

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO/IRATI PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO, PROPESP PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO -
PPGDC

STEPHANIE CRISTIN OTTO

A ESCUTA PSICANALÍTICA COMO UM CUIDADO PALIATIVO

Irati - Paraná

2022

STEPHANIE CRISTIN OTTO

A ESCUTA PSICANALÍTICA COMO UM CUIDADO PALIATIVO

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre no curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, linha de Processos do Desenvolvimento Humano nos Contextos Comunitários da Universidade Estadual do Centro-Oeste.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiana Magni

Irati - Paraná

2022

Catálogo na Publicação
Rede de Bibliotecas da Unicentro

O91e Otto, Stephanie Cristin
A escuta psicanalítica como um cuidado paliativo / Stephanie Cristin Otto.
-- Irati, 2022.
ix, 80 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste,
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de
concentração: Desenvolvimento Comunitário, 2022.

Orientadora: Cristiana Magni
Banca examinadora: Cristiana Magni, Mary Rute Gomes Esperandio,
Kátia Alexsandra dos Santos
Bibliografia

1. Câncer. 2. Cuidados Paliativos. 3. Psicanálise. 4. Psicossomática.
I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

|

CDD 616.08



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

STEPHANIE CRISTIN OTTO

“A ESCUTA PSICANALÍTICA COMO UM CUIDADO PALIATIVO”

Dissertação aprovada em 17 de março de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Dr.^a Cristiana Magni (UNICENTRO) – Orientadora

Dr.^a Katia Aleksandra dos Santos (UNICENTRO) – Examinadora Interna

Dr.^a Mary Rute Gomes Esperandio (PUC-PR) – Examinadora Externa

Irati, 31 de maio de 2022

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

Aos pacientes que comigo compartilharam o seu mais precioso tempo, em seus últimos dias ou horas de vida. E que, ao me permitirem escutá-los, me fizeram compreender que cada dia é um verdadeiro presente.

SUMÁRIO

1. BREVE OLHAR DA CIÊNCIA SOBRE O CÂNCER.....	11
2. CUIDAR PARA ALIVIAR: O NASCIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
2.1 A MORTE.....	21
3. O CORPO QUE ADOECE.....	23
4. UMA METODOLOGIA QUE PERMITA COMPREENDER E ACOLHER.....	28
5. RESULTADOS.....	32
5.1 MARGARIDA.....	32
5.2 ROSA.....	43
6. DISCUSSÃO.....	49
6.1 ROSA E SEUS ESPINHOS.....	52
6.2 MARGARIDA: UM IRMÃO, UMA IRMÃ, UM IRMÃO, UMA IRMÃ.....	58
7. QUEM CUIDA DAS FLORES.....	66
8. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.....	68
9. REFERÊNCIAS.....	71

RESUMO: A morte é um imperativo para todo ser humano, mas a forma como os sujeitos vivenciam o adoecimento e a morte vai além da experiência individual da finitude. Morrer com conforto e dignidade, ainda que com uma doença incurável, como o câncer, faz parte do propósito dos cuidados paliativos. Cuidado este, que busca aliviar o sofrimento e dar apoio à pessoa adoecida e a sua família, considerando sua subjetividade, sua história, espiritualidade, família e laços sociais. Esta pesquisa qualitativa buscou compreender como sujeitos adoecidos com câncer grave, sem possibilidades curativas, vivenciam o seu adoecimento e quais as suas necessidades, no âmbito dos cuidados paliativos. Foram entrevistadas duas mulheres com câncer metastático, fora de possibilidades curativas, mas em condições clínica, emocional e cognitiva satisfatórias, escolhidas por conveniência para esta pesquisa. Margarida foi ouvida durante cinco encontros em sua casa e Rosa apenas uma vez, no hospital. A psicanálise permeou todo o processo de escuta e por tratar-se de um *setting* produzido, pretendeu mostrar a verdade contextual dos sujeitos, perpassados pelo inconsciente e produzido pelo pesquisador a partir daquilo que escuta. A análise das entrevistas se deu a partir das contribuições de Freud (1885-1938) e Lacan (1901-1981), os quais inauguram um saber sobre as determinações do adoecimento somático na vida psíquica e frente à possibilidade de adoecer por de conflitos internos. A partir dos fragmentos das entrevistas, as falas foram articuladas à teoria psicanalítica, a partir do conceito de Real de Lacan e do fenômeno psicossomático. Na discussão foi realizada a reflexão do lugar do câncer na vida das mulheres entrevistadas e suas dificuldades em elaborar sobre o próprio sofrimento. Não foram encontrados índices de que os cuidados paliativos tenham sido realizados nos moldes da teoria e da especialidade, de maneira que o conforto e cuidado foi propiciado apenas pelos familiares, e não pelas equipes de saúde. Conclui-se que a escuta psicanalítica se constitui como uma forma de cuidado paliativo importante, uma vez as entrevistas realizadas demonstraram a importância de as participantes falarem sobre suas questões subjetivas na relação com o próprio adoecer. Consideramos que um trabalho de escuta qualificada seria de suma relevância nos serviços de saúde que realizam os cuidados de pessoas gravemente adoecidas e em cuidados paliativos, possibilitando a elaboração psíquica e o alívio do sofrimento, além da possibilidade de atendimento familiar e de realizar o trabalho em equipe multiprofissional.

Palavras-Chave: Câncer; Cuidados Paliativos; Psicanálise; Psicossomática;

ABSTRACT: Death is an imperative for every human being, but the way subjects experience illness and death goes beyond the individual experience of finitude. Dying with comfort and

dignity, even with an incurable disease such as cancer, is part of the purpose of palliative care. Palliative care seeks to alleviate suffering and support the person and their family, considering their subjectivity, history, spirituality, family and social ties. This qualitative research sought to understand how subjects with severe cancer, without curative possibilities, experience their illness and what their needs are, within the scope of palliative care. Two women with metastatic cancer were interviewed. Participants were chosen for convenience. Margarida was heard during five meetings at her home and Rosa, only once, in the hospital. Psychoanalysis permeated the entire listening process. The analysis of the interviews was based on the contributions of Freud (1859-1939) and Lacan (1901-1981), which inaugurate knowledge about the determinations of somatic illness in psychic life and in the face of the possibility of getting sick from internal conflicts. The interviews were linked to psychoanalytic theory, based on Lacan's concept of Real, and the psychosomatic phenomenon. As a result, we discussed the illness in the lives of the interviewees, as well as their difficulty in giving meaning to their own suffering. No indexes were found that Palliative Care was performed with them, in the molds of theory and specialty. The comfort and care of the interviewees was provided only by the family members, and not by the health teams. It is concluded that psychoanalytic listening constitutes an important form of palliative care, since the results of the interviews demonstrated the importance of the participants talking about their subjective issues and about their life history in relation to their own illness. We consider that a qualified listening work is essential in health services that provide care to seriously ill people, since it opens space for psychic elaboration and suffering relief and the possibility of family care and of composing a multidisciplinary team.

Key-words: Cancer; Palliative care; Psychoanalysis; Psychosomatics;

IMPLICAÇÃO NA PESQUISA

Início este trabalho com uma implicação. Todo dito se justifica de alguma forma, as palavras são escolhidas por uma razão, a entonação e o timbre da voz têm uma finalidade, assim como o que escapa, o que se perde e o que não se diz. Dizer da morte também.

O pontapé para pesquisar a terminalidade se deu nas 60 horas semanais que vivenciei durante minha residência na Unidade de Terapia Intensiva de um grande hospital do Paraná durante dois anos. Naquele cenário escutei adultos e idosos, e me deparei diversas vezes com a morte. Presenciei pessoas morrendo de diversas formas, algumas se despediram da vida de forma muito bonita e cheia de afeto, outras, de forma apenas dolorosa. Depois de alguns meses “vivendo” intensamente a realidade da morte em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e compartilhando conhecimentos com diversos profissionais, aprendi rapidamente o que é obstinação terapêutica. Demorei um pouco mais para aprender sobre os cuidados paliativos, pois nem sempre eles tinham lugar na UTI.

Meu vislumbre do que eram os cuidados paliativos ocorreu quando uma médica sugeriu, na reunião diária da manhã, liberação de *Coca-Cola* a uma paciente com alto risco de broncoaspiração, termo que significa que tudo que fosse engolido por ela, certamente iria para o pulmão e causaria sérios danos. Acontece que ela também liberou sorvete, e permitiu que a família ficasse com a paciente o tempo todo. Esta jovem tinha uma doença rara, para a qual já havia perdido as duas pernas e perderia também os braços para a necrose. Certamente ela morreria em poucos dias, não importava quantos pedaços os médicos cortassem. A liberação de uma simples *Coca-Cola* expandiu um universo dentro do meu olhar para o cuidado daqueles em fim de vida: se iriam morrer, porque não com sua família, tomando a bebida que gostam, sentindo felicidade e amor?

Certa vez, me chamaram para “fazer alguma coisa” pois outra paciente estava falecendo justamente no horário de visitas, momento em que sua família chegou à unidade. Tomei a iniciativa de perguntar se gostariam de permanecer junto dela e, surpreendentemente, sua família decidiu que sim. A família de Terezinha chorava, olhava no monitor que marcava uma frequência cardíaca de 30 bpm e olhava para mim. A filha me perguntou se a mãe estava indo, e eu acenei que sim. Me perguntei se fiz a coisa certa. Então, quebrando o silêncio, sua filha começou a falar sobre a mãe, sobre sua história de vida e tudo que realizou. Naquele momento, estávamos falando de Terezinha, mãe, avó, chefe da família, honrando sua história enquanto ela podia ouvir.

Ao final da minha jornada como residente, Ana, uma mulher jovem descobriu que tinha uma doença grave, crônica e incapacitante, chamada de SARA: síndrome da angústia respiratória aguda. Um médico chefe lhe disse que, se continuasse piorando, e estava, iria realizar uma intubação da qual ela não sairia, e iria morrer. Ana, que tinha uma filha adolescente, chorou por horas. Seu atendimento foi pedido pelo médico que lhe deu a notícia desta forma e foi um dos mais difíceis que já realizei.

A partir deste dia se tornou ainda mais evidente, para mim, a importância das palavras, das formas de dizer, do silenciar e mais do que isso, da escuta – que revela e ajuda a delinear a melhor estratégia junto de sua família. Esse momento também propiciou outra transformação em mim, que decidi pesquisar sobre cuidados paliativos, tendo sido acolhida em 2019 no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário da Unicentro. O que eu não imaginava é que teria de pesquisar durante o período em que o mundo lidava com outra doença com nome abreviado, a SARS-CoV-2, síndrome respiratória aguda grave, conhecida como COVID-19.

Em 2020, tudo mudou para o mundo. O abalo inicial do coronavírus chegou trazendo múltiplas perdas e medos: medo de perder os amores, medo de perder o emprego, perda de conexões sociais e físicas, perda de autonomia. Tivemos de aprender a dançar com solidão, resistir à saudade dos familiares, aprender a trabalhar utilizando máscara e a manter a distância das pessoas.

O medo de morrer sozinho, ou perder alguém, tornou-se uma realidade cotidiana. Se a ciência havia nos dado uma falsa segurança sobre a morte, essa outra “SARA” viral removeu o véu de uma época falaciosamente segura. O imenso número de casos, maior que a capacidade de atendimento pelo sistema de saúde, causou um número muito grande de contaminações e inimaginável de mortes. No Brasil, questões políticas foram maiores que as estratégias para conter o vírus e, no aniversário da pandemia, em março de 2021, as coisas pioraram, pois passamos a bater “recordes” catastróficos de mortes diárias pelo coronavírus. Muito mais que números, foram milhares de vidas, para as quais não houve tempo de elaboração, palição e despedida.

Escrever uma dissertação sobre cuidados paliativos em cenário de calamidade pública e de mortes diárias foi uma tarefa árdua, e, em diversos momentos, me perguntei as razões de continuar realizando a pesquisa. O vírus que surgiu lá do outro lado do mundo passou a assolar também minha cidade e, enquanto psicóloga hospitalar, por muitas vezes compartilhei com ele o ambiente, pois os pacientes precisavam desesperadamente que alguém lhes escutasse. Assim como outras pessoas, em diversos países do mundo, tive o rosto coberto por máscaras, óculos

e *Face-Shields*¹, e junto de pessoas queridas, segui um único objetivo: sobreviver à pandemia e proteger meus entes queridos. Ao escrever sobre a guerra, Freud revela a dificuldade de apreender e elaborar sobre o momento em que se encontrava, visto que ainda o estava vivenciando, de maneira que se sentia como perdido frente aos impactantes acontecimentos. Assim também foi a pandemia, para quem estava vivenciando o momento.

Apanhados no torvelinho desse tempo de guerra, informados de maneira unilateral, sem distanciamento das grandes mudanças que já ocorreram ou estão para ocorrer e sem noção do futuro que se configura, ficamos nós mesmos perdidos quanto ao significado das impressões que se abalam sobre nós e quanto ao valor dos julgamentos que formamos [...]. Até mesmo a ciência perdeu sua desapaixonada imparcialidade; profundamente exasperados, seus servidores buscam extrair-lhe armas, para dar contribuição à luta contra os inimigos (FREUD, 1915, 2010, p. 210).

Ser “linha de frente” quase tirou-me a poesia e a coragem de falar sobre cuidados paliativos. Poesia porque a boa morte está ligada à dignidade do fim, e à coragem, pois não se sai ileso ao falar dela. Eis que foi a ciência, a cultura e a arte que me sustentaram enquanto sujeito, lembrando-me da vida para além da COVID. Como coloca Belchior em 1976, foi hora de parar de morrer, e tempo começar a elaborar.

Porque apesar de muito moço me sinto são e salvo e forte
E tenho comigo pensado, Deus é brasileiro e anda do meu lado
E assim já não posso sofrer no ano passado
Tenho sangrado demais, tenho chorado pra cachorro
Ano passado eu morri mas esse ano eu não morro
Belchior, 1976

A pandemia escancarou a morte de maneira coletiva, colocando-se para todas e todos. As unidades de terapia intensiva se multiplicaram e internações hospitalares se tornaram comuns neste período. Não apenas os pacientes com câncer ou com adoecimentos graves encararam a morte de frente: a ameaça do vírus se colocou para a humanidade, e a finitude tornou-se palco das mídias. Fosse por COVID, ou por outras causas, vivenciar as despedidas se complicou devido as dificuldades encontradas no atendimento, na impossibilidade de permanecer como acompanhante em hospitais e de compartilhar momentos de adeus (SUN; BAO; LU, 2020). De modo que foi a importância de seguir falando sobre partidas com dignidade, é que permitiu a continuidade da escrita deste trabalho.

¹ Máscara de plástico presa no topo da cabeça, utilizada como um recurso de proteção acima da máscara de proteção, com objetivo de proteger contra respingos de tosse e espirros na direção do rosto.

1. BREVE OLHAR DA CIÊNCIA SOBRE O CÂNCER

O que compõe um ser humano? Sangue, ossos, células, músculos, terminações nervosas, órgãos, mas também, a incrível capacidade de pensar, falar, sentir, raciocinar, organizar-se socialmente e afetivamente e, com isso, de construir grandes coisas. Ainda assim, mesmo com a evolução científica e histórica da humanidade, temos grande dificuldade de lidar com as vulnerabilidades humanas, como a possibilidade de adoecer, envelhecer e morrer. Entre as tantas formas de adoecer, um fenômeno em particular, quando células começam a crescer e se multiplicar de forma anormal invadindo órgãos e tecidos, segue sendo uma das doenças que mais geram sofrimento humano.

O câncer é um problema de saúde pública no Brasil, acometendo 600 mil brasileiros por ano (INCA, 2019). O adoecimento por câncer é a terceira causa de morte entre homens e a segunda causa em mulheres e homens com mais de 40 anos (MARUYAMA, 2006, p. 172). Esses números representam a transição demográfica que ocorre no país: vive-se muito mais, até a estimada terceira idade e, com isso, aumentam as doenças oncológicas. Dizem também da industrialização da vida, dos padrões adotados em relação ao trabalho e ao consumo, que expõem a população constantemente a agentes e a comportamentos cancerígenos, fortemente relacionados ao estilo de vida, ao modelo econômico, às desigualdades sociais e às formas de produção da sociedade.

Os tipos mais comuns de acometimento por câncer, no Paraná, para os homens, são próstata, traqueia, brônquio e pulmão, cólon e reto, enquanto, para as mulheres, são mama, cólon e reto, e colo do útero (INCA, 2019). A forma como as doenças oncológicas acometem o corpo são plurais: sarcomas, carcinomas, melanomas e linfomas, os quais têm suas causas divididas pela medicina entre externas e internas. As causas chamadas externas dizem da maneira como se vive e se age no mundo. Segundo o ABC do Câncer (2019), estão entre elas a má alimentação, a inatividade física, a exposição ao sol e à radiação, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, o comportamento sexual sem proteção, assim como, a exposição à poluição ambiental e a agentes cancerígenos em atividades de trabalho. As causas consideradas internas se relacionam com a história genética, seus hormônios e condições imunológicas. Porém, ainda que possuam importante fator na formação de doenças oncológicas, o Instituto Nacional do Câncer frisa que “são raros os casos de câncer que se devem exclusivamente a fatores hereditários, familiares e étnicos” (INCA, 2019, p. 44), tendo, portanto, uma relação com a vida, e com os modos de viver, do sujeito que adoece.

Não se pode falar em escolhas humanas levianamente, pois a falta de acesso a alimentos saudáveis, ausência de tempo para realizar atividades físicas, assim como viver em condição

estressante e violenta, compõem fatores de risco para o câncer. Soma-se a isso, viver em ambientes que incentivam comportamentos autodestrutivos, como o uso de tabaco e álcool, situações estas relacionadas às desigualdades sociais e à ausência de políticas públicas. Já a falta de informação somada à ausência de acesso a bens e serviços geram comportamentos de risco, como atividade sexual sem proteção ou exposição a agentes cancerígenos no trabalho. De maneira que, ao falarmos em risco de câncer para uma pessoa, temos sempre de levar em conta as condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que fazem parte de sua vida.

Para além do fator físico do adoecimento, também há de se considerar a dimensão psíquica do diagnóstico de câncer e do convívio com a doença, processo que pode desencadear ansiedade, depressão, revolta e medo. O diagnóstico “câncer” carrega estigmas e preconceitos, de modo que adoecer por câncer causa uma ruptura imaginária de um corpo previamente conhecido, irrompendo a vida de uma forma avassaladora.

Ao longo da história, o câncer foi associado a diversas metáforas. Em grande parte das vezes, carregado de carga moral, associando o doente a alguém que estava sendo punido e castigado. Os estigmas em torno do câncer dificultaram, e ainda dificultam, viver a enfermidade (MARUYAMA, 2006, p. 174), causando a perda de papéis e autonomia. Além de que, adoecer e ver adoecido o seu familiar pode gerar intensa angústia, sofrimento e ansiedade (VENÂNCIO, 2004, p. 56).

Após a descoberta da doença oncológica, três possibilidades médicas são oferecidas ao sujeito: a almejada cura, o prolongamento da vida e a melhora da qualidade de vida (INCA, 2019). Entre as formas de cura e tratamento médicos estão a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia. A quimioterapia, enquanto forma de tratamento, utiliza fortes medicamentos, administrados em intervalos de acordo com o plano terapêutico proposto para cada pessoa. Estes medicamentos se misturam com o sangue, destruindo as células doentes que formam o tumor, impedindo que elas se espalhem pelo corpo (INCA, 2018). Já a radioterapia é um método de tratamento local, constituindo-se numa modalidade terapêutica que utiliza as radiações ionizantes no combate a neoplasias, com o objetivo de atingir células malignas, impedindo a sua multiplicação por mitose e ou determinando a morte celular (SAWADA, DIAS, ZAGO, 2005, p. 324). A radioterapia pode ser usada com objetivo curativo ou como um cuidado paliativo, buscando o conforto do paciente, enquanto a cirurgia busca retirar tumores e partes acometidas pelo câncer com procedimento invasivo, realizado em ambulatório ou centro cirúrgico. Para a medicina, o corpo adoecido com câncer torna-se objeto de intervenção e opera a partir do dualismo cartesiano, “em uma divisão entre psique e soma, cabendo, por

exemplo, ao cirurgião se ater ao orgânico e descartar qualquer olhar sobre a subjetividade” (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014, p. 38).

