como sujeito, apenas enquanto objeto. Pensando na gestação, o bebê gerado por mais físico, real e visível no ultrassom e sentindo no toque e nos chutes, é ao mesmo tempo uma construção de um ideal, de uma ideia que começa na fantasia e no desejo.

Portanto, fazendo uma analogia, o morrer estaria como o nascer, voltar ao estado de ser lembranças, fantasias e pertencer, de uma forma ideal unicamente à mãe ou de ter pertencido exclusivamente a ela e a mais ninguém. É como se, em um grito metafórico, José pudesse apresentar um desfecho de deixar de ser objeto de amor concreto e poder voltar a ser ideal, assim ficaria protegido do traumático, em uma entrega como um sacrifício. Supomos, nesse âmagô, a morte enquanto solução, uma tradução e o único desfecho que o paciente encontrou enquanto possibilidade por meio do desligamento da pulsão diante da regressão em que a doença e a piora clínica o colocam.

A entrega de José em forma de sacrifício, de autosacrifício, faz-nos pensar em uma postura ativa e de escolha, não vitimada. Porém, ao abordarmos a temática, as questões relacionadas ao sentimento de culpa em uma punição superegoica se fazem presente e nos levam a supor que o autosacrifício é uma forma de remissão, talvez por não corresponder à mãe nas expectativas dela de ser tudo para o seu filho, tanto que José se entrega e sacrifica sua vida. Aqui, estaria o legado que ele deixa para a mãe, em

uníssono ao próprio Projeto Transferencial dela, que podemos supor ser precisamente cuidar dessa criança. Tomar essa criança que morrerá para si.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa discutiu a consecução do Projeto Transferencial a partir de dois casos clínicos oncológicos de terminalidade em pacientes que receberam atendimento psicológico hospitalar. Ambos os pacientes tiveram a notícia da morte próxima em internação hospitalar e morreram hospitalizados. Além disso, estiveram a maior parte do tempo internados desde que receberam a notícia da terminalidade.

Embora foram casos específicos, chama a atenção, em especial, o anúncio da morte próxima funcionando enquanto um organizador psíquico, como assistente de tradução, levando o paciente a realizar um projeto transferencial para morrer. Isso não significa que, para o paciente, receber um diagnóstico de terminalidade não seja algo traumático, angustiante, algo que deva ser negado. Todavia, o fato de receber junto com o diagnóstico toda uma série de propostas de tratamento e as possibilidades terapêuticas de cuidado permitem ao paciente lidar com o excesso e pensar na sua morte, mesmo que seja para negá-la. Aos poucos, os pacientes formularam o projeto transferencial para viver seu fim.

A análise dos casos apresentados se pautou na psicanálise, tanto em textos freudianos como nos laplancheanos. Aos últimos, debruçamo-nos mais, pois a ideia de Projeto Transferencial, proposta por Mello Neto (2012; 2016), parte de estudos de Laplanche (1985; 1992;1992) e de conceitos definidos por este na Teoria da Sedução Generalizada, como a SAF e os assistentes de tradução, amplamente utilizados nesta pesquisa. De fato, deparar-se com o diagnóstico de uma doença grave, progressiva e incurável pode despertar no ser humano sentimentos e angústias antes não evocados, fazendo-o reeditar a SAF, por exemplo. Estar diante da morte anunciada pode provocar reconsiderações da vida e novas traduções para as vivências até então presentes. Nisso, supomos ao pensar o anúncio da morte enquanto um assistente de tradução.

Contudo, também ponderamos ser prudente caracterizar, nos capítulos teóricos, o ambiente hospitalar no que tange à prática da psicanálise no hospital e da Psicologia Hospitalar com suas especificidades e caracterizar a doença oncológica, pois, nos dois casos selecionados, o diagnóstico é o de câncer. É importante destacar que foi, precisamente, a minha prática como psicóloga hospitalar, atendendo pacientes oncológicos e, especialmente, em fase final de vida, que despertou questionamentos sobre a repercussão psíquica diante da morte anunciada e a ideia de um plano pessoal a ser

executado a partir desse anúncio, plano este que vai de encontro à ideia do Projeto Transferencial.