A autora americana Susan Sontag (1984) demonstra como se deu a construção discursiva em torno do tratamento do câncer, que se aproxima da linguagem militar. A batalha pela destruição das células invasoras se justifica em um corpo que está com suas defesas prejudicadas e, portanto, requer um tratamento radical. Esta visão do corpo atacado e da máxima de que "o tratamento é pior do que a doença" (SONTAG, 1984) acaba por justificar a exposição do sujeito a tratamentos invasivos, muitas vezes, sem consonância com sua situação clínica. Essa invasão do corpo, pelo câncer, e muitas vezes pelo tratamento, produz marcas psíquicas, que podem devastar o corpo, de formas irreversíveis. A oferta de tratamento com vistas a confortar e promover qualidade de vida, sem objetivos curativos, ainda é uma forma de cuidado pouco aceita, envolvendo muitos preconceitos sobre sua prática, uma vez que, historicamente, se construiu a visão de que o tratamento para doença oncológica é uma luta: “A luta contra o câncer”.

Ademais, são inúmeras as pessoas que convivem com doenças oncológicas sem possibilidade de tratamento curativo, para as quais a assistência médica inadequada, com métodos invasivos “que atacam” geram apenas mais sofrimento e dor (MATSUMOTO, 2012). Para pessoas com um câncer avançado e incurável, o tratamento primordial é a qualidade de vida, um cuidado que vise à melhora da condição de existência, devendo-se considerar se determinados procedimentos trarão alívio e tempo de qualidade ou apenas maior sofrimento. Esta clareza e discernimento para trilhar o foco de tratamento precisa vir da equipe médica que acompanha a pessoa doente. Caso contrário, a busca desenfreada de vencer uma guerra com um corpo sem soldados, pode trazer um resultado catastrófico e mutilador na vida do paciente e de sua família.

Conforme Mehta e Chan (2008), a dor é uma realidade quase inevitável para as pessoas que morrem de câncer, de modo que a dor oncológica em fim de vida precisa deixar de ser negligenciada e se transformar em uma prioridade em saúde. A dor tem sido a queixa mais comum para pessoas em finitude e para suas famílias. Estima-se que até 25 milhões de pessoas em todo mundo morrem de dor por ano (FOLEY, 1987), o que demonstra o quanto a dor pode ser negligenciada. Para pessoas com câncer e em fim de vida deve-se pensar primordialmente no alívio da dor, no convívio familiar e no conforto, forma de cuidar que vem sendo reconhecida mundialmente, como o modelo ouro, para que nós, humanos, possamos nos despedir da vida com dignidade.

O término das possibilidades curativas para uma doença oncológica não determina que se esgotaram as possibilidades de trabalho e cuidado da pessoa adoecida. Uma doença oncológica grave, ao ser diagnosticada, pode ter em seu plano de tratamento os cuidados paliativos, ainda que esta pessoa não esteja em situação de terminalidade. A resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018, que dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS), preconiza que o tratamento ativo e os cuidados paliativos não se excluem, fazendo parte de um *continuum* da jornada do paciente, “devendo ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com o tratamento modificador da doença”. Ainda assim, os cuidados paliativos nem sempre são apresentados como estratégia de cuidado.

Tendo em vista essa contextualização acerca do tema, o objetivo desta dissertação foi a de compreender a vivência de pacientes com câncer sem possibilidades curativas, e de seus familiares, buscando vislumbrar como experienciam este momento de suas vidas, e o que consideram importante em termos de cuidado para si e para seu familiar. Também buscou-se compreender se os cuidados paliativos são mencionados ou colocados enquanto estratégia de cuidado. A psicanálise propiciou o esteio necessário para a escuta, análise e discussão dos relatos.

Na sequência a este breve apanhado acerca do olhar da ciência sobre o câncer, será tecida uma conceituação dos cuidados paliativos e de sua consolidação, para, então, surgir o esboço, através da psicanálise, sobre a compreensão da morte, da constituição do sujeito na relação com o corpo e frente ao seu adoecimento. Para tal, nos utilizamos de Freud e Lacan, e demais autores da psicanálise. A partir desta conceituação, será disposta a metodologia da pesquisa, as entrevistas e a sua discussão.

2. CUIDAR PARA ALIVIAR: O NASCIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

“Coloquemos vida em seus dias, não só dias em suas vidas”

Hospice de Nairobi, 1988

A morte é um imperativo, todos iremos, em algum momento, morrer. Mas a forma como iremos partir, como vamos vivenciar os nossos últimos meses e dias, se sentiremos dor, desconforto, desespero, vai além da experiência individual da finitude.

Conforme Menezes (2008, p. 7), morrer não é apenas biológico, sendo, sobretudo, uma construção social, uma vez que os ideais e rituais em torno do fim de vida integram todo o processo de socialização, presente em todos os grupos sociais, em diversos contextos

históricos, com suas práticas e representações. Vivemos em uma sociedade que, na atualidade, “sustenta uma posição impossível de performance da felicidade, da beleza e da perfeição” (CAMPOS, 2013, p. 21). E isso quer dizer que não há lugar para a falta, para o adoecimento, e para a morte.

Os cuidados paliativos têm suas raízes fundidas ao movimento *hospice* moderno. *Hospice* é um termo originalmente escolhido para designar um local voltado ao cuidado de pessoas que possuíam pouco tempo de vida, construído especialmente para recebê-las, para que pudessem morrer com maior conforto (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p.166). Conforme apinhado histórico realizado por Floriani e Schramm (2010, p. 166), o “*Our Lady’s Hospice for the Dying*” em 1879 foi o primeiro *hospice* britânico a utilizar a denominação. Logo após, outras instituições similares surgiram na Grã-Bretanha, como o *St. Columba’s Hospital* em 1889, o *Free Home for the Dying* em 1891, *St. Luke’s House* em 1893 e o *St. Joseph’s Hospice for the Dying* em 1905. Nestas instituições o cuidado era voltado ao atendimento de pessoas de classes menos favorecidas, que estavam em fim de vida, com atividades voluntárias de atuação filantrópica cristã, exercidas por irmãs de caridade. Esses *hospices* enfrentavam preconceitos por serem locais para pessoas que estavam morrendo, além de enfrentarem grandes restrições financeiras e de recursos humanos, sendo mantidos a partir da determinação de quem lá trabalhava:

Em síntese, acolhiam – dentro de um espírito cristão – pessoas marginalizadas e pobres, gravemente adoecidas, que morreriam em breve, vítimas de suas doenças, e que eram recusadas pelos hospitais da época, em fase de franca expansão e legitimação social, com a incorporação progressiva do método científico em suas práticas. [...] Com isto, os hospitais gerais puderam concentrar seus esforços para a legitimação social como centros de cura (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 169).

Esta citação conduz à constatação de que os primeiros *hospices* britânicos buscavam garantir, com muita dificuldade e falta de recursos, a assistência à pessoa pobre que estava morrendo, frente à falta de cuidados médicos, vagas hospitalares e cuidados de enfermagem para essa população. Estes locais fomentaram um movimento, que veio a se chamar de *movimento hospice*. Este movimento tem como grande marco o *St. Christopher Hospice*, fundado por Cicely Saunders em 1967, em sua busca de um local que oferecesse cuidados impecáveis de saúde a pacientes com doenças graves e ameaçadoras da vida. Cicely Saunders foi enfermeira, assistente social e, depois, médica, interessada particularmente na forma como as pessoas vivenciavam seus últimos momentos de vida, uma vez que percebia que muitas partidas eram repletas de sofrimento, e foi a primeira médica moderna a dedicar sua carreira a pessoas em fim de vida.

Cicely ingressou nos cuidados de enfermagem em 1940 e seguiu como enfermeira durante a Segunda Guerra Mundial. Este trabalho cessou em 1944, quando teve que deixar a enfermagem devido um problema grave nas costas que a impedia de seguir trabalhando nesta profissão. Desta forma, retornou à universidade, tirou o diploma de assistente social em Oxford e retomou o trabalho em hospitais. Em 1947, passou a realizar o cuidado de pacientes que estavam morrendo, longe de suas casas e famílias, cuidado que lhe permitiu conhecer David Tasma, paciente sobrevivente de um campo de concentração nazista, o Gueto de Varsóvia (SAUNDERS, 1993; SAUNDERS; CLARK, 2006; FLORIANI; SCHRAMM, 2010).

Conforme David Clark (2006), David Tasma foi importantíssimo na história de Cicely, pois nas conversas com este paciente, é que surgiu a ideia de criar um local adequado de cuidado para pessoas que estivessem em fim de vida. Quando faleceu, em 1948, Tasma deixou a Cicely uma quantia importante de dinheiro e a mensagem: "deixe-me ser uma janela em sua casa". A partir do desejo de demarcar uma diferença neste cenário e de estudar sobre pacientes que estavam morrendo e sofrendo de câncer, Cicely estudou medicina, com objetivo de atuar ativamente no alívio do sofrimento em fim de vida, tornando-se médica em 1952, aos 38 anos (SAUNDERS; CLARK, 2006). Toda a trajetória de Cicely foi marcada pelo cuidado de pessoas em fim de vida o que a permitiu formular o conceito de dor total, compreendendo que a dor física possui componentes psicológicos, sociais, emocionais e espirituais (SAUNDERS, 1993).

No *St. Christopher's*, Cicely pode cuidar de seus pacientes, aliviar a sua dor e dar-lhes dignidade em fim de vida, além de aprofundar sua pesquisa clínica e ensino, encorajando outras pessoas a se engajarem no que veio a se chamar cuidados paliativos. As atividades desenvolvidas acolhiam a todos, independente de origens ou crenças, “como polo formador e disseminador de um modo adequado de cuidar de pacientes no fim da vida – o jeito *hospice* de cuidar, o modo *hospice* de morrer” (FLORIANI; SCHRAMM, 2010, p. 172).

Em 1970 surgem diversos movimentos pelos direitos dos enfermos, a partir das críticas aos excessos do poder médico e da instituição médica, e da assistência que medicava em demasia o final de vida dos pacientes (MENEZES, 2008). Também na década de 1970, o movimento *hospice* foi trazido para as Américas através de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra que teve contato com os trabalhos de Cicely (GOMES; OTHERO, 2016).

Na mesma década foi fundado o primeiro *hospice* nos Estados Unidos, em Bradford, Connecticut, assim como Canadá e Europa. Em meados dos anos 80, juntaram-se ao movimento, países como Itália, Espanha, Alemanha, Bélgica, Holanda, França e Polônia, alcançando a América Latina em 1990, com Argentina, Colômbia, Brasil e Chile (DEL RÍO; PALMA, 2007). O trabalho iniciado por Cicely gerou grupos de consultoria, centros referência,

atendimento domiciliar e programas de pesquisa e ensino em cuidados paliativos (DEL RÍO; PALMA, 2007).

Além de Cicely Saunders, Elisabeth Kübler-Ross foi igualmente importante na fundamentação dos cuidados paliativos, tendo dedicado sua vida a realizar o trabalho de escutar os doentes em fim de vida e ajudá-los no momento de suas partidas. Elisabeth nasceu na Suíça, nascida em 8 de julho de 1926, filha trigêmea de um casal suíço. Em seu livro: “*Roda da Vida*” publicado em 1988, relata que seu esforço para ser reconhecida em sua individualidade a fez percorrer um caminho único para tornar-se médica. Um desses caminhos foi ter trabalhado como voluntária pelo Serviço Voluntário Internacional para a Paz (IVSP) em territórios assolados pela segunda guerra mundial, tarefa que quase lhe tirou a vida.

Seu olhar e cuidado para aqueles gravemente feridos e que estavam morrendo, independentemente de suas origens, idade e classe social (fervilhava o preconceito frente às nações e às doenças chamadas “venéreas”), tornou sua história singular e demarcou seu futuro enquanto profissional capaz de escutar a morte (KUBLER-ROSS, 1998). Em 1965, Elisabeth e Cicely Saunders tiveram seu primeiro encontro, viabilizado por Colin Murray Parkes, referência no trabalho com enlutados, em abril de 1966, na Universidade de Yale (ERKBRASIL, 2021).

Em “Sobre a Morte e o Morrer” (1969), Kübler-Ross escreve sobre os estágios vivenciados pelas pessoas que se deparam com o fim de vida, a partir do diagnóstico de uma doença incurável. Sua obra rompeu muitos paradigmas das formas de encarar o adoecimento, tornando a terminalidade um campo de estudo, delineando práticas de cuidado e melhores formas de tratamento. Para ela, o primeiro estágio ao saber que se está morrendo, é a Negação e o Isolamento: “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” (KUBLER-ROSS, 1969/2007, p.52). O segundo estágio, a Raiva, é uma fase que vem acrescida da pergunta: “Por que eu?” (Ibidem, p.63), marcado por um sujeito bravo com seu destino, que recrimina seu adoecimento atormentando as pessoas ao seu redor, compartilhando, através da raiva e mágoa, os seus sentimentos em relação ao seu destino.

O terceiro estágio, a Barganha, abarca os pedidos a Deus e a barganha de mais tempo de vida, em troca de mudanças na personalidade ou ações concretas, fase que desemboca na Depressão, quarto estágio. O quarto estágio ocorre quando o paciente não pode mais negar sua doença, sendo forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização, quando começa a apresentar novos sintomas e torna-se mais debilitado, já não há mais lugar para alheamento e estoicismo, de modo que a revolta e raiva cedem para a perda (KUBLER-ROSS, 1969/2007).

Um paciente que tiver tido o 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 a 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 tranquila expectativa. [...] Não se confunda aceitação com um estágio de felicidade. É quase uma fuga de sentimentos. É como se a dor tivesse esvanecido, a luta tivesse cessado e fosse chegado o momento do “repouso derradeiro antes da longa viagem”, no dizer de um paciente (KUBLER-ROSS, 1969/2007, p.88).

As fases colocadas pela autora ocorrem de forma e ordem diferente para cada sujeito, sendo uma exemplificação do que a mesma encontrou por muitos anos na escuta e cuidado dos pacientes em fim de vida, chamados, na época, de terminais. Kübler-Ross (1969/2007) cita ainda o sentimento de esperança, vivenciado por praticamente todos os pacientes, sendo este sentimento uma potência para o bem-estar do paciente, ainda que não o salve. Esperança de ir para casa, esperança de ter dias melhores, esperança de comer, de poder conversar, de compartilhar seus sentimentos.

Trabalhos significativos e sensíveis como o de Elisabeth Kübler-Ross ajudaram a difundir o cuidado com pacientes sem possibilidades curativas, dando cientificidade e importância aos cuidados em fim de vida. Com advento dos anos oitenta, a causa paliativista de expandiu em diversos países e emergiu no Brasil, por iniciativa dos profissionais do Instituto Nacional do Câncer, na cidade do Rio de Janeiro, que foi fundado em 1998, sendo o primeiro serviço público construído e dedicado para pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas de cura (MENEZES, 2008, p. 88).

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde formou um grupo de trabalho para definir políticas de cuidado tipo *hospice* para pacientes com câncer (MATSUMOTO, 2012). Com isso, o termo “*Palliative Care*”², já utilizado no Canadá, passou a ser adotado no mundo todo para denominar esta forma de cuidar. Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu pela primeira vez, em 90 países e em 15 idiomas, os conceitos dos cuidados paliativos, reconhecendo-os e recomendando-os (GOMES; OTHERO, 2016, p.157), com atuação inicial para os pacientes com câncer.

Em 2002, o escopo de cuidado foi ampliado para doenças como a Síndrome da Imunodeficiência Humana, doenças degenerativas, cardíacas, neurológicas e renais e, em 2004, a OMS publicou *The solid facts – Palliative Care*, colocando os cuidados paliativos como parte da assistência integral ao paciente.

² Termo que busca elencar todos as formas de atenção e cuidado contemplados nos Cuidados Paliativos.

A definição de cuidados paliativos variou com a passagem dos anos, tendo sido aprimoradas as suas técnicas. Porém, seu princípio e filosofia mantiveram-se intactos. Em definição da Organização Mundial da Saúde, cuidados paliativos se referem a um modelo de cuidado que melhora a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias que enfrentam doenças ameaçadoras, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais (WHO, 2002). Os principais norteadores da assistência em cuidados paliativos foram elencados por Gomes e Othero (2019, p. 159): prevenção e controle de sintomas; intervenção psicossocial e espiritual; paciente e família como unidade de cuidados; autonomia e independência, comunicação e trabalho em equipe multiprofissional.

Cuidados paliativos *nada mais são*, então, que uma forma de cuidar, aliviando o sofrimento e dando apoio incondicional (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 1) a pacientes fora de possibilidades curativas. Frisar o “nada mais é”, demarca que os cuidados paliativos são aqueles que buscam retomar o que se perdeu na medicina moderna. Afinal, esse corpo é um sujeito com um nome, com um lugar no mundo e com uma história. Possui uma família e faz parte de uma comunidade e isso não pode ser desconsiderado. Este tipo de cuidado independe da faixa etária, sendo uma proposta universal, oferecida tanto ao paciente doente quanto à sua família.

Ao contrário da conotação popular de seu nome, é um cuidado ativo e não significa a ausência de procedimentos médicos, tanto que, podem ser indicadas algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico para o alcance do controle de sintomas e alívio da dor, respeitando os limites e opiniões do paciente (LIMA; NASCIMENTO, 2017, p. 4).

Os cuidados paliativos nasceram fora das universidades, enquanto movimento médico-social, não alinhado à medicina acadêmica. O movimento reprovou o cuidado em saúde centrado apenas na doença, no diagnóstico e na falta de interesse na pessoa em sofrimento. Como é possível imaginar, foram necessários muitos anos, prática e história para que os cuidados paliativos fossem aceitos pelos centros acadêmicos mundiais.

Tornando-se uma especialidade, os cuidados paliativos se apresentam com uma postura crítica ao modelo tecnológico do processo de morrer, considerando a totalidade bio-psico-social-espiritual da pessoa adoecida. Bayés (2000) em "*Psicología del sufrimiento y de la muerte*", refere que os objetivos da medicina do século XXI são, também, os de permitir que as pessoas enfermas morram em paz e tenham o seu sofrimento paliado, o que demanda à medicina, auxiliar o doente a morrer da melhor forma possível.

Cada país vem construindo e estruturando sua forma de realizar os cuidados paliativos. Na França, país com expressiva penetração de saberes psicanalíticos, as equipes paliativas incentivam o doente a efetuar um relato autobiográfico. A busca de produção de sentidos para o adoecimento, e a resolução de questões afetivas e emocionais consistem em metas relevantes para o “morrer bem” neste país. Já nos Estados Unidos, existe uma valorização da singularidade e da individualidade (VELHO, 2003), país no qual a manutenção da identidade pessoal é crucial, inclusive ao se tratar da recusa de medicamentos para controle da dor, pela alteração da consciência.

No ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde publicou junto da *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* o *Atlas Global de Cuidados Paliativos no Fim de Vida*, no qual os países são classificados pelo seu nível de desenvolvimento em cuidados paliativos. No grupo 1 não são reconhecidas atividades em assistência em cuidados paliativos; O grupo 2 tem capacidade de desenvolvimento de atividades em cuidados paliativos, mas ainda não possui serviços estabelecidos; O grupo 3a fornece cuidados isolados em cuidados paliativos com algumas iniciativas, mas apresenta muitas limitações; O grupo 3b oferece cuidados paliativos generalizados; O grupo 4a tem serviços preliminares e o 4b conta com serviços avançados (WHPCA, 2020).

Segundo Dos Santos, Ferreira e Guirro (2020), no ano de 2019 o Brasil contava com cento e noventa programas de cuidados paliativos, configurando um aumento de 8% quando comparado ao ano de 2018. No mais recente mapeamento mundial, o Brasil deixou a categoria 3a caracterizada pelo oferecimento de Cuidados Paliativos de maneira isolada:

com financiamento fortemente dependente de doações, disponibilidade limitada de morfina e um pequeno número de serviços comparado ao tamanho da população. O Brasil agora ocupa o nível 3b, que engloba países como Gâmbia, Albânia, Bulgária, Colômbia e Panamá. Nesse patamar, a prestação de Cuidados Paliativos é generalizada, há fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina, centros de treinamento e mais serviços à disposição da população, mas ainda não se tem a integração encontrada nas categorias 4a e 4b (DOS SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020, p.8).

No entanto ainda não podemos falar em uma cobertura de cuidados paliativos que abranja todo o país via sistema único de saúde (SUS). Ainda assim, culturalmente, no Brasil, as equipes e familiares buscam ajudar a pessoa adoecida no regaste às suas pendências – legais, financeiras, sociais, afetivas, emocionais, relacionais e espirituais. Equipes buscam auxiliar na resolução de conflitos, para que a morte possa ser “em paz”, com a “consciência tranquila”, com uma ordem de significados em torno da espiritualidade (VELHO, 2003).

O local de preferência para a “boa morte” tem sido citado em estudos como sendo a própria casa, cercado por familiares e amigos, em ambiente acolhedor (MENEZES;

BARBOSA 2013, p. 2657). Na realidade brasileira, a concretização deste ideal depende de diversas condições, como a situação econômica, material, emocional e do desejo do paciente e de sua família (MENEZES, 2008). Também é preciso levar em conta a escassez de serviços que prestem Cuidados Paliativos no país. Segundo o “*Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019*”, existem em média, um para cada 1,1 milhão de habitantes, com a “proporção de um serviço para cada 1,33 milhão de usuários do SUS e de aproximadamente um serviço para cada 496 mil usuários do sistema de saúde suplementar” (DOS SANTOS; FERREIRA; GUIRRO, 2020, p. 24).

A rememoração biográfica tem se mostrado fundamental no trabalho com o paciente em final de vida no Brasil, costurando sua história e dando sentido ao que foi vivido. Segundo Menezes e Barbosa (2013, p. 2657), as equipes brasileiras estimulam o doente a produzir um relato de sua trajetória pessoal, que produz novos significados para a vida e para a enfermidade. De forma que, a comunicação aberta, com discussão de alternativas terapêuticas de modo franco, tem o papel de valorizar a expressão do sujeito adoecido e de sua família, trabalhando a possibilidade da morte, e sua inevitabilidade frente a uma doença grave e incurável.

2.1 A MORTE

Se não somos capazes de encarar a morte com serenidade, como podemos ajudar nossos pacientes? Esperamos, então, que os doentes não nos façam este terrível pedido. Despistamos, falamos de banalidades, do tempo maravilhoso lá fora e, se o paciente for sensível, fará nosso jogo falando da primavera que virá, mesmo sabendo que para ele a primavera não vem. Estes médicos, quando interpelados, dirão que seus pacientes não querem saber a verdade, que nunca perguntaram qual era ela e acham que tudo está bem. De fato, sendo médicos, sentem-se grandemente aliviados por não terem de enfrentar a verdade, desconhecendo totalmente, o mais das vezes, que foram eles mesmos que provocaram esta atitude em seus pacientes
Elisabeth Kübler-Ross

Na Idade Média, a morte era um tema aberto e presente na rotina e cotidiano das pessoas. Morrer costumava ser um evento público, que envolvia adultos e crianças em rituais menos privatizados e compartilhados socialmente (ELIAS, 1982, p. 14). Foi apenas a partir da metade do século XIX que a atitude diante da morte se transformou, deixando de ser familiar e compartilhada, para tornar-se vergonhosa e interdita (ARIÈS, 1990/ 1977).

Aqueles que cercam o doente passaram a desejar poupá-lo da gravidade de seu caso e da possibilidade de sua morte, além de evitar “a perturbação e as emoções excessivamente fortes, insuportáveis, causadas pela fealdade da agonia e pela simples presença da morte em plena vida feliz” (Ibidem 1990/1977, p. 85). Uma vez velada a morte, as pessoas passaram a morrer sozinhas, em oposto à Idade Média, em que era menos comum que estivessem sozinhas

pois as moradias deixavam pouca escolha. Também não havia a crença de que as crianças seriam prejudicadas ao terem ciência da possibilidade da morte (ELIAS, 1982).

Conforme pontua Àries, em “A história da morte no Ocidente” (1990/1977, p. 25), morrer se tornou algo íntimo e discreto, enquanto que as manifestações aparentes de luto passaram a ser condenadas, demandando-se que a dor fosse sentida de forma discreta e privada, tornando o luto uma passagem solitária e envergonhada.

Como coloca Fucks (1995, p. 10):

A ciência, preocupada apenas em construir uma cultura de medicalização da morte, torna os idosos, assim como o doente incurável em estado terminal, seres mudos e impotentes. Ao reprimir a subjetividade de seus pacientes, os médicos acabam por privá-los do direito de morrer com dignidade, isto é, como falantes.

A morte é recalcada, o que nos impede de dar às pessoas em fim de vida o cuidado e afeto que precisam em sua despedida, já que a morte do outro é uma lembrança de nossa própria finitude. Em “Considerações Atuais sobre a Guerra e a Morte” (1915, p. 230), Freud afirma que a morte é inexistente para o inconsciente:

Para quem nos ouvisse, naturalmente nos dispúnhamos a sustentar que a morte é o desfecho necessário de toda vida, que cada um de nós deve à natureza uma morte e tem de estar preparado para saldar a dívida, em suma, que a morte é natural, incontestável e inevitável. Mas na realidade nós agíamos como se as coisas fossem diferentes. Manifestávamos a inconfundível tendência de pôr a morte de lado, de eliminá-la da vida. Procurávamos reduzi-la ao silêncio [...] pois a própria morte é também inconcebível, e, por mais que tentemos imaginá-la, notaremos que continuamos a existir como observadores. De modo que na escola psicanalítica pudemos arriscar a afirmação de que no fundo ninguém acredita na própria morte.

O eu, opõe-se à ausência: “No entanto, quando algo real cessa nele, torna-se oco e libera esses nexos como instrumentos que se movem tolos e desesperados no ar” (GARCIA, 2000, p. 127), ou seja, a angústia toma conta. Como pontua García (2000, p. 136) “é tão real que se nos revela irreal, precisamente nada, puro silêncio, falta. No entanto, não há, verdadeiramente, palavra possível para descrevê-la”.

O corpo que dói no câncer dá indícios da finitude e desse real, impossível de simbolizar: o fim da existência, a morte do corpo. “A dor e sofrimento oriundos da invasão sofrida pelos procedimentos médicos dão notícias de seu corpo ao sujeito” (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014, p. 49), diante de uma doença que “invade” e realiza ramificações destrutivas, as chamadas “metástases”, o sujeito se depara com o sem sentido.

Na escuta de alguém em fim de vida, a morte está, inevitavelmente, imbricada, uma vez que se implica no dizer, ainda que não seja dita diretamente. Freud pontua, em *Escritos sobre a Guerra e a Morte*, que “a morte própria é, pois, inimaginável, e todas as vezes que tentamos

(fazer dela uma ideia) podemos observar que, em rigor, permanecemos sempre como espectadores” (FREUD, 1915, p. 290). O reconhecimento do processo de morte é uma das tarefas mais difíceis de serem realizadas pelo profissional que acompanha pessoas enfermas, pois implica em saber que as disfunções serão irreversíveis e que o prolongamento da vida apenas trará mais sofrimento.

Como dito anteriormente, para a psicanálise, o sujeito não acredita na própria finitude, pois para o inconsciente a própria morte não é uma possibilidade. “No inconsciente cada um de nós está convencido de sua imortalidade” (FREUD, 2010, p. 230). No entanto, indícios de que algo não vai bem se anunciam em sinais do corpo, em fraquezas, dores e incapacidades. Se faz lembrada ainda, em diagnósticos médicos, nos resultados de exames e na fala de profissionais de saúde. Esbarra-se na possibilidade da própria morte e de sua inevitabilidade a partir dos encontros com o real.

3. O CORPO QUE ADOECE

Neste momento do trabalho, faz-se importante conceituar a constituição do sujeito para a psicanálise, na relação com seu corpo, para demonstrar o que é interpretado quando o sujeito se defronta com o real do adoecimento. O corpo da psicanálise se diferencia do corpo da medicina, na medida em que “na psicanálise, o corpo é fruto de uma construção e, portanto, não coincide com um aparato biológico” (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014, p.45).

Para a psicanálise, diferente dos animais, o ser humano não nasce com um saber instintual, uma vez que se é atravessado e constituído pela linguagem. Isso quer dizer que, desde a descoberta de uma nova vida, o bebê é falado pelo outro, anuncia-se a gravidez, e o esperam com grande satisfação e desejo, ou como algo não esperado e não desejado, lhe é dado ou não, um nome e a possibilidade de um lar.

Essa narrativa propicia um lugar subjetivo para ser ocupado, pois antes mesmo de ter acesso à palavra que permitirá a designação do pronome “Eu”, a criança já se encontra inserida num mundo de relações que lhe permite ter um corpo imaginariamente concebido como sexuado e autônomo, que ocupa um lugar no mito familiar (AMPARO; MAGALHÃES; CHATELARD, 2013, p. 504). Assim, ao contrário do organismo compactado da medicina, o corpo da psicanálise tem a marca da singularidade de sua história, que foi escrita nos cuidados que obteve (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014, p. 46), na forma como foi gestado e contado. Desde muito antes do nascimento o sujeito adentra num campo de discurso: “Um universo de símbolos que aderem em cada poro do nosso organismo e o arrancam do domínio

biológico. O que seria natural, instintivo, monótono, previsível, é moldado e modificado por aqueles que cuidam de nós” (SHILLER, 2005 p. 91).

O lugar de humano vai sendo constituído nos toques, falas e sensações, que delimitam seu corpo. A fome, primeiro desconforto do ser humano, é vista primordialmente como dor e no ato de ser amamentado se extrai uma satisfação, essa experiência entre dor e satisfação, através do outro, marca o bebê e seu corpo. A emergência das pulsões na associação entre a satisfação física e psíquica demarca a indissociabilidade entre corpo e psiquismo, por apresentar-se como exigência de trabalho que passa pelo corpo (FREUD, 1915/2010).

A perda se faz componente básico para a estruturação da subjetividade, sendo o nascimento a primeira separação, no qual se impõe ao bebê a renúncia ao corpo materno, lugar de aconchego, segurança, proteção, para sempre perdido (OLIVEIRA, 2020, p. 36). “O sujeito emerge no momento em que se confronta com a falta simbólica, instituída pela metáfora paterna, que o tira da relação imaginária com seu primeiro grande Outro” (MORAIS; NICOLAU; PEREIRA; REIS, 2014, p. 3), incorporado muitas vezes pela mãe.

Ao ser inserido na linguagem através do Outro - tesouro de significantes, o corpo passa a ser feito, também, de palavras e afetos. “E é no campo da linguagem que se constitui a subjetividade. Nascermos no campo do Outro, e este Outro com letra maiúscula, enquanto conceito (mãe, sociedade, Lei, família), instaura a dimensão simbólica da linguagem (TEIXEIRA, 2004) e a ingressão na ordem simbólica.

O Eu é, acima de tudo, um eu corporal (FREUD, 1923/1996), sendo o projeto dos pais, que transformam o organismo humano em corpo. E é a partir disso que Freud caracteriza a importância da cinestesia corporal como elemento de reconhecimento primário do corpo que permitirá a organização do Eu enquanto instância psíquica (AMPARO; MAGALHÃES; CHATELARD, 2013, p. 505), que carrega na sua constituição uma herança simbólica dos pais (FERREIRA; CASTRO-ARANTES, 2014).

Ao ser inserido na linguagem através do Outro - tesouro de significantes-, o corpo passa a ser feito, também, de palavras. Palavras tomam o corpo e produzem efeitos: sejam palavras de afeto, palavras que invadem, que sentenciam ou que adoecem. Adoecido o corpo, o sujeito desenvolve um relacionamento com a sua doença pela emergência das pulsões e pelos significantes que atribui ao seu padecer. Assim, na medida em que a psicanálise busca abarcar a vida psíquica e compreender como os processos inconscientes atuam sobre o sujeito, corpo e psique são indissociáveis, “não há como separar corpo e palavra. Se a palavra tem efeitos sobre o corpo, corpo e palavra se entrelaçam” (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002, 149). A respeito do próprio corpo, Ávila (2012, p. 55), pontua:

O corpo próprio tem enorme valor narcísico: não queremos desistir e nos desfazer da menor parte dele; por exemplo, recuamos com horror diante da ideia da mínima amputação de uma parte de nossos corpos. Esse corpo-pessoa é extremamente amplo: consideramos parte de nosso corpo coisas que vão além da nossa pele – é o próprio eu, com suas extensões, as coisas pessoais e os objetos próximos, os familiares, o nome próprio. Qualquer agressão àquilo que considero muito meu me agride em meu eu, me agride em minha corporalidade. Uma ofensa moral dói no estômago, no fígado. Uma ignomínia pode matar com um infarto ou com um acidente vascular cerebral. Uma alegria muito grande também pode matar. Meu corpo é tudo aquilo que eu acho que me faz, me constitui. Meu Eu é tudo aquilo que eu ponho dentro das minhas fronteiras, e, primeiro entre todos, está o meu corpo.

Através do estudo da histeria, Freud se deu conta de que, ao contrário do que coloca a medicina, “o corpo é portador de um saber e a lógica do seu funcionamento pode ir além de uma estrutura puramente orgânica, pois sua estrutura também é simbólica” (JUNG, 2015, p.7). Na fronteira entre psique e soma encontra-se a Pulsão (FREUD, 1915), um conceito limite que compõem um estado que não é físico, nem psíquico. As energias pulsionais são como as ondas do mar que nunca cessam de buscarem sua satisfação e Freud as dividiu entre pulsões de vida e pulsões de morte (FREUD, 1920).

As pulsões de vida são um empuxo para a realização das necessidades humanas, em busca da sobrevivência, do desenvolvimento, da reprodução, do prazer e da manutenção da vida, enquanto que, as últimas, estão além do princípio do prazer, pois não obedecem à lógica de “bem-estar” do organismo (FREUD, 2010/1915; FREUD, 2010/1920). A meta das pulsões de morte é apaziguar as tensões orgânicas até um estado de descarga total de energia psíquica (a inatividade) sem considerar a integridade do Eu e, logo, da vida, por isso carregam este nome. “Esses dois grupos de pulsões estão ‘fundidos’, funcionando sempre juntos, complementando-se e opondo-se, num processo dialético” (KOVACS, 1992, p. 96).

Faz-se importante destacar que, ao adoecer, o sujeito desenvolve um relacionamento para com a sua doença, pela emergência das pulsões, e pelos significantes que atribui ao seu padecer. Seja um relacionamento de reconhecimento do adoecimento no trilho de sua história, seja ignorando e rejeitando sua enfermidade.

As contribuições de Freud (1915-1938) e Lacan (1936-1965) inauguram um saber sobre as determinações do adoecimento somático na vida psíquica e quanto à possibilidade de adoecer a partir de conflitos internos. A respeito da constituição das subjetividades, Lacan (1983) propõe que a psicanálise é uma *práxis* que aborda o real pelo simbólico. Ao longo de sua obra, o psicanalista declara a existência de três registros psíquicos, com vistas a analisar a experiência psíquica humana: O Real, o Simbólico, e o Imaginário, articulados ao proposto por Freud: Isso, Eu e Supereu. Cesarotto e Leite (1993, p. 73) apontam que os registros lacanianos são “as três dimensões do espaço habitado pelos seres falantes, como é revelado pela

experiência analítica” e através deles é possível situar a devastação do encontro com o Real do câncer.

A escuta pela psicanálise se trata de um trabalho de compreensão dos significantes para determinado sujeito. A dimensão simbólica com o registro Simbólico, funciona na compreensão do mundo através da linguagem. Este registro nos mostra o funcionamento dos símbolos no discurso do paciente, na articulação entre significante e significado, uma vez que os falantes possuem a ilusão da existência de um vínculo natural entre significante e significado. Significante, para Lacan, é o que representa o sujeito para outro significante. “Esse significante, portanto, será aquele para o qual todos os outros significantes representam o sujeito: ou seja, na falta desse significante, todos os demais não representariam nada” (LACAN, 1960/1998, p. 833). Assim, “a essência da linguagem não é representar a realidade ou passar um sentido prévio à comunicação, mas unicamente representar um sujeito, ele próprio reduzido ao puro fato de falar com outro” (MANSO; CALDAS, 2013, p. 111).

Logo, trata-se de compreender: “O que isso quer dizer para você?”. Como coloca Lacan (1972-73/1985, p.47) “se há alguma coisa que possa nos introduzir à dimensão da escrita como tal, é nos apercebermos de que o significado não tem nada a ver com os ouvidos, mas somente com a leitura, com a leitura do que se ouve de significante”. Lacan destitui o significante de sua função representativa, dissociando-o do significado e lhe dando autonomia (BARROSO, 2015).

Assim, a dimensão simbólica, campo da palavra, nos mostra o seu funcionamento no discurso do paciente, na ilusão da associação entre significante e significado, tal como: Câncer = Séria doença, ou ainda, Câncer = Luta. Como apontam Silva e Cardoso (2020, p.27), o simbólico é ligado ao inconsciente e funciona como um sistema, assim “quando Lacan traz que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, refere-se ao inconsciente corresponder às formas simbólicas”. Barroso (2015, p. 61) pontua ainda: “a fala vela e desvela, carregando toda ordem de significações e evidenciando a primazia do significante sobre o significado”.

O registro Imaginário é campo da imagem (imagem do corpo, imagem de sua beleza, imagem do outro), campo da fantasia. Nesta dimensão, o paciente pode se colocar como alguém forte, ou alguém que perdeu o seu valor, na medida em que possui um câncer. O registro imaginário é formativo do sujeito, a partir do narcisismo. “O estádio do espelho de Lacan reformula o conceito freudiano de narcisismo. Correlativamente à construção do eu, funda-se a relação com o outro - tanto o outro como semelhante quanto com o próprio corpo” (BARROSO, 2015, p. 59). Essa imagem é uma “(...) linha de ficção para sempre irredutível” (LACAN, 1998, p. 98).

O Real, enquanto registro, se diferencia da noção de realidade, sendo um conceito importante de Lacan (1983), frente à impossibilidade de apreensão de todas as vivências, havendo experiências e traumas que ficam de fora. O Real se diferencia dos outros dois pela sua falta de representação, sendo impossível de apreender pela linguagem. É o que fica fora, que não é tocado pelo significante.

Em seus últimos estudos, Lacan passa a tratar o Real como aquilo que resiste à significação, como “impossível”, aquilo que “não cessa de não se escrever” (Lacan, 2003/1985, p. 127). Uma vez fora do alcance do simbólico, o conceito “não permite mais a concepção de uma verdade oculta na fala. Situado além do significante, o real depende dele, mas não se reduz jamais a ele” (MANSO; CALDAS, 2013, p. 117), pois está no impossível de representar, nomear.

Partindo dos três registros, considera-se que ao se deparar com uma doença grave em seu próprio corpo, o sujeito não consiga elaborar e digerir esta experiência em sua totalidade pelas vias do simbólico e do imaginário. Tabak (2019) coloca que o Real, neste caso o real da doença incurável, é, para o sujeito adoecido, algo da ordem da falta de sentido.

e que o que não cessa de não se escrever e se define pelo impossível de ser simbolizado ao escapar radicalmente a toda e qualquer possibilidade de representação: Mas eu sempre fui saudável! Mas eu nunca fiz nada a ninguém! Mas eu não estou sentindo nada! Era só uma dor de cabeça (TABAK, 2019, p. 56).