Além disso, ocupamo-nos em contextualizar os Cuidados Paliativos que vêm de encontro à ideia de autonomia do sujeito diante da aproximação de sua morte. Essa é uma temática recente e cada vez mais abordada pela equipe multidisciplinar em casos de pacientes com doenças progressivas e sem perspectiva de cura, com as primícias de valorização do tempo de vida que ainda lhes restam e atenuações de sofrimento físico, mental, espiritual e social. Compartilho dos princípios dos Cuidados Paliativos em minha prática diária e na forma de ver a vida e a morte, sendo um valioso instrumento no trabalho com pacientes em fase final de vida.

Especificamente, nos casos retratados, percebemos que, diante do traumático evocado pela possibilidade da morte, os pacientes foram realizando novas traduções, com a ajuda de assistentes de tradução, a partir dos atendimentos psicológicos e da relação transferencial, sendo o Projeto Transferencial também uma forma tradutiva. Projeto este com aspectos conscientes e inconscientes, e que contam, de alguma forma, com a participação do analista, do psicólogo (Mello Neto, 2012;2016). Embora na apresentação da análise no primeiro caso clínico separamos os aspectos conscientes dos inconscientes, fizemos com uma intenção didática e para ajudar na compreensão. Contudo, ambos aspectos estão articulados e são simultâneos.

Uma consideração é importante: notamos que várias figuras, se assim é possível afirmar, podem entrar em cena na vida do sujeito acalmando-o quando se depara com uma doença incurável, progressiva e ameaçadora da continuidade da vida. Ao que denominamos acalmar, seria na qualidade de assistentes de tradução, de organizadores que, diante do traumático relacionado aos aspectos da morte, proporcionam novas traduções dos excessos. Seriam essas figuras a do médico, com a sua intervenção, não só diagnosticando, mas definindo o tratamento, o prognóstico, as possibilidades de intervenção com os cuidados paliativos; também, o psicólogo, com a sua escuta e intervenção, bem como toda a equipe que trabalha no ambiente hospitalar de cuidados e a família compadecida.

Em relação ao Projeto Transferencial, percebemos a sua relevância nos limites hospitalares e com pacientes moribundos, pois acreditamos ser importante o paciente saber, quando e o quanto ele quiser, sobre o seu diagnóstico e prognóstico, a fim de se

organizar, de forma prática e psíquica, para sua partida, buscando novas traduções para o momento da terminalidade e desenvolvimento do projeto. Além disso, a consecução de um Projeto Transferencial possibilita ao paciente a chance de vivenciar, de forma menos sofrida psicologicamente, a proximidade da morte, acalmando e alimentando a sensação de controle diante dos últimos dias da vida, com o auxílio dos assistentes de tradução.

Assim, o Projeto Transferencial proporcionaria um final de vida menos sofrido, levando o sujeito a reeditar questões traumáticas antes de morrer e se acalmar diante do mais traumático, o fim. Vimos, por exemplo, com o caso Pedro, que cria um projeto de imortalidade, e com José, na fantasia de retorno ao útero materno, que os dois conseguiram desenvolver situações que os acalmassem diante de suas próprias mortes.

Diante disso, problematizamos a ideia de um Projeto Transferencial que se desenvolve a partir do anúncio da morte próxima. Consideramos o Projeto Transferencial de Morrer e o de Não existir, identificando algo que já havíamos percebido de alguma forma na prática: a concessão de realizações que a pessoa, que sabe que está prestes a morrer, se autoriza e busca enquanto ainda está viva. Embora tenhamos percebido que alguns pacientes se comportam dessa forma, com planos a serem realizados antes de morrer, agora, é possível articular com o Projeto Transferencial. Um projeto, nesses casos de terminalidade, que parece impulsionar o sujeito para novas traduções ou retraduições diante do sofrimento presente ou, até mesmo, de recalcamientos, como vimos tanto em Pedro quanto em José, com o recalcamiento da sexualidade adulta próximo à morte. Pedro buscava a santidade; José, por sua vez, o retorno ao útero materno.