Frente ao Real do adoecimento por câncer, do horror ao diagnóstico, da possibilidade da morte, “o sujeito é impelido, então, a produzir sentidos para seus encontros com o Real. Sentidos que, por não obedecerem a um padrão, são singulares e estão ligados intimamente ao desejo de quem os produz” (DOS SANTOS; DIAS; BARRETO, 2012, p.1).

O sofrimento advindo da dor física, mutilações e privações, como: deixar de comer, beber, dormir e se movimentar, pode ter como efeito o recolhimento do Eu, próprio do processo de luto. Nestas situações a libido retorna para o Eu e o mundo perde a sua graça: “Há algo no corpo para onde a pulsão é direcionada e o sujeito não se interessa por nenhum outro aspecto da vida” (FREUD, 2010/2014, p. 49). Lacan (2002, p. 361) enfatiza aos analistas quanto à condução do tratamento pela via do significante e o perigo vivido em situações de crise, alertando que “nem o sol, nem a morte, podem ser olhados de frente”, evidenciando que a urgência nestas situações é tratada pela restauração do simbólico e pelas representações faladas (PETRILLI, 2015). Afinal, enquanto seres de linguagem, somos contados através daquilo que sabemos expressar e inventar. “Nada há de criado que não apareça na urgência, e nada na urgência que não gere sua superação na fala” (LACAN, 1998, p. 242).

A proximidade da morte irá gerar, inevitavelmente, impactos na escuta, podendo propiciar questionamentos do sujeito em relação à forma como viveu, como ainda deseja ou desejaria viver (BARONI; KAHHLE, 2011). Leite (2011, p. 10) ao falar da nossa angústia frente ao encontro com a morte, pontua: “Não há como curar o homem da angústia como encontro do real, isto é, como encontro daquilo que é a falta última, o não-sentido, pano de fundo de toda existência”. Essa angústia está entrelaçada ao que não tem nomeação, escutar este sujeito “permite a nomeação do seu sofrimento e, possivelmente, sustentar sua posição” desejante (BARONI; KEHHALE, 2011, p. 63).

Em texto de 1919, *Caminhos da terapia psicanalítica*, Freud escreve sobre a inserção da psicanálise em instituições, apontando que talvez demore muito até que o Estado sinta como urgentes esses deveres, mas sugere a importância da escuta em ambientes em que circula o discurso médico.

Norteando-se pela ética do bem-dizer, a psicanálise, por seu turno, visa o sujeito que não pode ser tratado pelo saber médico, convidando-o a construir um saber a fim de lidar melhor com seu sintoma. Se o médico se dirige ao paciente com um saber previamente formulado, o analista se dirige ao sujeito a quem cabe formular um saber sobre a verdade de seu sintoma, deixando falar o doente para que este possa se implicar no processo saúde-doença (RAMOS; NICOLAU, 2013, p. 802).

Demarca-se aí a diferença entre a psicanálise e a medicina, ao tempo em que a psicanálise compreende o corpo em relação ao sujeito, constituído pela linguagem através de um Outro. Já a medicina, ao tratar uma pessoa, trata seu corpo enquanto coisa, objeto de intervenções tecnológicas. A psicanálise não deixa de situar as questões que o corpo apresenta, com dores e doenças, mas considerando sempre sujeito (ÁVILA, 1995).

O trabalho é de possibilitar a escuta do sujeito nesta situação limite, e permitir que possa falar sobre sua própria finitude, ainda que não-toda, em relação aos acontecimentos de sua vida, possibilitando um escoamento da angústia e a construção de sentido. “A aposta desta escuta é de que o sujeito possa sofrer não tão sozinho” (CASTRO-ARANTES; LO BIANCO, 2013, p. 2521), e tomar o real (do câncer, da morte) com os recursos dados pelo simbólico.

4. UMA METODOLOGIA QUE PERMITA COMPREENDER E ACOLHER

Em psicanálise, pesquisa e clínica são concomitantes (FREUD, 1912/1996, p. 128). E por se tratar de uma prática com sujeitos pautada na lógica do inconsciente, trata-se de uma forma qualitativa de interpretação, na sua impossibilidade de quantificar e de generalizar.

Em princípio, as entrevistas, técnica escolhida para compreender a vivência do câncer sem possibilidades curativas, tinham outra proposta metodológica e de análise. Porém, não foi possível desvencilhar a escuta de um posicionamento clínico atravessado pela psicanálise e,

portanto, a psicanálise atravessou a escolha do objeto de pesquisa e a forma de compreensão dos discursos. De modo que, nos propomos a realizar uma pesquisa-intervenção em psicanálise (NAFFAH NETO, 2006).

Para a psicanálise um trabalho de escuta é, em si mesmo, uma intervenção. Ninguém sai “ileso”, ou, dizendo de outra forma, sai igual de um trabalho de escuta, uma vez que este é realizado na relação com um outro. Conforme Silva (2013, p.37), “na pesquisa psicanalítica, o pesquisador se utiliza metaforicamente de um caleidoscópio para pensar na questão que é objeto de investigação, iluminando ângulos até então pouco percebidos ou ignorados, através de ferramentas múltiplas”.

A proposta da dissertação foi a de realizar entrevistas semi-dirigidas com pessoas adoecidas com um câncer ameaçador à vida, e também com seus familiares, buscando vislumbrar como se dá essa vivência e, se os cuidados paliativos são mencionados ou colocados enquanto realidade possível. Consideramos familiares pessoas que possuam sentimentos e laços afetivos para com a pessoa adoecida e que vivenciam o processo de cuidado.

Cabe destacar que esta pesquisa compõe a Linha de pesquisa de Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro), que contempla os saberes e práticas dos processos do desenvolvimento humano e as dimensões institucionais, organizacionais, de saúde, de trabalho e de políticas públicas em suas relações com a comunidade.

O Comitê de Ética e Pesquisa da Unicentro aprovou esta pesquisa no parecer nº 3.946.391. Mas, mais do que a aprovação por um comitê de ética, uma pesquisa com pessoas gravemente doentes necessitou de uma ética de cuidado na postura da pesquisadora, que envolveu a forma de abordar os temas, adentrar nos lares, escutar e acolher os familiares e entrevistados.

Conforme Disaró (2017), a ética se relaciona ao conhecimento técnico desde Freud, evitando o uso abusivo da sugestão, do furor interpretativo, curativo, pesquisante e de qualquer forma de uso narcisista e perverso do poder transferencial. Além destas, podemos acrescentar “a procura da verdade e do saber. Entre estas se pode incluir: a honestidade intelectual, o desinteresse pessoal, a decisão na defesa da verdade, a crítica da falsidade” (PADILHA, 2005, p. 99).

A partir da particularidade do fenômeno, propomos escolher os participantes por conveniência. Os encontros ocorreriam onde a pessoa adoecida estivesse, a partir do consentimento da própria pessoa e de algum familiar responsável, abordados em sua própria

residência, no hospital, ou por via remota, através de aplicativo de mensagens. Para ter acesso as pessoas enfermas, a pesquisa foi explicada para enfermeiras de unidades básicas de saúde, e ao enfermeiro e médica de um hospital.

Por tratar-se de um *setting* produzido, não se pretendeu chegar “à verdade”, mas trazer a verdade dos sujeitos, produzida pela escuta. Por levar em consideração o inconsciente, a pesquisa propõe a investigação de verdades contextuais, relativas e subjetivas (SILVA, 2013).

Como apontado por Rosa (2004, p. 331), quanto a este *setting* outro:

a psicanálise extramuros ou em extensão diz respeito a uma abordagem - por via da ética e das concepções da psicanálise - de problemáticas que envolvem uma prática psicanalítica que aborda o sujeito enredado nos fenômenos sociais e políticos, e não estritamente ligado à situação do tratamento psicanalítico.

A pesquisa foi construída em torno de entrevistas realizadas com duas mulheres com câncer metastático fora de possibilidades curativas, e de suas famílias. Suas entrevistas foram gravadas e transcritas, considerando as observações percebidas no momento da escuta, com o objetivo de capturar as sutilezas do encontro e a imersão no ambiente. Também foram realizadas entrevistas com os seus familiares, as quais ocorreram quando a família estava junto à pessoa adoecida, e por via remota, pelo aplicativo *WhatsApp*. Além das falas literais das entrevistadas, utilizamos também fragmentos da memória das situações observadas.

A primeira mulher entrevistada, trata-se de uma mulher de 72 anos, com câncer metastático no pulmão. Sua entrevista foi viabilizada por uma enfermeira de uma Unidade Básica de Saúde, a qual explicou sobre a pesquisa à neta da paciente, que entrou em contato conosco por telefone, a qual chamaremos na pesquisa de Margarida.

A segunda entrevistada foi uma mulher de 44 anos, a qual estava hospitalizada, a qual chamaremos de Rosa. Rosa foi convidada para a pesquisa quando soubemos que possuía câncer um metastático de estômago e de que seria transferida para outro hospital.

A entrevista com Margarida ocorreu no decorrer de quatro encontros, enquanto a que a entrevista com Rosa se deu apenas em um encontro. Também foi realizada uma entrevista com a familiar de Margarida por via remota. As participantes assinaram o TCLE e seus nomes verdadeiros foram substituídos por nomes de flores, de forma que todos são fictícios.

As perguntas das entrevistas foram previamente estruturadas, com vistas a abarcar a experiência do adoecimento, mas sem deixar de considerar a singularidade das entrevistadas, permitindo uma elaboração espontânea. Além disso, na busca de um trabalho de escuta que permitisse que os participantes pudessem falar livremente, os temas foram trazidos conforme os encontros foram acontecendo. As participantes foram entrevistadas durante a vivência da

doença oncológica, ambas em condições clínica, emocional e cognitiva satisfatórias para o diálogo.

As questões norteadoras tiveram como objetivo construir um caminho na fala do sujeito, sendo elas: *Como você compreende o seu adoecimento?; Qual o cuidado prioritário para si neste momento?; Você sente que suas necessidades estão sendo atendidas?; Como você percebe o cuidado que você tem recebido?.*

Os familiares foram questionados sobre o que consideram importante para o cuidado: conforto, cuidado físico, emocional e espiritual, atendimento ao cuidado em saúde dentro do território, compreensão do adoecimento de seu familiar e vivências na teia familiar, por meio das seguintes questões: *Como esse momento envolvendo o adoecimento de seu familiar tem sido para você?; O que você acredita ser importante que seu ente querido receba, ou que pudesse receber, em termos de cuidado?; Você acredita que seu ente tem recebido o cuidado adequado pelos equipamentos de saúde?; O que você considera mais importante para seu familiar neste momento?.*

Naffah Netto (2006, p. 283) salienta que, na psicanálise “nada é passível de replicação, ou seja, um mesmo acontecimento não se produz nunca mais do que uma vez, uma vez que ele nunca pode ser reduzido a componentes invariantes e abstratos, passíveis de controle e replicação experimental”, sendo uma ciência do singular.

Trata-se do “ato de escutar (escavar sempre mais) os dados de uma queixa, uma história, os milhares de trabalhos anteriores que ameaçam esmagar com a pressão do já sabido. [...] de início não há horizonte, não há vista nem visão. Há humilde trabalho de lavra da palavra” (NAFFAH NETO; CINTRA, 2012, p. 38).

O método é a escuta e o saber sobre o que se pretende investigar está no sujeito, e é produzido no encontro, através da transferência. A própria entrevista se caracteriza, desta forma, como uma intervenção. O caminho do método vai do *fenômeno ao conceito*, que “constrói uma metapsicologia não isolada, mas fruto da escuta psicanalítica, que não enfatiza ou prioriza a interpretação, a teoria por si só, mas integra teoria, prática e pesquisa” (ROSA, 2004, p. 341). No entanto, como coloca Silva (2013) a pesquisa realizada utilizando entrevistas é também, produtora de subjetividades, pois o pesquisador ocupa um lugar que não é neutro (SILVA, 2013).

Para Menezes e Santos (2012), a indissociabilidade entre a experiência analítica e a pesquisa implica na possibilidade de o pesquisador realizar um trabalho pautado na escuta psicanalítica de depoimentos e entrevistas, em função da questão que se pretende investigar.

Tal rigorosidade, no entanto, implica num deslocamento do lugar do saber (que está sempre com aquele que fala, ainda que ele não saiba nada sobre isso), portanto, numa relação de dependência do que se produz como saber teórico ao que se coloca como saber daquele que fala (ou seja, à própria experiência do inconsciente) (COELHO; OLIVEIRA SANTOS, 2012, p. 93).

Em acordo com Silva (2013), às informações das entrevistas não vêm até nós de modo puro, não é possível dar conta de tudo e nem nos pautamos em ideais como atemporalidade, fidedignidade, exatidão e imparcialidade (SILVA, 2013), o que se propõe é uma construção sobre um tema caro e difícil: o câncer, uma grave doença que muda o rumo de toda uma vida. Com isso, a experiência que o adoecimento causa não pode ser replicada, apenas vislumbrada, a partir da experiência daquele que fala.

A verdade de que se trata na pesquisa em psicanálise é uma verdade singular, distinta dos que almejam os conhecimentos científico e filosófico (LAMEIRA et al., 2017), pois se manifesta nas formações do inconsciente, não resultando de uma intenção do eu. A psicanálise oferece uma escuta à angústia, ao sujeito dividido, e, neste caso, um lugar possível para o câncer, para a finitude, e para uma pesquisa realizada em tempo de pandemia, em que a morte passa a perpassar o cotidiano. Conforme Lima, a respeito da escuta psicanalítica no que concerne ao tema da morte (2014, p.1):

Não passa um verniz na dor, na tentativa de tamponar a experiência inominável da morte. Não se arvora a remediar o irreparável, mas possibilita que a partir desse momento de contato com a finitude, momento da despedida, o sujeito possa falar da sua história, suportar a dor sem transformá-la em tragédia e legitimar alguma verdade daquilo que viveu.

A escuta pela psicanálise se propõe, portanto, a acolher o traumático, o avassalador. Ao falar do fim de vida e do adoecimento por câncer, é possibilitada a construção de um sentido pela palavra.

5. RESULTADOS

5.1 MARGARIDA

Conheci Margarida em agosto de 2020. Uma senhora de 72 anos. Sua neta entrou em contato comigo pois soube da pesquisa pela enfermeira do posto de saúde. Em contato pelo aplicativo *WhatsApp*, disse-me que a avó precisava de atendimento para poder falar do nervosismo que sentia, junto das crises de ansiedade. Conhecê-la era muito importante para mim, mas no mês de agosto ainda estávamos em plena pandemia do COVID-19 no Brasil, o que exigia cuidado e parcimônia. Era necessário trocar o sorriso no rosto pelo dos olhos, devido

à necessária utilização de máscara, manter o distanciamento, a impossibilidade do toque, além de outros cuidados.

Visitei Margarida numa manhã de sábado, em sua casa. Quem me recebeu foi seu esposo, Lírio, que varria a calçada. A casa de Margarida era muito florida, com um jardim impecável e um pequeno altar para Nossa Senhora Aparecida. Lírio me recebeu de pronto, com: “*Entre!, entre!*”, o que me pareceu uma urgência hospitaleira. Passei pelo portão de baixa estatura e entramos na garagem, a qual abrigava flores e vasos de várias espécies de plantas. Perto da porta de entrada da casa, um quadrinho de madeira anunciava: “Na casa do vovô e da vovó tem um real e amor e carinho”. Logo depois, Íris, a neta de Margarida e Lírio veio me receber. Ela também tinha uma urgência em sua fala: “*Quer entrar? Ela está no quarto (referindo-se à Margarida)*”. Primeiro sugeri que ela me contasse sobre a avó, e então sentamos os três. Íris parecia ansiosa com a minha chegada, dizendo que seria muito bom para a avó: “*Ela é muito nervosa, chora muito, é ansiosa, mas se conversa com ela vai passando*”. “*Ela está muito nervosa com a doença, toma calmante embaixo da língua quando fica muito nervosa. Ela tem medo do que vai acontecer*”. “*Às vezes ela vomita sabe, aí fica nervosa, e eu tenho que ir conversando com ela acalmando, dizendo que ela vai vencer, só Deus sabe*”.

Descobri que Margarida tinha câncer no pulmão, no estômago e metástases perto do coração. Contaram que ela não poderia operar, e que já havia feito quimioterapia. Seu tratamento, naquele momento, era a radioterapia. Iris falava que a avó tinha de sair dessa, bastava se ajudar, já que Lírio havia tido câncer de próstata e feito mais de 38 sessões de radioterapia no passado, estando agora curado. Ele, que tentava se esgueirar na conversa, pontuou: “*É, mas cada doença é uma doença*”, apontando para a singularidade inerente ao processo de adoecimento.

O esposo de Margarida estava sentado à minha frente em um banco de madeira envernizada que devia ter acolhido muitos membros de sua família. Diz: “*Estou escaldado (...)* *A gente passa por uma tempestade e depois vem outra tempestade e a gente já pensa lá na frente*”. Lírio conta sobre o seu tratamento de câncer e fala que, após as sessões, dormia embaixo das árvores em torno do hospital em Curitiba: “*Eu levava até travesseiro e ficava deitado lá para passar o tempo, pois tinha que esperar o dia inteiro para irem me buscar*”. Contou ainda que tinha dificuldades quando chovia: “*era um transtorno porque ficava todo mundo amontoado em baixo de lá onde ficavam, como eu sofri*”.

Refere que o tratamento de radioterapia não doeu, mas não sabe se o da esposa irá doer: “*O dela é no coração, no meio do pulmão, e o médico disse: aí não dá pra operar*”. Lírio foi dando sentido e realidade à gravidade do câncer de Margarida, ao compará-lo com o que teve.

Conta, em sequência, que o médico disse que a esposa não aguentaria cinco sessões de radioterapia, quando foi logo interrompido por Íris, dizendo que não há como saber, pois cada organismo é diferente e precisam esperar. Lírio parecia sustentar a possibilidade de morte de Margarida sozinho, enquanto Íris se agarrava na fé e apostava em seu desejo pela recuperação da avó.

Nos exames de Margarida, “cuidados paliativos” estava escrito em todas as páginas. Radioterapia paliativa, quimioterapia paliativa. Me perguntei se sabiam que cuidado era este. A possibilidade não curativa não cabia para Íris e para Lírio não era possível expressar.

Lírio levanta e pede para que eu entre. Entro numa casa quente, acolhedora e aconchegante, aquecida com um fogão a lenha. A casa de Margarida é muito confortável, colorida, decorada com fotos de filhos e netos, além das toalhinhas de crochê por todos os cantos. Íris entrou no quarto de Margarida, localizado ao lado da cozinha, e lhe disse que uma mulher conversaria com ela, puxando uma cadeira e deixando-a ao lado da cama.

Entrei no cômodo e fiquei sozinha com Margarida, uma mulher pequena, sem cabelos, olhar endurecido, coberta com dois grandes cobertores macios. Seu olhar, emoldurado por um rosto emagrecido e manchado, teve encontro com os meus, profundamente. Íris havia me contado que Margarida caiu na sua última tentativa de andar e bateu o rosto na geladeira, o que lhe deu um grande hematoma roxo, vermelho e rosa, que descia até sua boca, que não esboçou qualquer sorriso mesmo depois do meu afetuoso “bom dia”.