Na análise do caso Pedro, no projeto de morrer, exploramos as possíveis traduções que ele fez após o anúncio da morte próxima, sendo elas: as despedidas, as reconciliações e o perdão. A partir delas, Pedro procurou deixar um legado para a posteridade, tanto na forma de testamento, dividindo seus bens em vida, como na busca de se imortalizar na memória de seus familiares, cultivando uma imagem positiva de si, de um homem bom, uma imagem ligada aos aspectos religiosos de santidade.

Enquanto, no caso José, em que o projeto é o de não existir, bem diferente de Pedro, o diagnóstico de terminalidade está na base de um projeto transferencial de escolher se entregar à morte. Nesse caso, temos, na reedição da SAF, uma situação excessiva que impõe a José a necessidade de propor para si novas traduções daquilo que, na SAF, não pode ser traduzido ou, inclusive, retraduições mais organizadoras. Contudo,

e diante da morte, tal revelação, tal realidade parece que o deixa em situação de imenso desamparo, pois falha o prognóstico que era favorável de remissão, falha o tratamento proposto, falham os médicos, o que, talvez, o levou a permanecer na SAF para morrer. É em tal situação de desamparo que ele se assume como extremamente dependente, e tal dependência da mãe se torna mais forte, à medida que vai se agravando seu caso. Obviamente, porque, à medida que piora, precisa de cuidados, mas também psiquicamente, ao ter o paciente se assumindo como um bebê dependente da mãe. Assim, a tradução de José, de ser novamente um bebê desamparado e dependendo do outro, da mãe, parece-nos única, pois a busca pelo retorno ao ventre da mãe seria um caminho tradutivo, trocando a morte pela entrega à mãe na terra, por isso o retorno ao não ser como um desfecho para o seu projeto.

Ao ter em vista os projetos de Pedro e José, interpela-nos uma questão, a de como saber quais são as últimas vontades do paciente. Percebemos que nem sempre é tão transparente como em Pedro, cujas vontades parecem ser mais claras em relação aos filhos, propriedade rural, ex-esposa e namorada. Por sua vez, em José, essa questão fica mais vaga, já que não sabemos quais eram suas últimas vontades, porém supomos ser voltar ao ventre materno, como apontamos, a de não ser.

Sobre a ressonância do Projeto Transferencial em minha prática enquanto psicóloga hospitalar compreendo que, a partir da constatação de sua existência e de seu desenvolvimento, a minha escuta é que se aprimora. Vejo-me mais atenta à possibilidade de oferecer assistentes de tradução a fim de colaborar para a tradução de aspectos traumáticos evocados pelo adoecimento, tratamento e hospitalização, não apenas a pacientes moribundos, mas a todos aqueles que estão em sofrimento decorrente do adoecimento.