Usava uma sonda nasal presa com fita e parecia ter perdido muito peso. Um terço sobre a cama e outro na mesinha ao seu lado, além do copo de água com canudo, um paninho para limpar o rosto, e algumas imagens de Nossa Senhora Aparecida. Disse a ela que estava feliz em conhecê-la e que fui para conversar. Perguntei se ela sabia a razão da minha vinda, ao que Margarida respondeu: “*Você é a psicóloga, faça as suas perguntas então, pois não sei o que dizer*”. Me senti constrangida, preocupava-me, naquele momento, muito mais com ela do que com a finalidade última da conversa, a minha pesquisa. Percebi, neste momento, que Margarida tirou-me do controle da situação com essa frase e constrangendo-me, tornamo-nos ambas vulneráveis: ela, por ter de me falar de seu câncer, e eu, por sair do planejamento de meu papel naquela casa frente a ela. Tentei explicar que estava ali para escutá-la, conhecê-la e, assim, pude começar com um: “*Como você está se sentindo?*”

- Margarida: *Meu humor é bem nervosa. Eu sempre fui, mas nem tanto assim, agora tá pior. Essa noite eu não passei bem, não podia dormir por conta de dor na perna.*

- Pesquisadora: *E vem algum pensamento à noite?*

- Margarida: *Eu penso a cada instante quando eu tô acordada, se eu vou ter a chance de recuperar ou não né, o meu pensamento é esse né, se eu vou recuperar isso ou não vou né.*

Margarida não sabia sobre seu tratamento ou ainda não havia compreendido?

- Pesquisadora: *E o que a senhora já fez de tratamento até agora?*
- Margarida: *Agora eu vou começar a rádio terça-feira, já fiz seis quimio. A quimio era passado no soro, três horas deitada para passar a quimio, agora a rádio eu não conheço, eu não sei (sic).*
- Pesquisadora: *E o que a senhora acha que seja?*
- Margarida: *Eu não sei porque ninguém conta direito né.*
- Pesquisadora: *Não contaram para você?*
- Margarida: *Falam que é bem doído (...) não sei como que vai ser.*
- Pesquisadora: *E quem conversa com os médicos para a senhora?*
- Margarida: *As filhas, as filhas que vão comigo.*

Margarida falava em tom baixo e com muita dificuldade, nossa conversa foi interrompida por uma tosse persistente. Ajudei-a a tomar água. Disse a ela que era bom ter a companhia das filhas, me senti desconcertada pela tosse e pela dor demonstrada por ela.

- Pesquisadora: *Imagino que não seja fácil, Margarida?*
- Margarida: *Não é fácil, Deus me livre, ninguém queira passar o que estou passando (...) está muito pesado, e eu não tenho fome para me alimentar também (E mais tosse interrompeu nossa conversa).*
- Pesquisadora: *Então já faz um tempo que a senhora está nessa jornada, dona Margarida?*
- Margarida: *Faz tempo, só que antes eu andava, e eu tinha mais ânimo, agora que eu comecei a me entregar mais sabe?*
- Pesquisadora: *Por conta do quê, a senhora sabe?*
- Margarida: *Por conta do tempo já (...) eu me acho fraca bastante, eu tenho vontade de ficar só na cama, não tenho vontade de levantar. Está frio né, e outra que não adianta porque eu cá esses dias e fiz um roxo.*
- Pesquisadora: *Eu tô vendo que a senhora está com um roxo perto do nariz.*
- Margarida: *Toda essa parte, eu tonturei (sic) e cá. Já foi semana passada.*
- Pesquisadora: *E está doendo?*
- Margarida: *Até que não, doeu muito, a noite que eu bati eu não dormi.*
- Pesquisadora: *O que tem ajudado você?*
- Margarida: *A hora que chega a hora de tomar o remédio para dormir, eu durmo a noite toda.*

Falamos também sobre sua família, disse-lhe que a neta Íris havia me contado sobre o revezamento da família para o seu cuidado.

- Margarida: *Hoje é a Íris que veio e está com meu marido. Daí os outros vieram para ver outra mulher que tá doente, tem outra com câncer, é a sogra do meu filho, diz que ela tá bem mal. Tudo tem a sua hora né...*
- Pesquisadora: *Do que?*
- Margarida: *De morrer né*
- Pesquisadora: *Você acha que chegou a hora da sua amiga, então?*
- Margarida: *Eles estão falando que estão visitando porque ela tá pedindo os filhos né. Eu não sei porque eu não vejo ela, mesmo que a gente não sabe o dia de amanhã né.*
- Pesquisadora: *A senhora tem mais uma trajetória então, com a rádio? (Percebo que fiz um desvio na conversa, creio que por ter ficado impressionada de Margarida falar sobre a morte em nosso primeiro encontro, após poucos minutos).*
- Margarida: *Imagino que eu quero ir, vencer, mas vai ser pesado, viajar cinco dias para Curitiba né.*
- Pesquisadora: *Vai num dia, faz, volta?*

- Margarida: *E vai no outro dia, cinco dias, agora no começo né depois não sei, é direto. A gente cansa muito nessas viagens, vou com a ambulância e a filha vai junto. (...) Eu não sei nada da rádio, meu marido fez, ele disse que é uma luz aqui embaixo (aponta para a barriga) e diz que vai esquentando né, diz que não dói e é rapidinho também. (...) É que não eliminou o tumor né, com as quimio, e a rádio vai ajudar a eliminar né.*

- Pesquisadora: *E onde a senhora tem esse tumor?*

- Margarida: *É entre o pulmão e o coração, tá pegadinho do lado do coração. Parece que encosta uma parte, assim eles falam né, não sei. Vai ser focado ali.*

A frase: “*É que não eliminou o tumor né, com as quimio, e a rádio vai ajudar a eliminar né*” me possibilitou compreender que Margarida não sabia que seu tratamento não tinha funções curativas. Também me mobilizou o questionamento: Ela gostaria de saber? Eu, ou alguém, deveria contar? Quais são as questões éticas aí implicadas?

Retornei a visitar Margarida no dia 22 de agosto, duas semanas depois, numa manhã muito fria de sábado. Nosso encontro foi espaçado pelo tempo em que ela fez as sessões de radioterapia, tendo retornado da capital, de ambulância, após cinco dias de tratamento. Esperei até que Margarida estivesse boa para conversar, já que, segundo mensagens de sua neta, Margarida não ficou bem entre as sessões.

Após conversar com Íris, entrei no quarto de Margarida. Desta vez, recebi o bom-dia de volta. Percebo que havia um sininho ao seu lado e um terço. Pergunto se ela gosta de rezar, ao que respondeu: “*gosto*”.

- Pesquisadora: *A fé ajuda nesse momento?*

- Margarida: *Se tiver fé não vai.*

- Pesquisadora: *Alguém reza com você?*

- Margarida: *Eu rezo sozinha. Me apoio em Deus.*

- Pesquisadora: *Me conte, o que é a rádio (radioterapia)?*

- Margarida: *Radio é um aparelho, uma luz né. Vem trabalhando em cima da gente.*

- Pesquisadora: *E dói?*

- Margarida: *Não, não sente nada*

- Pesquisadora: *E é rápido?*

- Margarida: *Não é 15 minutos. Só que da reação bastante, tive falta de ar, dificuldade para respirar e tive um pouco de cansaço, foi uns três dias e aí passou. Fui três dias numa semana e dois na outra, foi cansativo.*

- Pesquisadora: *E a senhora está contente? (Poderia ter perguntado como ela estava, ao invés de induzir contentamento, mas foi o que foi possível dizer no momento).*

- Margarida: *Tô contente, pode ser que logo eu saia dessa né, tenho lutado bastante. Agora só não estou saindo pra fora por conta do frio né, fico mais deitada, também não tenho apetite de comer, como um caldinho de arroz no almoço e depois tomo um nescau, como uma fruta. Só que não tenho fome.*

- Pesquisadora: *E o que os médicos falaram para você?*

- Margarida: *Agora é só esperar, o tratamento terminou, se precisar de alguma coisa vai na consulta.*

Margarida teve duas meninas e dois meninos, considera que casou cedo com Lírio, aos dezoito anos, tendo a primeira filha aos dezenove. Foi morar na cidade há alguns anos, o que lhe trouxe descanso dos trabalhos pesados do campo. Entre a voz entrecortada, diz que

trabalhou bastante durante a vida. Enquanto falava comigo, uma perna tremia muito. Perguntei-lhe se estava com frio: respondeu que a perna sempre tremia. Toquei sua perna com uma mão e o tremor parou imediatamente. Disse a ela: *Agora parou*. E ela complementou: “*parou*”. Na mesma data falei com Íris, que relata a preocupação de Margarida com a “*falta de remédio*”.

- Íris: *E aí ela fica nessa história que não tem remédio sabe, só que o médico explicou pra nós que se ela fizesse muita rádio ela podia não voltar né.*

- Pesquisadora: *Aqui fala né (nos exames) que ela tem esse câncer no pulmão, que acomete os dois pulmões e a pleura também (leio os muitos papéis que Íris trouxe para que eu veja).*

- Íris: *O médico explicou que é pra abrir, que é pra dar uma ajuda né. Todo dia isso vem acontecendo, só um dia que ela ficou bem mal, o vômito deu uma melhorada. Então eu não sei se é eu, mas eu acho que ela tá conseguindo ter uma recuperação, pela idade dela. A gente sabe que é pra dar uma amenizada né.*

As palavras possuem poder, poder de cura e poder de adoecer, capazes de amenizar e de ferir. A família de Margarida valoriza as palavras e seus efeitos sobre ela. Prova disso é que, certa vez, Margarida foi visitar o irmão, internado em um hospital especializado em câncer, e ele lhe disse: “*Pode arrumar sua mochila, pois você é a próxima*”, e desde então a família associou esse comentário a sua piora. Acontece que Margarida perdeu uma irmã, um irmão, depois outra irmã, e depois outro irmão. Seria ela a próxima a embarcar na viagem que marca o fim de vida? Seria ela a próxima irmã?

Margarida diz que já não pode cuidar de suas plantas, de sua casa, ao mesmo tempo em que seu esposo fala de como é importante cultivar as relações, da mesma forma que as flores. Lírio conta que Margarida já fez tudo pelos filhos, e que agora são eles quem devem “*arrodear a mãe para reanimar ela*”. Reanimar, um termo médico. Enquanto que “*arrodear*”, expressão local que significa “*estar ao redor*”, diz respeito a acolher, estar junto. Não seriam os cuidados paliativos uma forma de bem viver? Acolher a pessoa, oferecer-lhe conforto e atenção, cuidados que não têm o poder de curar, mas que podem “*reanimar*” uma pessoa adoecida?

Em minha terceira visita Margarida estava ao sol, sentada na varanda. Foi a primeira vez que a vi fora da cama e nos sentamos em sequência na sala de sua casa. Elogio sua aparência e pergunto como está se sentindo.

- Margarida: *Sempre nervosa.*

- Pesquisadora: *A filha me contou que você tem chorado bastante.*

- Margarida: *Por causa da doença né, é a doença, a doença.*

[*silêncio*]

- Pesquisadora: *A senhora está com medo?*

- Margarida: *É de nervo.*

[*silêncio*]

- Pesquisadora: *E está com alguma dor?*

- Margarida: *Não, não tenho dor, acabei de levantar agora. Não tenho dor, fico muito nervosa, pois não posso fazer nada né.*

- Pesquisadora: *Não consegue mais fazer o que fazia antes?*

- Margarida: Não, nada. Ah eu cuidava de tudo, agora não da. [Enquanto Margarida falava, sua perna que tremia batia rapidamente no chão, fazendo toc toc toc]. Eu que fazia tudo, agora não tenho condição.

- Pesquisadora: Mas eles estão fazendo do jeitinho que você gosta?

- Margarida: Fazem...

[silêncio]

- Pesquisadora: E o que você consegue fazer?

- Margarida: Por enquanto nada.

- Pesquisadora: A senhora está conseguindo andar sozinha?

- Margarida: Ando, tenho um pouco de tontura mais ando.

- Pesquisadora: Então a senhora ganhou um pouco de coisa, dona Margarida.

- Margarida: É, só que a gente vê tanta gente que fez o tratamento, ficou bom e depois morreu, do câncer né, não é fácil curar essa doença. Esses dias um senhor que tinha câncer já tava bom, e agora morreu do câncer né, e aí a gente fica pensando né.

- Pesquisadora: Você tá com medo de morrer?

- Margarida: Tsc, ah quem que não tem né

- Pesquisadora: É isso que está te preocupando?

- Margarida: Preocupa, medo de morrer não né, medo de sofrer... mas sofrendo eu já to né, porque não posso fazer nada.

Falamos sobre a amiga com câncer que morreu. Pergunto se a morte dela a abalou.

- Margarida: Não. Ficou para todo mundo a morte né, só que eu quero dizer assim de um jeito mais natural né.

- Pesquisadora: A dor que você está sentindo é emocional?

- Margarida: É, não tenho dor, estou comendo melhor, tô dormindo bem.

Ter finalizado a quimioterapia e a radioterapia, trouxe para Margarida o vazio da ausência de tratamentos, gerando sofrimento por estar fazendo “nada”. Desde o momento em que se recebe o diagnóstico de câncer, inicia-se a “luta” contra ele, na qual a pessoa adoecida utiliza de todas as armas que possui, principalmente o acesso à ciência com tratamentos de saúde. Como existir sem a luta, e como conviver com o câncer sem mergulhar na lógica de combater as células malignas todos os dias? Significantes que trazem em seu escopo uma visão de “lutar contra o mal”. Penso que compreender que ela fez o que estava ao seu alcance, no sentido combativo, exige muito de uma pessoa que lutou a vida toda, como Margarida.

Neste dia, perguntei a ela sobre as fotos de família na estante, e lhe encorajei de vermos as fotos juntas. Margarida me mostrou os 12 netos e os 3 bisnetos, e alguns pude reconhecer pelas visitas. Também vimos fotos de bailes da terceira idade e de viagens, ela já não recordava das datas e da idade que tinha. Retomei a importância que ela, como mulher e mãe, tinha na família que ajudou a construir. A filha aproveitou o momento e trouxe fotos das irmãs e irmãos de Margarida, assim como de seus pais, demonstrando como a mãe compôs um legado.

A filha conta da tristeza da mãe, dizendo que Margarida fica mais triste e ansiosa a partir do entardecer, e que, quanto mais passam as horas, maior fica sua angústia, tendo que tomar um ansiolítico. Margarida fica ansiosa com gente saindo da casa, mas também fica angustiada quando está acompanhada. Deixou de fazer o tricô, o crochê e de ver a sua novela.

Antes gostava de assistir a novena e o programa *Big Brother*, mas, nos últimos tempos, se recusou até de assistir a *live* (vídeo) que a neta fez na igreja.

Margarida também parou de rezar o terço, pois lhe causava ansiedade ir passando de bolinha em bolinha. A filha diz que sugeriu à mãe rezar até onde conseguisse e depois ficar quietinha, mas ela não quis. Também não quis que o padre fosse em sua casa, ainda que gostasse muito dele. *“A gente faz tudo que pode, mas às vezes não é ainda aquele suficiente que ela está precisando”*, pontua a filha.

Antes Margarida não ficava em pé, agora estava andando e comendo melhor, mas não estava mais “na luta”. A filha diz que a mãe tem medo da morte:

“Daí eu disse mãe não fique assim porque vai passar, todos nós vamos passar por isso, ela diz que tem muito muito medo e ela não quer morrer, ela não quer morrer. Quem sabe é essa parte da mãe que a gente precisava trabalhar sabe?”

Margarida comia suas frutas num potinho, enquanto eu estava encostada num banquinho próximo da porta, estava pronta para ir embora quando o assunto emergiu, então ali permaneci. Margarida observou a filha falar, direcionando seu olhar a mim para observar se eu tinha alguma reação, em seguida disse:

- Margarida: *Eu tenho medo do sofrimento.*
 - Pesquisadora: *De sofrer antes de morrer?*
 - Margarida: *É de cair, de gente ficar cuidando.*

Vejo os olhos da filha mais velha se transformarem num vasto lago azul. A possibilidade da morte escancarada no meio da cozinha, na hora do lanche da tarde. Um dito importante: não querer sofrer. Início uma conversa sobre como a família poderia cuidar disso, para que ela não sentisse dor e nem desconforto na hora de sua morte, e que não estaria sozinha. Os presentes concordaram com “sim”, movimentos de cabeça, e palavras de assentimento. Margarida comia suas bananas picadas ouvindo atentamente, enquanto eu via o desconforto nos demais presentes na cozinha.

O diagnóstico de câncer costuma despertar sentimentos diversos nas pessoas: medo, angústia, raiva, tristeza, principalmente, medo da morte. Para uma chefe de família, como Margarida, pareceu ser extremamente difícil não poder exercer suas tarefas diárias como o cuidado da casa, das plantas e de seus entes queridos. Foi ela quem cuidou de Lírio em seu adoecimento, de forma que não suportava, agora, deixar de lado todas as atividades que compunham quem ela era.

Em nosso último encontro, entro pelo portão e vejo Margarida sentada ao sol. O dia estava ensolarado e quente. Após nos sentarmos no banco da varanda e questionar como ela estava, Margarida responde:

“Vou reagir agora né, já terminou as rádio né, já fiz as quimio e as rádio né. Só que me dá muita canseira de ficar sentada, tem que parar mais deitada né, só que esquenta. Hoje eu falei pra filha, eu tenho medo que não tenha sarado né. Porque o câncer sei lá né eles fizeram tudo que podiam né e agora me deram alta né. Eu não sei se ele estacionou. Era um pulmão e no coração né, então eu não sei se sarou mas não tenho dor nenhuma né”.

Neste dia, escolhemos realizar a entrevista no horário em que apresentava ansiedade, às 17h da tarde. Pergunto o que o entardecer representava para ela. *“Eu não gosto da noite. Eu não sei o que representa mas eu não gosto. Agora de tarde a filha vai embora né, eu fico com meu marido mas fico bem, não tô mais sentindo aquele medo. Eu tinha medo de ficar só com ele e não passar bem né, mas agora não tenho mais aquele medo”.*

Na última semana, Margarida conseguiu ir visitar os filhos no interior, arriscando uma pequena viagem de carro. *“Tomara que tenha se acabado né”*, refere, em relação ao câncer, não respondo sua pergunta.

- Pesquisadora: Como que é passar por isso?

- Margarida: Sei lá, não tem explicação, não tem. Eu comecei a me afogar com água sabe? Porque eu tenho um probleminha do coração também né. Daí quando eu falei pra ele que tava me afogando ele pediu um outro exame, daí que eu fiz e vi que eu tava com câncer.

- Pesquisadora: A senhora tinha medo do câncer, dessa palavra, já tinha ouvido falar?

- Margarida: Sempre, sempre a gente tem medo né. Porque é difícil, a pessoa vai até uma altura e de repente (...). O do esposo foi pego no início, não precisou de quimio só fez radio.

- Pesquisadora: Tem pessoas que têm câncer e melhoram... E não me deixando terminar, diz: E tem outras que não né.

- Pesquisadora: E o que a senhora tá achando da vida agora?

- Margarida: Ah eu pra mim acho que incomodo os filhos né, porque eles ficam vindo, vindo, vindo né, mas eu acho que é porque eles querem vim (sic).

No último encontro, nos sentamos no banco da varanda de sua casa, acompanhadas de sua filha. Enquanto Margarida recebia alimentação pela sonda enteral, sua filha falava sobre como eles gostavam da mãe, sobre o dedo que Margarida perdeu cortando lenha, e sobre a vida que costumava levar.

- Pesquisadora: Você está ansiosa agora?

- Margarida: Tá começando a me dá.

- Pesquisadora: É uma aflição? [pergunto vendo sua inquietação]

- Margarida: Uma ansiedade que me dá

- Pesquisadora: Quer falar do que está sentindo?

- Margarida: Não posso, não posso, não sei o que é.

Acompanhei Margarida até o final de sua alimentação, sustentando minha presença na angústia que não tinha borda. Inspirava o ar de forma muito rápida, e talvez ali consegui compreender o conceito de “dor total”. A dor total deve existir quando as palavras não podem contornar as sensações: a coisa simplesmente é, dói num sentido visceral da existência. Em nenhum momento Margarida disse, utilizando as palavras, que poderia morrer – mas ali, no

momento de sua ansiedade, comunicava sobre sua finitude, ainda que na impossibilidade de dizer.

Novos encontros foram impossibilitados pelo avançar da pandemia, com o aumento expressivo de novos casos e óbitos em nossa cidade. Sua família não foi adepta às entrevistas por videochamada. De forma que, para preservar a frágil saúde de Margarida, não mais nos encontramos. Margarida faleceu no dia 07 de abril. Sua neta Íris entrou em contato pelo aplicativo *whatsapp*, de forma que pudemos finalizar nossos encontros através de seus áudios, nos quais ela buscou responder algumas questões propostas pela pesquisa, pedi que ficasse à vontade para relatar sobre sua experiência. Sobre o adoecimento de Margarida, Íris pontuou:

“Foi difícil, foi difícil aceitar na verdade né, porque eu achava que era um sistema nervoso quando começou a paralisar a língua dela, que ela não falava né, que ela começou a ter um rouquidão na verdade. Então eu achava que era um sistema nervoso dela né, que tava fazendo tudo isso. E daí né que na verdade era pra eu ir no médico com ela e não deu certo, ela foi antes de mim e o médico pediu um negócio lá que faz da voz pra ver né, e daí nesse negócio da voz que ela fez que foi constatado, e ainda o doutor falou que não era câncer. Daí foi através de uma outra ressonância que foi feita do corpo inteiro né, porque nós sabia que ela tinha esse edema no pulmão, o enfisema pulmonar, mas nós não sabia que era tão... grave assim né. Então quando eles descobriram, quando eles me contaram, eles me falaram, mas eu assim eu não pensava que ela ia ficar tão mal igual ela ficou, eu achava que ela ia sarar, que ela ia conseguir sabe? eu sempre tive esperança disso. Mas depois de um tempo assim cuidando dela eu fui percebendo que ela não ia ter chance sabe? mas a gente sempre incentivando e sempre ajudando né, e foi difícil, mas eu consegui superar e graças a Deus né. Tipo sempre... a minha fé, eu sempre procurei sempre exercer a minha fé, orando bastante, buscando em Deus, porque a gente sabia né, que uma hora ou outra ela poderia partir né. A gente já tava com... o médico deu sete dias de vida na primeira vez que ela foi, ela torou um ano e sete meses né, então foi tudo o tempo de preparação dela, no começo eu achava que era preparação dela melhorar né, depois eu entendi o que era” (sic).

Seu segundo áudio foi sobre o tratamento de saúde de Margarida, o pedido era para que expusesse como foi percebido o cuidado recebido pelas equipes que a acompanharam, ao qual, Íris respondeu:

“O que seria bom pra ela que ela tava tomando era a vitamina né, que eles estavam passando, que ajudou bastante, fortaleceu bastante ela né, e que a saúde também tava ajudando no soro né, e a saúde, sobre a saúde, a saúde fez tudo que tava no alcance deles, fez até demais sabe? Eles iam uma vez por semana passar o soro e tudo. Agora pro final mesmo que ela decaiu muito que daí ela não conseguia nem levantar a fraqueza bateu demais né. E foi feito um exame faz dois meses antes dela par... dela falecer, eles fizeram um exame pra ver, porque a saúde liberava um exame daquele por ano, e ela já tinha feito um petcam que dizem pra ver do corpo inteiro, só que agora ela ia voltar a fazer em fevereiro e por causa da pandemia, eles fizeram uma tomografia ali no Agnus Dei ou no cad, não sei bem o certo, o médico falou pra minha mãe não tinha mais nada, ela só tava sobrevivendo com 30% de um pulmão né, então a saúde assim mesmo foi feito aquele exame pra ver se ela precisava de oxigênio, ela e no exame deu que não precisava sabe, de tanto que ela era forte pra você ver sabe? e a saúde fez tudo que estava no alcance deles, foi emprestado, a saúde emprestou um oxigênio ali, foi trazido um bujão e depois foi comprado a máquina sabe, nós tinha no quarto tudo agora pro final pra ajudar ela, mas eles fizeram tudo que estava no alcance deles né” (sic).

Buscando responder à pergunta “O que é importante para seu familiar neste momento?”, Íris respondeu no sentido do que foi importante para Margarida. Nesta questão, buscamos compreender que tipo de cuidado era importante para Margarida em seu fim de vida, quais suas necessidades, suas prioridades, e se estas foram atendidas.

“Eu sempre achei, que era importante ela descansar no senhor, que a gente tava vendo que não tinha mais, ela tava agora por último ela não conseguia nem ir pro banho mais, nós tava com cadeira de banho e tudo, a gente sabe que agora ela tá bem, tá bem melhor, porque deu tempo dela se aquebrantar tudo, a gente percebe tudo isso né, então eu como sou uma pessoa de bastante fé a gente eu consigo entender bem essas coisas assim, então eu acho, eu acharia melhor mesmo que foi ela descansar mesmo né, a gente orou, claro que a gente não pedia a morte dela, mas a gente orou e pediu pro senhor que ele fizesse o que fosse da vontade dele. Que na hora que ela tivesse preparada que ela fosse e daí o senhor concedeu né, que ela fosse tranquila, ela morreu tranquilinha ali tudo, sem sabe desespero sem nada, no oxigênio, com o oxigênio tudo, não quis ir no hospital, Deus preparou ela, preparou bem preparadinho, por isso que conforta a gente, é a confiança da gente, que a gente tem” (sic).

Na sequência, peço a Íris para que me explique o que significa, para ela, a palavra “aquebrantar”. As palavras podem possuir significação própria a partir daquele que fala. Logo, não bastava decifrá-lo. Assim, ao pontuar a dúvida quanto à palavra, Íris me respondeu de forma escrita: “Aquebrantar se arrepender”. E então por áudio:

“A gente viu ali nos últimos momentos ela transformada numa pessoa boa”. “Independente da religião que salva é Jesus, quem liberta é Jesus, precisa na hora ali aceitar Jesus, a gente né estuda a bíblia, por dentro da bíblia porque nossa religião é muito focada na bíblia, mas a gente sempre ali na nossa igreja tem os departamentos em que é feito as orações né, e eu sempre pedia desde o começo escrevia o nome dela numa caixinha e lá no final do culto do círculo de oração é orado toda quinta feira né, é e na época foi feito campanha para que Jesus mudasse a vida dela né, porque a gente tava vendo que ela é apegada aos bens materiais tudo. E né foi muita oração mesmo, a igreja orou, minhas amigas do círculo de oração me ajudaram muito, as amigas do departamento infantil também estiveram orando, a igreja inteira na verdade né. E no final assim a gente viu, e Deus preparou uma pessoa também muito boa para cuidar dela no final, uma mulher muito de Deus uma mulher de oração mesmo, e essa mulher começou a falar de Jesus pra ela, começou a mostrar por dentro da bíblia pra ela, ajudava e eu sempre falava dos testemunhos da igreja, mostrava como que era a nossa religião, como que era a bíblia, o que a bíblia dizia, os estudos eu mostrava pra ela quando eu tinha tempo, no começo ela não queria nem ouvir, e depois a gente viu ali que no final ela ficou tranquila sabe. Na terça, foi assim, terça feira antes dela falecer, primeiro uns quinze dias antes Deus usou uma irmã de igreja pra falar pra mim que eu deveria me desapegar dela que eu deveria falar que ia fazer o melhor e que se ela partisse eu iria aceitar sabe? E eu falei isso pra ela, e eu jamais pensei que eu poderia falar, sabe? E quando foi na terça feira antes de ela falecer ela me chamou eu e falou bem assim pra mim, eu fui lá ver ela depois do almoço ela olhou bem pra mim e falou: Íris que que você acha, a vó não vai sarar mais? E eu falei: Vó, eu não sei se a senhora vai sarar ou não vai, o que depende é da senhora estar com Jesus da senhora estar com ele, a senhora abrir o coração e deixar ele entrar, e deixar ele transformar tua vida e eu irei aceitar, e quando foi na quarta feira eu vi, duas horas da tarde a transformação na vida dela, que o rosto dela brilhava sabe? Que a gente viu que a mulher falou pra ela que ela se arrependesse, falei não precisa chamar padre, não precisa chamar pastor, você no teu particular... e nós fizemos a oração ali, com ela sabe, eu e a outra*

mulher, e naquela oração nós vimos Jesus aquebrantando ela, ela se arrependendo e ela se transformou-se ali sabe, então por isso eu to tranquila, e falo pra você com toda certeza que ela está muito bem” (sic).

Meus encontros com a família de Margarida terminaram desta forma, atravessados pela pandemia e, depois, pela morte de Margarida. Íris apontou por mensagem de texto que estavam junto de Lírio e o incentivaram a socializar, a sair e a conversar com pessoas que amava, buscando auxiliá-lo a seguir a vida sem sua flor. Aponta que ele estava tentando ficar bem e seguir em frente.

5.2 ROSA

Durante o ano de 2021, eu estava trabalhando em um pequeno hospital, que tem como um de seus maiores setores uma ala de reabilitação. Porém, se mantém o atendimento à população em geral em alguns leitos de Clínica Médica, de observação e Pronto Atendimento.

Numa manhã de julho, fui solicitada por uma enfermeira para atender uma paciente internada na enfermaria: *“Ela tem câncer de estômago, e quer ir embora. Ela não quer comer e não dorme, mesmo com diazepam, ela não dormiu nem duas horas, tadinha”*.

Esses atendimentos ocorreram a partir da demanda de uma mulher em desespero, que solicitava qualquer profissional de jaleco que passava em frente ao seu quarto: “eu quero ir embora”, dizia Rosa diversas vezes, com voz infantil. Penso que Rosa acreditava que, ao ir para casa, afastaria de si o conhecimento de que estaria doente, afastaria os exames, as agulhas, e a enfermidade que se materializou em sua hospitalização. Participei da reunião de gravidade que teve como objetivo contar a ela que tinha câncer. Seu esposo estava junto dela, e lhe ofereceu suporte emocional, dizendo que enfrentaria aquela situação junto dela.

Alguns dias depois, a partir do resultado de sua biópsia e de alguns exames de imagem, as palavras “fora de possibilidades curativas” criaram forma. A partir da informação de que seria transferida, e nosso vínculo rompido, é que decidi convidá-la para participar da pesquisa.

Naquela manhã, encontrei novamente a mulher de estatura pequena, pele morena, com os cabelos cacheados envoltos num rabo de cavalo, sentada em seu leito. Desde o dia em que a conheci, voltava meus olhos para sua plaquinha de identificação sob o leito, num esquecimento constante de sua idade. Rosa tinha 44 anos no momento da pesquisa: uma mulher jovem, mas com aparência envelhecida nas muitas linhas de expressão em seu rosto e na ausência de alguns dentes, alguns cabelos brancos se misturavam aos cachos escuros. Ela não conseguia manter-se numa só posição na cama, o que me gerou incomodo pelo seu desconforto.

Sentava-se curvada, para voltar a se deitar na sequência, não encontrando posição confortável no travesseiro.

- Pesquisadora: *Você está confortável?*

- Rosa: *Aham*

Explico a Rosa novamente sobre a pesquisa, seu papel na mesma, e que seria uma conversa diferente das nossas anteriores, visto que eu realizaria algumas perguntas e que outras pessoas iriam ter acesso a suas respostas. Pergunto se poderia iniciar.

- Rosa: *Pode*

- Pesquisadora: *Com quantos anos você está, Rosa?*

- Rosa: *Com quarenta e quatro*

- Pesquisadora: *Então Rosa você descobriu que tinha o câncer aqui no hospital, né?*

- Rosa: *É, eu descobri lá no hospital de Rio Azul, doutora.*

- Pesquisadora: *Foi lá em Rio azul? Eles já tinham te contado lá que você tinha? [Fiquei surpresa com essa informação].*

- Rosa: *Porque quando eu vim pro hospital aqui, aqui eu vim direto aqui, entende? Eu cuidei do meu neto até quinta feira, que eu cuidava dele o piazinho, que agora eu arrumei uma babá para cuidar dele diariamente, eu cuidei dele até quinta. Depois na sexta feira eu não aguentei mais. Levantei e tô boa, quando foi ali pras onze horas aquela dor começou aqui, abdominal aqui, e daqui foi ela pras costas e arroudeou e foi.*

- Pesquisadora: *Perto do umbigo e foi para as costas?*

- Rosa: *(Gravação incompreensível) apendicite, e nunca tive apendicite. E dali aquela dor tomou conta, não consegui fazer almoço e não consegui fazer mais nada. E eu tenho a minha filha que mora comigo, é mãe solteira, aliás tudo que eu tive esses meus problemas foi depois que ela teve as criança, porque [começou a chorar] a pessoa no momento difícil, difícil o problema porque ela, se eu quiser ir pro caminho errado, eu pego e vou, entende? se eu quiser escolher o caminho torto eu vou, vou e faço tudo errado e pronto.*

- Pesquisadora: *Caminho torto?*

- Rosa: *É, aí ela foi para um caminho assim difícil.*

Percebi que, apesar de ter iniciado a gravação dizendo que a conversa seria semelhante aos atendimentos, com a diferença de que seria registrada para uma pesquisa e divulgada, o discurso de Rosa estava tomando um rumo diferente. Se nos primeiros dias Rosa mal falava, tomada de angústia, agora parecia disposta a falar de si. Ela contou que sua filha se mudou para São Paulo com o primeiro marido e que, após algum tempo, veio a se separar. Então, aos 17 anos de idade, Violeta, como a chamarei, retornou à casa de Rosa, o que lhe “pesou”. Rosa conta que criou os três filhos sozinha, teve dois casamentos, mas apenas agora casou com alguém que gostava. Não estava feliz, sentia-se triste com Violeta, pois ela passou a se relacionar com mulheres, o que lhe trouxe profundo desgosto.

- Rosa: *Um dia ela chegou lá em casa e disse: mãe eu trouxe minha amiga para você conhecer. Amiga? ela disse é, essa aqui é a minha amiga. Eu digo não, esse outro entre aspas eu não quero aqui em casa, ela ficou ruim, ela ficava brava, aí ela mudou, mudou de um dia para outro com essa uma. E chegou um dia e ela disse mãe, estou namorando a fulana, e eu disse: Não aceito. Porque eu tô na igreja, nós somos evangélicos, eu não quero, não aceito.*

Rosa seguiu dizendo que não ia mais levar “isso” [problemas da filha] como questão para ela. Mas que lhe incomodava que a “menina” sempre estava lá junto de sua filha, pernoitando em sua casa quase todos os dias da semana. Descobriu, algum tempo depois, para aumentar sua preocupação, que sua filha estava grávida, tendo se envolvido também com um rapaz.

- Rosa: Mas aí ela se envolveu com esse cara, e se envolveu com essa [menina], e eu perguntei pra Deus: De onde veio essa criança? Entende? Aí que começou meus problemas de saúde, e aí que começou agora o câncer, eu não sei do que que começou esse eu não sei explicar, nem eu não tenho entendimento. Aí ela chegava com essa menina lá, a menina posava lá em casa, comia lá em casa, eu sou de agradecer todo mundo mas esse tipo de coisa não. Porque é a única filha que eu tenho, sabe, a única, e ela eu criei ela sozinha, eu passei sede, passei fome, não passei frio porque a prefeitura me deu a casinha. E a minha família quando soube que eu tava grávida dessa menina minha eles viraram as costas, entende? Então tem coisas assim que não tem como explicar. Aí eu comecei a trabalhar fora e fui trabalhando de diarista, de mensalista, e fui indo, fui indo, e minha família virou as costas não quis me ajudar, hoje que eles me ajudam. Às vezes ainda eu digo, engraçado, para eles: Quando eu tava passando fome e sede vocês não me deram uma assistência. Agora que eu tenho um marido, os piá, meus dois piá tão rapaz, a menina tá moça, e aí tem coisas que você tem que engolir para você não ofender.

Sua filha descobriu a gravidez tardiamente, aos 9 meses, devido a dores na bexiga que a levaram a procurar atendimento médico, momento em que descobriu que estava grávida. Rosa se propôs a ajudar a filha a cuidar do bebê, com a condição de que permanecesse em sua casa. Referiu sempre estar preocupada com os comportamentos de sua filha, que consumia bebida alcoólica e fumava, porém seu neto veio ao mundo muito “saudável”, “forte e viçoso”, o que é, para Rosa, inexplicável. Seu neto nasceu pesando 4 quilos, e agora é grudado na avó, já sabe correr, brincar e está sempre junto de Rosa. Sua filha foi embora algumas vezes e, na sequência, retornou. Rosa foi enfática quanto à importância de Violeta se dedicar nos cuidados da criança, com seu próprio suor e esforço. Aponta que passou muito mal antes da filha parir a criança, tendo picos de pressão. Rosa soube relatar as dores da filha durante o parto, e aponta que nem os vizinhos sabiam que sua filha estava grávida. Violeta passou quinze minutos desmaiada depois do parto, e descobriram apenas neste dia, que ela teria um menino. Foi um parto durante a pandemia, de modo que Rosa teve muita preocupação, pois Violeta tinha péssimos cuidados, Rosa tinha medo pela filha e pelo bebê.

-Rosa: Ficou abalada minha cabeça, porque daí eu pensei e agora? nessas pandemia, a menina bebia, fumava, e eu digo como vai ser o procedimento desta criança? para glória de Deus o menino tem uma saúde que nossa.

-Pesquisadora: Que bom!

-Rosa: Daí a única coisa que ele nasceu ressecado, é o normal né, de nenezinho né? Daí a gente ficou lá com ele uns par de dia no hospital pra vir embora e tal. Viemos para casa, a criança chegou assim como se chegasse assim num num bando de anjo

assim, sabe? Que todo mundo chegamos lá em casa, eu tenho uma cama de solteiro que estava assim, que estava dessa altura assim de roupa, o sofá cheio de roupa.

- Pesquisadora: De doação?

- Rosa: De doação. Rouparada que ó, que não tem fim, a maioria agora ela já deu não serve. Tinha um sofá lá na sala que tem, cheio de roupa, sofá, banheira, chiqueirinho, carrinho, olha não tinha o que não tem, a única coisa que comprou só foi o carrinho, o resto mais nada. Banheira, sabonete, shampoo, fralda, roupa, todo dia chegava, era de noite, era de dia. O povo é, colaboraram com ela né, deram bastante doação de roupa assim, que para ele foi proveito né? cobertor e tudo. E umas duas ou três pilhas de roupa que ainda não servem pra ele. Mas eu sempre tô em cima, porque criança já viu né? a gente tem preocupação né? O que eu posso dizer assim, começou minhas doenças, daí em diante.

Afirma que sua filha mudou, mas que tudo isso foi muito difícil para ela. Hoje mora com o esposo, com a filha, e com o neto.

- Pesquisadora: Mas você acha que isso tem a ver com o que está acontecendo com você agora?

- Rosa: Eu acho que um pouco tem, eu sei lá assim, porque a gente fica pensando né, no dia de amanhã, no futuro da criança, no futuro dela, no futuro... Sei lá a gente se preocupa.

- Pesquisadora: Preocupação.

- Rosa: É, muita preocupação. Ela tá estudando ainda, que ela estuda ainda, por celular, por causa do online lá.

- Pesquisadora: Quantos anos ela tem?

- Rosa: Ela está com 18.

Rosa diz que se preocupa com os exemplos que a filha dará ao neto, por namorar uma mulher. Mas que Violeta cuida do filho, trabalha registrada, e que zela de seu filho e é atenciosa, mas que ainda assim se preocupa. Pergunto à Rosa como está sendo para ela estar doente.

- Rosa: Ah, eu de ontem pra cá me conformei mais um pouco assim [soluços] tô mais conformada, porque não adianta cair em desespero, né? é pior. Aí sobe minha pressão, abaixa minha pressão, tem que ter uma medida certa né.

- Pesquisadora: Nos últimos dias você estava bem ansiosa, né Rosa?

- Rosa: Estava, bem ansiosa.

- Pesquisadora: Não estava conseguindo nem conversar.