Por fim, entendo que o tema em pauta é muito instigante e seria interessante avançar com mais casos clínicos e não apenas de pacientes em fase final de vida, mas talvez em início de diagnóstico de uma doença grave, pensando em um Projeto Transferencial de adoecimento ou, até mesmo, em casos de pacientes com perspectivas de longa internação, supondo um Projeto Transferencial de hospitalização. Em suma, a temática nos abre várias oportunidades para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ABRALE. *A alegria da remissão de um câncer*. (2018, 17 dezembro). Recuperado de: <https://www.abrale.org.br/revista-online/a-alegria-da-remissao/>
- Américo, A. de F. Q. As últimas quarenta e oito horas de vida. In: Carvalho R. C. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2 ed. Porto Alegre, RS: Sulina.
- Angerami-Camon, V. A., Chiatonne, H. B. de C. & Nicoletti, E. A. (1992) *O doente, a psicologia e o hospital*. São Paulo, SP: Pioneira.
- Angerami-Camon, V. A., Gaspar, K. C. Org. (2013) *Psicologia e câncer*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Ann-Yi, S., Tanco, K. C., Carmack, C. L., Liu, D. D., Bansal, S., Williams, J., . . . Bruera, E. (2019) Introducing psychology services to advanced cancer patients: A randomized double-blind trial. *Psycho-oncology*, 1-9.
- Arantes, A. C. Q. (2016) *A morte é um dia que vale a pena viver*. São Paulo, SP: Sextante.
- Berlofa, E. J. G. (2019) *Nazismo, e o desamparo de um povo*. (2019). Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
- Cancian, N. & Collucci, C. (2018, 25 agosto). Brasil tem aumento em taxa de mortes prematuras por doenças crônicas. *Folha de São Paulo*, São Paulo. Recuperado de: <https://temas.folha.uol.com.br/e-agora-brasil-saude/doencas-cronicas/brasil-tem-aumento-em-taxa-de-mortes-prematuras-por-doencas-cronicas.shtml>
- Cantarelli, A. P. S. (2009). Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. *Revista da SBPH*, 12(2), 137-147. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000200011&lng=pt&tlng=pt
- Caponero, R. & Lage, L. M. (2008). Quimioterapia. In: V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Orgs.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 155-167). São Paulo, SP: Summus.
- Carvalho R. C. T. & Parsons, H. A. (Orgs.). (2012). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2 ed. Porto Alegre, RS: Sulina.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>

Conselho Federal de Psicologia (2009). Resolução nº 01 de 2009 dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviço psicológico
Recuperado de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/04/resolucao2009_01.pdf

Conselho Regional de Psicologia do Paraná (2016). *Caderno de psicologia hospitalar: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão*. B. J. Mäder (Org.). Curitiba, PR: CRP-PR.

Costa, M. A. (2017). *Coisas que vi: bastidores de um consultório oncológico*. Salvador, BA: SANAR.

Couto, W. J., Gross, J. L., Deheinzelin, D. & Younes, R. N. (2006). Tumores de células germinativas primários do mediastino. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(3), 182-186. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000300020>

Ferenczi, S. (1992). Confusão de língua entre os adultos e a criança. (A. Cabral, Trad.). In: S. Ferenczi. *Obras completas - Psicanálise IV* (pp. 97-106). São Paulo, SP: Martins Fontes. (Original publicado em 1933).

Figueiredo, M. G. M. C. A. (2008). Cuidados Paliativos. In: V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Orgs.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 382-387). São Paulo, SP: Summus.

Fongaro, M. L. H. & Sebastiani, R. W. (2003). Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). *E a psicologia entrou no hospital...* (pp. 05-68). São Paulo, SP: Pioneira.

Freud, S. (2006a). Além do Princípio de Prazer. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 2* (pp. 123-198). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).

Freud, S. (2006b). O futuro de uma ilusão. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 21* (pp. 13-71). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1927).

Freud, S. (2006c). O inconsciente. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 14* (pp. 163-222). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

- Freud, S. (2006d). O tema dos três escrínios. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 12* (pp. 311-325). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (2006e). Projeto para uma psicologia científica. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 6* (pp. 335-454). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Freud, S. (2006f). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud - volume 12* (pp. 122-133). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Trabalho original publicado em 1912).
- Freud, S. (2006g). Totem e Tabu. In: J. Strachey (Eds.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud – volume 13* (pp. 11-163). Rio de Janeiro, RJ: Imago (Trabalho original publicado em 1913).
- Hage, A. (2005). Luto e identificação: propósito de a casa de boneca, de Henrik Ibsen. *Psicologia em Estudo*, 10(02), 283-287. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/51413-73722005000200015>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2011). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2019). *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Brasília: INCA. Recuperado de: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Kovács, M J. (2008). Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, 18(41), 457-468. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000300004>
- Kovács, M. J. (2009). Educação para a morte. In: F. S. Santos (Org.). *Cuidados Paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp: 45-57). São Paulo, SP: Atheneu.
- Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista Bioética*, 22(1), 94-104. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011>
- Kubler-Ross, E. (2011) *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1969)