- Rosa: Humhum, estava bem agitada. Na verdade estava com medo de cair em depressão né? Que a depressão começa tudo assim né? Única coisa só que eu tava com medo era de cair em depressão assim, que na verdade foi um choque muito grande, pra mim tudo.

- Pesquisadora: Você não imaginava.

- Rosa: Não, porque uma semana eu tive só dor de estômago, rente. Só aquela dor de estômago, que não parava nada no estômago, não tinha fome, não tinha apetite, fui indo fui indo, não, não tinha assim, aquele apetite sabe? de comer. E, daí eu notei e falei pro meu esposo, eu to emagrecendo, que eu sou gorda, meu peso é 70. Daí ele disse já viu que você ta emagrecendo, e eu tava emagrecendo mesmo, e fui emagrecendo bastante.

- Pesquisadora: Você emagreceu quantos quilos?

- Rosa: Uns dez mais ou menos, por aí. É rápido, eu me distrai muito de vereda, eu notei, eu percebi, e daí que eu fui consultar com o médico no posto né.

- Pesquisadora: Aí que você viu que tinha alguma coisa errada?

- Rosa: Tinha. Eu falei pro doutor lá em baixo, pro médico lá de baixo, só que ele não resolveu nada.

- Pesquisadora: O médico do posto?

- Rosa: *Aí ele pegou e pediu uma tomografia, a minha cunhada me levou, aí ele disse que eu tava com um rim dilatado, bastante dilatado, água no pulmão e barro na vesícula. Eu disse: Barro na vesícula? É a pedra. Agora nessa questão eu sei lá, a gente fica pensando né.*

- Pesquisadora: *O que você tem pensado?*

- Rosa: *Que daí uma enfermidade puxa a outra, às vezes pode ser pedra e as vezes não, e agora apareceu o câncer, e pode ser isso que apareceu todas essas dor, né?*

- Pesquisadora: *E você está com dor agora?*

- Rosa: *Não, hoje não amanheci com dor, dor, dor não.*

- Pesquisadora: *E para comer, dói?*

- Rosa: *Não... depende alguma assim, se eu comer dói. Que ele queima e dói ali onde eles abriram né.*

- Pesquisadora: *Foi feito alguma coisa?*

- Rosa: *Hãhã?*

- Pesquisadora: *Eles fizeram alguma coisa, mexeram?*

- Rosa: *Eles tiraram, mexeram no estômago, o dia que fui fazer a endoscopia né, eles tiraram uns pedaços do estômago. Eu fiquei uns três dias com dor no estomago daí, que daí não aquela dor, mas o que caía ali queimava sabe? Então foi isso, eu vi os exames e tudo. Aí eu me obriguei a ir pra Rio Azul. Porque o médico daqui, não daqui desse hospital, lá do postinho, olhou na ecografia que ele pediu e falou que ele não tinha o que fazer.*

- Pesquisadora: *Como assim?*

- Rosa: *É, falou que não tinha o que fazer mais. Ele falou ó: eu não vou nem pedir exame mais para a senhora, porque não tem o que fazer. E daí eu fiquei assim né?*

- Pesquisadora: *Mas o que será que ele quis dizer com isso?*

- Rosa: *Decerto que eu ia morrer, só tinha que ser né. Pro médico chegar assim e ó não tem o que fazer. Daí viemos embora com a Camélia (vizinha), que ela que me leva lá para as consultas, cheguei em casa e falei pro meu esposo: Ó o médico falou que não tem o que fazer, não vai pedir mais exame porque não tem o que fazer, se não tem solução né. Aí ele disse: não então vamos pra Rio Azul. Conversamos com meus filhos, os dois rapaz meu, juntamos um dinheiro lá, e fomos pra Rio Azul, lá é 150 a consulta. Fomos lá e o médico estava bravo, meu Deus do céu, ele ficou super bravo. Ele disse: não existe isso aí não tem lógica, ele falou não tem lógica porque a senhora não está morrendo, não vai morrer e não vai ficar inválida. Diz o médico ele é muito atencioso também. É muito bom o médico lá, daí consultamos lá, e de lá ele mandou eu vim pra cá de volta. E que daí lá ele pediu todos os excessos de, de pediu um monte de exame, está tudo aí né, e daí eu não vi mais o doutor. Aí ele explicou que podia ser uma úlcera, barro na vesícula, água no pulmão que eu tinha e já não tem mais, ele falou que já saiu a água do pulmão, o rim dilatado, que ainda tava, não sei como que tá agora. Ele disse que não é caso de morte, que não é caso de você se preocupar e nem entrar em pânico ele falou, isso aqui nós vamos resolver, nós vamos estudar, e vamos ver o que podemos fazer. Ele é muito bom o médico lá também, ele deu bastante atenção assim, é, atenção né. Ele disse, não, não é assim que pode fazer. Aí ele foi e receitou os remédios tudo, até receitou um remédio lá, o nome de um remédio errado, porque ele ficou nervoso na hora né, depois ele passou por via telefone o nome dos remédios.*

- Pesquisadora: *Ele ficou nervoso?*

- Rosa: *O doutor (nome do médico) ficou, por telefone do médico [palavra incompreensível] Ele disse isso não existe, não existe um troço desse aí. E se você veio aqui é porque daqui nós vamos encaminhar você pra frente, até nós ver. Ele é muito bonzinho assim, atencioso, só que o médico lá do posto, infelizmente, eu não gostei dele.*

- Pesquisadora: *Não foi bom com você.*

- Rosa: *Não, fiquei preocupada, como não vai ter o que fazer, já viu?*

- Pesquisadora: *Sempre tem algo que pode ser feito, né Rosa?*

- Rosa: *Claro que tem, se há vida tem esperança, e aí ficou assim, não voltei mais consultar com ele.*

Rosa teve ajuda de vereadores, fez o internamento pelo SUS, apenas teve que pagar sua endoscopia, no valor de 400 reais. Pergunto a ela o que é mais importante para ela naquele momento.

- Rosa: Ah, fazer o tratamento né doutora. Fazer o tratamento, se cuidar, as demais coisas Deus toma conta. Agora é fazer esse tratamento para ver se sara logo né? Por isso que eu digo quanto antes a ambulância viesse me buscar melhor né. E aí a gente já está mais conformado né, que não adianta entrar em pânico também, nas minhas opinião era isso.

Rosa ansiava ir logo, para logo retornar. Estava com saudades de cuidar de sua casa, já que não podia mais trabalhar fora. Zelar de sua casa, estar próxima às pessoas que ama. Refere que as irmãs da igreja lhe levam cesta básica, a ajudam a lavar as roupas, e lhe fazem doações. Aponta que sabe que lhe cuidam bem no hospital, pois dão atenção, lhe acordam para ver como ela está, que a alimentam e lhe medicam, mas que nada é como sua casa. Conta que já foi para um hospital especializado em câncer, como acompanhante de sua vizinha, a qual fazia quimioterapia.

- Rosa: A única coisa que eu penso é que eu tenho medo que caia meu cabelo. Única coisa, mas também já, já tirei da cabeça e... porque ela não perdeu o cabelo, a Amélia. E então, aí às vezes a gente pensa né, aqueles cano, aquelas coisa, aqueles treco que eles põem lá. Que a gente já viu muitas coisas terríveis lá. Então as vezes fica assim, né? [lágrimas], fico pensando.

- Pesquisadora: O seu cabelo é importante para você?

- Rosa: É, meu cabelo é.

- Pesquisadora: O seu cabelo é longo.

- Rosa: É longo. É cumprido.

- Pesquisadora: Na sua religião usa cabelo longo?

- Rosa: Longo, não corta.

- Rosa: O meu cabelo não cresce mais, agora embolei ele um pouco

- Pesquisadora: Está bonito

- Rosa: Está [lágrimas]

- Pesquisadora: O cabelo não é o que te faz uma mulher, são todas as outras coisas

- Rosa: É, é verdade

- Pesquisadora: A gente não sabe se você vai perder o cabelo ou não Rosa, mas se for pra cair, vem um novo.

- Rosa: É, vem um novo, pode usar uma touca, um chapuzinho alguma coisa

- Pesquisadora: Lenço

- Rosa: Lenço, é, vai revezando.

- Pesquisadora: E o que aconteceu com sua amiga?

- Rosa: Ela tinha câncer no estômago, uma lesão né. E aí foi complicando, chegou uma hora que não deu mais, aí ela faleceu e a menina dela morreu com 12 anos também, teve que tomar morfina e aí não aguentou, mocinha de 12 anos a mãe e a filha. Tudo vizinha, mas a vida é assim né, só que tudo é na hora que Deus quer né, não é como a gente quer.

- Pesquisadora: E como está sua fé agora?

- Rosa: Hoje está mais renovada, mais renovada, mais fortalecida, e a gente também vai orando a Deus pedindo a Deus né.

Rosa relata que quer logo ir para o outro hospital, pois não quer ficar parada, para “enfrentar de cara” as coisas.

- Pesquisadora: Como assim?

- Rosa: Você enfrenta as coisas, sabe? você chega lá e sabe que você vai ter que fazer as atitudes que você vai ter que tomar, tem várias opções. No meio de tantos você vê muita experiência que te ajuda, te dá força, né? Tem uns que tá caindo, tem outros que tá caindo um pedaço de um osso, tem outros que tá jogando as coisas de dentro pra fora, tem outros que tá entubado, entre a pandemia e essas coisas, e você vai vendo, você vai olhando, esse e aquele lá assim né, e agora assim também né, o teu psicológico você vai trabalhando, eu acho assim.

Apresentava grande esperança de ir logo, para retornar logo, e também de uma provável cirurgia, apesar do desconhecimento da situação. Rosa pontuou que colocou Deus à frente das situações, pois ele saberia o que fazer. Finalizamos a nossa conversa com Rosa dizendo que é bom conversar e se abrir, e lhe tranquilizei frente à atenção que também receberia no outro hospital.

No dia seguinte, Rosa realizou uma consulta em ambulatório especializado, sendo encaminhada, no mesmo dia, para o hospital especializado na capital. Passado o final de semana, escutei de uma enfermeira, pela manhã, que a família foi avisada de que “não teria o que fazer”.

6. DISCUSSÃO

A psicanálise, ao considerar que corpo e mente não estão dissociados, rompe com o dualismo cartesiano, e amplia o olhar na compreensão do adoecer. Assim, é possível considerar que doenças orgânicas podem advir de afecções psíquicas, e também que afecções somáticas causam grande sofrimento emocional.

A partir do discurso de Rosa e Margarida, foi possível compreender os seus dizeres em dois escopos, os quais se configuram como possibilidades de análise. O primeiro, com Rosa, diz do encontro com o Real do câncer. O Real, enquanto conceito proposto por Lacan, se refere ao registro psíquico que só pode ser contornado pelas conjecturas imaginárias e simbólicas, pois aponta para o encontro com o traumático e com aquilo que não pode ser simbolizado, que é a morte. Dizer sobre o encontro com o Real busca diminuir a angústia deste encontro e produzir novos sentidos. Com Margarida, em sua dificuldade de dizer, encontramos o segundo escopo, a partir das similaridades com o fenômeno psicossomático, conceito difícil de Lacan, frente ao qual há a possibilidade de compreensão dos momentos vivenciados com ela.

O câncer possui diversos fatores de risco e possíveis causas, ainda assim, a ciência ainda não descobriu um fator comum a todas as formações neoplásicas malignas que possam ser tomadas como elemento causal. Na grande maioria das vezes, a busca pelo “elemento causa” do câncer, exclui o sujeito da história (DOS SANTOS; DIAS; BARRETO, 2012). Essa exclusão configura um posicionamento, retirando do sujeito a possibilidade de dizer algo sobre

o próprio padecer, no enlace de sua história. O adoecimento grave mobiliza questionamentos de ordem emocional, espiritual, familiar, laboral e de laço social. Estes acontecimentos do corpo interessam à psicanálise, à medida que questionam:

[...] as vias que levam o conflito psíquico a manifestar-se na esfera somática, aceitando acolher aquilo que a ciência de sua época rejeitava – os sonhos, os lapsos, a histeria e, inclusive, outra anatomia, imaginária –, Freud fundou a Psicanálise, desenvolvendo uma clínica e um aparelho teórico que buscam permitir a compreensão das diferentes passagens e relações entre as manifestações psíquicas e corporais (VOLICH, 2000, p. 62).

Cukiert e Prizskulnik (2002) colocam que, apesar de Lacan não ter discutido a corporeidade de forma específica, o corpo foi abordado pelo autor em sua relação com os conceitos e formulações de sua teoria. De modo que o corpo pode ser pensado em sua articulação com os três registros: “no ponto de vista do imaginário: o corpo como imagem, do ponto de vista do simbólico, o corpo como significante, e do ponto de vista do Real, o corpo como sinônimo de gozo” (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002, p.144). “Que existam no inconsciente cadeias significantes que subsistem como tais, que a partir dele estruturam, agem sobre o organismo, influenciam o que aparece externamente como sintoma, essa é a base da experiência analítica”, coloca Lacan (1957, p. 410).

No que concerne aos estudos sobre o psiquismo terem influência no adoecimento do corpo, estes são mais antigos que a própria psicanálise. O termo psicossomático foi forjado em 1818 pelo clínico e psiquiatra Heinroth (GUIR, 1988), mas à época a ciência se dedicava aos ideais positivistas, para os quais as doenças possuem existência autônoma, com etiologia e um agente patogênico específico, assim, o termo só foi difundido em décadas posteriores.

Os ideais positivistas tornaram-se o discurso científico dominante com Descartes (1596-1650), filósofo que postulou que o ser humano é dividido entre mente (abstração etérea) e corpo (concreta) e que o estudo de cada uma requeria uma metodologia própria (KOVACS, 1992). Este pensamento reducionista dominou a medicina, que até hoje, se fundamenta no método cartesiano.

Jean Guir (1988, p.56) considera a psicossomática da seguinte forma: “Uma abordagem que ultrapasse as significações individuais e as particularidades psicológicas, propondo os fenômenos psicossomáticos como manifestações no simbólico, desmistificando a personalização das doenças e descartando qualquer psicologização desses fenômenos”. Mais tarde, em 1940, o termo psico-somático foi integrado como psicossomático e, enquanto substantivo, passou a designar a influência do psiquismo na determinação das doenças orgânicas (ZIMERMAN, 1999). O que a clínica psicossomática fez “foi restituir à psicanálise

uma problemática – o corpo – que, apenas por um equívoco, ficou-lhe alheia por tantos anos” (FERRAZ, 2010, p. 188). O fenômeno psicossomático aponta para um adoecimento que toma o corpo, frente ao qual o sujeito não encontra um sentido, o qual fica como “solto”, não simbolizado, provocando sofrimento e carecendo de significação.

Escutar o sujeito pode tornar possível construir uma história para o adoecer, “nem que seja por meio de uma elaboração secundária, que não restituiria seu sentido “causal” ou “verdadeiro” – se ainda fôssemos positivistas! – mas oferecer-lhe-ia uma oportunidade de ingressar na categoria de formação do inconsciente” (FERRAZ, 2010, p.188). O inconsciente é compreendido aqui, enquanto “um leitor das experiências vividas pela carne, traumáticas pelo excesso e pela precariedade do lugar em que puderam ser escritas” (MANSO; CALDAS, 2013, p. 116).

Trata-se, então, da possibilidade de trilhar, através da fala, sentidos e construções em torno do adoecimento na relação com os acontecimentos da vida, a partir da singularidade de cada um. Dejours (1991, p.36), apontado por Ferraz (2010), coloca:

A partir do seu surgimento, o sintoma pode conhecer dois destinos: ou bem a intencionalidade se detém no sintoma, ou bem ela se prolonga no movimento de realização de seu sentido [...] Se a escolha do sujeito é deter as coisas, o sintoma não tem sentido. O cenário vai de uma intencionalidade sem significação a um tratamento médico convencional, em regra, nos dias de hoje. Se a escolha é concluir o trabalho do sintoma, então talvez o sentido possa ter lugar. Com a condição, todavia, de que sua vontade encontre a do outro, e isso quer dizer, no presente caso, um analista disposto a oficializar esta intencionalidade.

Em caso de fenômenos psicossomáticos, nos deparamos com um sujeito que apresenta uma grande dificuldade de simbolizar, para os quais a “causa” de seu padecer se encontra fora do campo do simbólico. Kovacks (1992, p.96) aposta que a “desfusão” das pulsões, causa somatizações graves, uma vez que a pulsão de morte se encontra livre e predominante,” nos defrontamos com situações de sofrimento, que podem manifestar-se nas áreas somática, mental e social, em todas elas. Essa predominância em seu auge pode levar à morte emocional (na loucura) e à morte do corpo, através de somatizações graves”. Conforme a pontuação de Jung (2015, p.1):

Auxiliando o paciente a afastar-se da culpabilização pela doença, precisamos entender como a pulsão de morte transita. O conceito de pulsão de morte nos faz pensar no movimento contra a vida e no não-investimento do sujeito. Pois bem, parecem ser momentos onde vida e morte se tornam uma repetição incansável e onde a esperança oscila, aparece e desaparece, não consolidando bordas, não marcando um contorno. Há uma espécie de desligamento da vida e do desejo, como um atravessamento no vazio e na ausência.

Para compreender o sujeito adoecido, faz-se necessário considerar que, “a partir do corpo real, anatômico, fisiológico, configura-se um outro corpo, um corpo imaginário, que se constitui, a partir do desamparo primordial, através da relação com um outro ser humano”

(VOLICH, 2000, p.1) não sendo possível dissociar o corpo simbólico do organismo, como se o sujeito apenas habitasse o corpo, não tendo nenhuma consideração sobre os processos de saúde e doença. “Compreender os processos orgânicos não nos autoriza a jamais excluir a participação do psiquismo como causa. O fato de a ciência comprovar minuciosamente a existência e a ação dos mecanismos bioquímicos, bacteriológicos ou genéticos não equivale a negar o psiquismo” (SCHILLER, 2005, p. 91).

A psicanálise veio a demonstrar que este corpo era um corpo trabalhado pelas pulsões, um corpo sexual, que existe na mente como um corpo construído. A psicossomática, filha bastarda da medicina com a psicanálise, veio demonstrar o quanto a mente é capaz de produzir manifestações no corpo biológico [...] representa a redescoberta de que a mente nasce e morre com o corpo, e de que este corpo é também, simultaneamente, produto da mente, tanto quanto esta é produto daquele (ÁVILA, 1995, p. 19).

Ávila (1995, p.7) pontua ainda que, embora as doenças sejam definidas em entidades nosológicas, todos os adoecimentos são pessoais:

[...] independente do diagnóstico, da evolução conhecida da doença, do prognóstico e dos recursos terapêuticos empregados, o que se constata, diariamente, é que o indivíduo dá um curso pessoal ao seu enfermar, atribuindo significados à sua doença, ao seu médico, ao tratamento e a toda situação. Embora existam processos típicos, e evoluções características dos quadros, e é isto aliás, o que permite que a Medicina se constitua como saber objetivo, também existem incontáveis variações individuais.

Neste sentido, foi possível articular a vivência do câncer à luz da psicanálise, considerando: Que lugar têm o câncer na vida desta pessoa? Ao que ele responde a este sujeito (considerando o sujeito inconsciente)? Que significado é dado a este padecer? Como o cuidado oferecido impacta a vida e a experiência de adoecimento desta pessoa e família?

6.1 ROSA E SEUS ESPINHOS

Nos primeiros três encontros com Rosa, encontrei uma mulher despedaçada pela angústia, que pedia para ir embora para cada profissional que encontrava, como uma criança que pede pela mãe, Rosa pedia por sua casa, com uma voz e atitude infantil. Em nossos primeiros encontros, ofereci minha escuta e minha presença, recebendo poucas elaborações e muitos pedidos. Em nosso quarto encontro, após saber que possuía um câncer metastático, lhe sugeri sobre a entrevista da pesquisa, como: uma possibilidade de auxiliar outras pessoas a compreenderem o que é importante neste momento de descoberta de um câncer grave. Neste dia, Rosa mudou sua postura, falando sobre seu adoecimento e sua vida. “Tal mudança de lugar frente aos seus sintomas e sofrimento é condição para a transferência”, coloca Teixeira (2006, p.31), sendo este momento de acolhimento necessário para que a implicação frente ao que lhe ocorre possa acontecer, abrindo campo para uma mudança de posição frente ao adoecimento.