- Lange, E. S. N. (2008). Conversando com Mathilde Neder: retrato vivo e orgulho para a psicologia hospitalar brasileira. In: E. S. Lange (Org.). *Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas* (pp. 19-30). São Paulo, SP: Vetor.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1998). Vocabulário da psicanálise. (P. Tamem, Trad.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (1985). *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Laplanche, J. (1992). *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Laplanche, J. (2003) Três acepções da palavra "inconsciente" no quadro da Teoria da Sedução Generalizada. *Revista de Psicanálise*, 10(3), 403-418.
- Leão, N. (1994). Paciente Terminal e a Equipe Multidisciplinar. In: B. W. Romano (Org.). *A prática da psicologia nos hospitais* (pp. 137-148). São Paulo, SP: Pioneira.
- Lucas, H. M; Rodrigues, M de F.; Dominguez, L.; Lino, J. A. S.; Ramos, S.; Martins, A.P.; Abreu, M. C. de; Tumores de células germinativas primário do mediastino: a propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, V. II (N. 2), 145-151.
Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087321591530831X>
- Martens, F. (2007). Para una validación socio-clínica de la teoría de la seducción generalizada. *Revista Alter*, 3, 1-9.
- Martinez, V. C. V. (2003). *A figura do herói: entre a falta e o excesso. Por uma ruptura de campo em três tempos: a criança e o videogame, o herói mitológico e o homem psicanalítico*. (Tese de Doutorado). Pontífice Universidade Católica, São Paulo, SP.
- Mello Neto, G. A. R. (2012). Psicanálise: a clínica e o projeto transferencial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR 17(3), 499-505.
- Mello Netto, G. A. R. (2016). *Projeto transferencial ainda*. LEPPSIC. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR: No prelo.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2004) *TNM: classificação de tumores malignos*. (A. L. A. Eisenberg, Trad.). 6 ed. Rio de Janeiro, RJ: INCA.
- Miranda, D. (2019, 29 janeiro). Doulas da morte dão apoio emocional no fim da vida, no enterro e também no luto. *Folha de São Paulo*, São Paulo, SP. Recuperado de:
<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2019/01/doulas-da-morte-dao-apoio-emocional-no-fim-da-vida-no-enterro-e-no-luto.shtml>

- Perdicaris, A. A. M. (2008). A cirurgia de câncer e suas fronteiras. In: V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 145-149). São Paulo, SP: Summus.
- Salvajoli, J. V. & Silva, M. L. G. (2008). Radioterapia. In: V. A. Carvalho et al. *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 150-154). São Paulo, SP: Summus.
- Schàvelson, J. (2010). Psicossomática e câncer. In: J. Mello Filho & M. Burd (Orgs.). *Psicossomática Hoje* (pp. 296-309). São Paulo, SP: Artmed.
- Simonetti, A. (2007). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Simonetti, A. (2015). *Psicologia Hospitalar e Psicanálise*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Tardivo, L. C., (2008). O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma: o psicólogo clínico no hospital. In: E. S. Lange (Org.). *Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas* (pp. 31-56). São Paulo, SP: Vetor.
- Veit, M. T. & Carvalho, V. A. (2008). Psico-oncologia: definições e área de atuação. In: V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 15-19). São Paulo, SP: Summus.
- Yamaguchi, N. H. (2008). Imunoterapia e tratamentos biológicos do câncer. In: V. A. Carvalho; M. H. P. Franco, M. J. Kovács, R. C. Macieira, M. T. Veit, M. J. B. Gomes, P. Liberato & L. Holtz (Eds.). *Temas em psico-oncologia* (pp. 168-171). São Paulo, SP: Summus.