O pedido para que Rosa falasse parece ter lhe gerado um efeito de sentido diferente do que estava acostumada, visto que “engolia” as mais diversas situações dentro de suas relações familiares, ainda que passasse fome, ainda que passasse sede e, ainda que não tivesse um lar. Engoliu, ainda, os relacionamentos da filha, com os quais não concordava, na impossibilidade de dizer. Frente a essa impossibilidade de dizer, e a necessidade de engolir é que Rosa viveu muitas situações, descobrindo, porventura, um câncer no estômago!

O momento da entrevista foi lugar de digerir acontecimentos e de se colocar em lugar de desejar alguma coisa. Postura que tomou de forma deliberada, quando colocou seu adoecimento no trilho de sua relação com a filha, numa implicação dos males de sua vida em seu padecer.

E eu tenho a minha filha que mora comigo, é mãe solteira, aliás tudo que eu tive esses meus problemas foi depois que ela teve as criança, porque [começou a chorar] a pessoa no momento difícil, difícil o problema porque ela, se eu quiser ir pro caminho errado, eu pego e vou, entende? se eu quiser escolher o caminho torto eu vou, vou e faço tudo errado e pronto.

A relação da filha com outra mulher, somada a uma gestação vivenciada de forma imprudente causaram em Rosa grande descontentamento e preocupação. Suas palavras não impediram que a filha vivesse de acordo com sua própria vontade. Ao engolir as situações Rosa apresentava grande sofrimento, visto que as experiências que relata são para elas intragáveis.

Aí eu comecei a trabalhar fora e fui trabalhando de diarista, de mensalista, e fui indo, fui indo, e minha família virou as costas não quis me ajudar, hoje que eles me ajudam. Às vezes ainda eu digo, engraçado, para eles: Quando eu tava passando fome e sede vocês não me deram uma assistência. Agora que eu tenho um marido, os piá, meus dois piá tão rapaz, a menina tá moça, e aí tem coisas que você tem que engolir para você não ofender.

Frente à (im)possibilidade de ofender o outro e perder o amor de sua família, Rosa preferiu, deliberadamente, manter para si tudo que acreditava ser desagradável, não sem um preço: “O sujeito com uma afecção psicossomática não possui recursos para integrar um traumatismo psíquico a não ser através de seu corpo; aqui há um silêncio simbólico e a falha na elaboração psíquica, onde o corpo se torna uma linguagem” (OLIVEIRA; ROSA; BONATTO; OLIVEIRO, 2006, p. 16).

Visto que, dizer algo sobre seu mal-estar poderia lhe causar perda do amor do outro. No discurso de Rosa, o amor e sua ausência colam-se à alimentação, assim é preciso engolir até mesmo as palavras e opiniões, para que este amor siga existindo. O câncer iniciou com uma lesão onde o amor mais lhe doía, o qual lhe fez recordar de seu próprio lugar de filha, que passou sede e fome. As relações familiares são ponto nodal para o sofrimento de Rosa, que desloca a rejeição de sua família para sua relação com Violeta:

Mas aí ela se envolveu com esse cara, e se envolveu com essa [menina], e eu perguntei pra Deus: De onde veio essa criança? Entende? Aí que começou meus problemas de saúde, e aí que começou agora o câncer, eu não sei do que que começou esse eu não sei explicar, nem eu não tenho entendimento.

O saber não sabido, que é, na sequência, esquecido! Eis o saber inconsciente. Lacan aponta que o inconsciente aparece na claudicação: “No sonho, no ato falho, no chiste - o que chama atenção primeiro? É o modo de tropeço pelo qual eles aparecem. Tropeço, desfalecimento, rachadura. Numa frase pronunciada, escrita, alguma coisa se estatela” (LACAN, 1964/2008, p. 32). Um achado, que, rapidamente percebido como uma confusão, um engano, é interrompido: *Aí que começou meus problemas de saúde, e aí que começou agora o câncer / eu não sei do que que começou esse eu não sei explicar, nem eu não tenho entendimento.* “Um achado que é, ao mesmo tempo uma solução” (LACAN, 1964/2008, p.32) e ainda, “a surpresa - aquilo pelo que o sujeito se sente ultrapassado, pelo que ele acaba achando ao mesmo tempo mais e menos que esperava - mas que, de todo modo, em relação ao que esperava, de um valor único” (LACAN, 1964/2008, p. 32).

Em sua associação, dentro do que era possível naquele momento, Rosa define o início de seu adoecimento, para, em seguida, desmentir sua compreensão. “Ora, esse achado, uma vez que se apresenta, é um recheado, e mais ainda, sempre está prestes a escapar de novo, instaurando a dimensão da perda” (LACAN, 1964/2008, p. 32). O recalque vem para barrar o dito, efetuando um apagamento. “O que é ôntico, na função do inconsciente, pois o segundo tempo, que é de fechamento, dá a essa apreensão um caráter evanescente” (Ibidem, 1964/2008, p. 98).

Não sem causar um movimento, visto que, a partir desta fala, Rosa passa a historicizar seu adoecimento. A desorganização em nível biológico, que é o adoecimento, trouxe para Rosa uma série de questões até então adormecidas (visto que foram todas engolidas). O adoecimento por câncer, “enquanto fenômeno não-passível de uma explicação completa e satisfatória, proporciona ao sujeito deparar-se com o furo no registro simbólico” (DOS SANTOS; DIAS; BARRETO, 2012).

O que se implica afinal, é o que Rosa diz, e é a partir do que ela mostrou que foi possível compreender o seu adoecimento e a forma como ela significa o seu câncer.

- Rosa: Ai ele pegou e pediu uma tomografia, a minha cunhada me levou, ai ele disse que eu tava com um rim dilatado, bastante dilatado, água no pulmão e barro na vesícula. Eu disse: Barro na vesícula? é a pedra. Agora nessa questão eu sei lá, a gente fica pensando né.

- Pesquisadora: O que você tem pensado?

- Rosa: Que daí uma enfermidade puxa a outra, às vezes pode ser pedra e as vezes não, e agora apareceu o câncer, e pode ser isso que apareceu todas essas dor, né?

Brousse (2004, p. 63) observa que qualquer que seja a estrutura do sujeito feminino “o x do desejo materno assumia sempre, num determinado momento da análise, o valor da morte”. Chama a atenção o tema da alimentação no discurso de Rosa, em sua articulação com seu papel de Mãe e também, enquanto ocupa um lugar de Filha, e de como o significante fome se cola ao seu lugar de filha, enquanto que, em seu lugar de mãe, existe o movimento de alimentar esta filha grávida, engolindo o relacionamento de Violeta com outra mulher, ainda que lhe causasse sofrimento, na tentativa de não repetir o que foi feito consigo.

A dimensão traumática do sofrimento encontra-se vinculada a um excesso de excitação, por trauma ou perda, excesso que, se o sujeito não se encontra capaz de elaborar, escoar para o corpo (FILGUEIRAS; LISBOA; MACEDO; PAIVA; BENFICA; VASQUES, 2007). De modo que, com Rosa, poder falar disso que lhe é traumático pode fazer suplência e estruturar algo em torno do “vazio” (FARIA; STARLING, 2019), produzir palavras com as sobras do Real impossível de simbolizar.

Aí ela chegava com essa menina lá, a menina posava lá em casa, comia lá em casa, eu sou de agradar todo mundo mas esse tipo de coisa não. Porque é a única filha que eu tenho, sabe, a única, e ela eu criei ela sozinha, eu passei sede, passei fome, não passei frio porque a prefeitura me deu a casinha. E a minha família quando soube que eu tava grávida dessa menina minha eles viraram as costas, entende?

Ao mesmo tempo, há quase uma confusão entre si mesma e sua filha. Se outrora foi rejeitada pela própria família, Rosa busca com muita dificuldade, não repetir sua história familiar de “virar as costas”, porém as escolhas de Violeta lhe dificultam tal tarefa, uma vez que as desaprova. Não deixar de alimentar e cuidar desta filha, que também acabou engravidando, torna-se extremamente penoso para ela. Chama a atenção de que é difícil para Rosa ver Violeta tomar as próprias decisões, tornar-se um sujeito com escolhas próprias, para além das expectativas de Rosa.

Segundo Marcos (2011) a relação mãe e filha nos dá a ver aquilo que do real não se deixa encobrir pelo simbólico, e pontua: “O que é essencial, para Lacan, é o fato de a mãe se situar como Outro primordial para o sujeito. Para o sujeito, trata-se de saber se ele se tornou desejado ou não; ele busca no desejo da mãe um lugar para se situar no Outro” (MARCOS, 2011, p. 272). Rosa, enquanto de filha de alguém, sentiu-se esfomeada e abandonada, largada à própria sorte. Buscou, enquanto Mãe de alguém, não repetir os mesmos erros para com a filha. Violeta, no entanto, “vira as costas” para o que Rosa havia demandado a ela (amor), o que ascende em Rosa a dimensão traumática de seu abandono.

Uma mãe pode ser uma devastação para uma filha (LACAN, 1973/2003). Rosa, ao ser abandonada grávida passou por inúmeras dificuldades e grande incerteza ao depender de ajuda

de terceiros, sem apoio emocional e em vulnerabilidade social. O genitor de Violeta nem entra nesta história, pois é para com a própria família que Rosa pontua seu desamparo. Ao ser abandonada grávida, Rosa sobreviveu a crueza das provações, na ausência de alimento, conforto, segurança e apoio, ao relento. Chama a atenção que, ao adoecer, significantes como “barro, pedra e água” têm espaço em seu discurso, de modo que a crueza fica demarcada também aí, na escolha pelos elementos naturais, que se tornam perigosos pois causam doenças.

Todo ser falante, homem ou mulher, deve se constituir a partir do Outro. As duas operações de constituição do sujeito, a alienação e a separação, evidenciam a constituição do sujeito a partir do Outro. Há que existir o momento da alienação no significante do Outro para que o sujeito encontre um lugar no mundo simbólico. O Outro como lugar da fala, lugar do tesouro dos significantes, é também marcado pela falta. A criança depara-se com a falta no Outro e pode a partir daí separar-se e se constituir como sujeito do desejo (MARCOS, 2011, p. 279).

A identificação aparece demarcada quando Rosa cita que sua filha teve mais de uma criança: “*Aliás tudo que eu tive esses meus problemas foi depois que ela teve as crianças*”. Rosa teve dois filhos e uma filha, enquanto que sua filha teve apenas um menino. Em sua própria história, ao ter as crianças, é que passou por todas as provações: como a sede, a fome, e o desamparo. “A base material do inconsciente como dados imediatos é o tropeço, o escorregão, o deslizamento de palavra a palavra. Aqui estamos no nível imediato a partir do qual se elucubra” (MILLER, 2003, p. 23). O que realmente gera grande sofrimento em Rosa é o seu próprio abandono.

Ao final de nossa conversa, Rosa traz o discurso médico que lhe condena: “Não tem o que fazer”. Ao anunciar que não havia mais nada a ser feito, o primeiro médico retira as possibilidades de Rosa, negando-lhe, até mesmo, a possibilidade de elaborar qualquer outro desfecho ou razão para esse adoecimento. Como expõe Peres, Arantes, Lessa, Caous (2007, p. 85): “Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada”.

-Rosa: Eles tiraram, mexeram no estômago, o dia que fui fazer a endoscopia né, eles tiraram uns pedaços do estômago. Eu fiquei uns três dias com dor no estomago daí, que daí não aquela dor, mas o que caía ali queimava sabe? Então foi isso, eu vi os exames e tudo. Ai eu me obriguei a ir pra Rio Azul. Porque o médico daqui, não daqui desse hospital, lá do postinho, olhou na ecografia que ele pediu e falou que ele não tinha o que fazer.

- Pesquisadora: Como assim?

-Rosa: É, falou que não tinha o que fazer mais. Ele falou ó: eu não vou nem pedir exame mais para a senhora, porque não tem o que fazer. E daí eu fiquei assim né?

- Pesquisadora: Mas o que será que ele quis dizer com isso?

-Rosa: Decerto que eu ia morrer, só tinha que ser né. Pro médico chegar assim e ó não tem o que fazer.

“Não tem o que fazer” retira do sujeito a possibilidade de qualquer ato, qualquer cuidado, qualquer possibilidade de amenizar o sofrimento. Para muitos, afasta a possibilidade de dizer sobre o sofrimento. Além do afastamento dos profissionais de saúde daquele que está em processo ativo de morte, provavelmente por questões emocionais próprias em se deparar com o fim de vida (COSTA; SANTOS; LOHMANN; BERNARDES, 2021; SANTA ROSA; COUTO, 2015; MENDES; LUSTOSA; ANDRADE, 2009). Assim, muitas vezes o que é ofertado ao paciente em fim de vida resume-se aos cuidados de higiene e medicação: para que não sintam dor, para que falem, para que não falem do que sentem, e assim, para que não demonstrem o mais humano na morte.

Frente ao que é sem sentido, o que resta é inventar algum, ou ainda, utilizar os disponíveis: destino, vontade divina, provação. A morte seria o limite do analisável, mas se o paciente demanda um Outro que lhe escute, é porque a questão da morte precisa ser falada (MORETTO, 2001).

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

E, neste caso, cabe àquele que escuta a dor, propiciar que o sujeito possa inventar algum sentido para o que lhe passa, não o deixando cair no abismo gélido do real. Já para a medicina, o mínimo que lhe cabe é aliviar a dor e, quando o alívio não é possível, resta providenciar conforto (BLASCO, 2018). Ainda como coloca Blasco (2018, p. 108): “urge saber descobrir a missão do médico quando a técnica é insuficiente” Teixeira (2006, p.34), aponta que, “como máxima da prática terapêutica, seja médica ou analítica, entendemos que o *pathos* precede o *logos*. É a experiência ética consigo e com os outros que deve nortear o exercício clínico”. Neste caso, com Rosa, temos um médico que lhe tirou a possibilidade de conforto, e outro que, frente à impossibilidade de cura evidenciada, buscou privar Rosa da gravidade de sua doença.

A formação ética do médico é uma necessidade imperiosa para construir sólidos alicerces, sobre os quais se possa apoiar um modo coerente de atuação. Se carecer dela, o médico pratica uma ética de ocasião, ignorando os fundamentos, e com a possibilidade frequente de errar, mesmo com a melhor boa vontade. Para uma atuação ética, boa vontade não é suficiente; é preciso conhecimento dos fundamentos, da natureza humana, da dignidade que dela decorre (BLASCO, 2018, p. 110).

Atuar de modo digno, e ético é estar a serviço da vida, eliminar a dor, preservar as faculdades mentais o maior tempo possível, possibilitar que tenha um dia a dia próximo à

normalidade (BLASCO, 2018), visto que a prioridade não é viver mais tempo, mas viver melhor o tempo que se tem. A prática médica não busca a desalienação do sujeito, mas a confirma, uma vez que põe o conhecimento e a ação nas mãos do médico, e o paciente como objeto deste conhecimento e ação (ÁVILA, 1995).

Conforme Okon (2005), os pacientes querem ser tratados como pessoas, e não como doenças, e serem observados como um todo. No caso de Rosa, o médico, ao dizer que não havia nada a ser feito, desconsiderou que Rosa tem emoções, objetivos e propósitos, que Rosa faz parte de uma família, tem um papel dentro dela e na sociedade. Ávila (1995) pontua que, ao colocar a doença como um mal a ser afastado, cujas causas são físicas e biológicas, o sujeito é isolado de seu padecer, assim como os aspectos sócio-culturais, esquecendo-se daquele que sofre.

Além do afastamento do sujeito em sofrimento, há de se considerar que, por mais incurável que seja a doença, existe e persiste a dor, que se manifesta em todos os aspectos: Física (e outros sintomas físicos de desconforto); Dor emocional (ansiedade, depressão); Dor social (medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório) e Dor espiritual (SAUNDERS; SYKES, 1993). Ignorar estes aspectos significa abandonar o paciente ao próprio acaso, e impossibilitar que esta pessoa, que ainda vive, possa vivenciar seu adoecimento de uma outra forma. Como colocam Peres e colaboradores (2007, p. 85): “Uma pessoa com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada”.

Ter reconhecido a gravidade de seu padecer durante a hospitalização gerou, de forma inconsciente e consciente, impactos na escuta, tendo propiciado com que Rosa tenha conseguido realizar associações, que quiçá, não conseguiria em outro momento. Sobre a angústia frente ao encontro com a morte, Leite (2011, p. 10) salienta que “não há como curar o homem da angústia como encontro do real, isto é, como encontro daquilo que é a falta última, o não-sentido, pano de fundo de toda existência”, mas se não há possibilidade de cura da doença, o que é possível neste momento é falar sobre ela, torná-la palpável com as palavras, bordeja-la e escrevê-la no eixo da própria vida.

6.2 MARGARIDA: UM IRMÃO, UMA IRMÃ, UM IRMÃO, UMA IRMÃ...

Áporo:
Um inseto cava
Cava sem alarme
Perfurando a terra
Sem achar escape.

Que fazer, exausto,
em país bloqueado
enlace de noite
raiz e minério?

Eis que o labirinto
(oh razão, mistério)
Presto se desata:

em verde, sozinha
antieuclediana,
uma orquídea forma-se.

Drummond de Andrade, 1945, p. 142

Áporo aponta para um problema de difícil solução ou cuja solução é considerada impossível, também é o nome de um inseto himenóptero (inseto cavador), e é o nome dado ao gênero de plantas de uma família das orquídeas (DÍCIO, 2022; PRIBERAM, 2022).

A escuta pela psicanálise busca, transferencialmente, “o deslocamento da história da doença, para a história do doente” (TEIXEIRA, 2006, p. 67). Em nosso primeiro encontro, Margarida me convidou a fazer as perguntas, apontando que me daria as respostas, demonstrando, de certo modo, que sobre ela mesma (além da doença), não havia o que ser dito.

Começo a análise de nossos preciosos encontros com o poema de Drummond de Andrade, discutido por Naffah Neto e Cintra (2012, p. 36), que traduz a “situação do pesquisador e do intérprete em psicanálise que se encontra em um impasse, sem conseguir chegar a uma nova compreensão da situação de sofrimento e sem conseguir encontrar uma saída”. Que fazer, exausto, em país bloqueado?

Margarida foi escutada em dias e momentos diferentes, do inverno à chegada da primavera. Sua entrevista se estendeu nos meses, mas não a sua fala. A família relata que ela sempre foi uma mulher de fé, e antes de adoecer costumava rezar e ir à missa. Nas entrevistas, mencionou Deus apenas uma vez, após ser convidada a falar sobre os objetos em seu quarto: “*Eu rezo sozinha. Me apoio em Deus*”. A neta e a filha revelaram sua dificuldade em rezar o terço, pois lhe causava ansiedade ir passando de bolinha em bolinha. Também não quis que o padre fosse à sua casa, ainda que lhe estimasse. “*A gente faz tudo que pode, mas às vezes não é ainda aquele suficiente que ela está precisando*”. Sua dor não se traduzia em seu discurso, ficando colocada ao “nervo” que sentia.

Todos os dias, às 17 horas da tarde era tomada por intensa angústia, levando a família a medicá-la com ansiolíticos. Margarida apenas pontuava suas emoções, havia “nervo”, havia “medo” e havia “morte”, mas esses significantes ficavam soltos, presos nas tentativas de puxar um fio que tecesse uma conversa.

- Pesquisadora: *Como está se sentindo hoje?*
- Margarida: *Sempre nervosa.*
- Pesquisadora: *A filha me contou que você tem chorado bastante.*
- Margarida: *Por causa da doença né, é a doença, a doença.*
[silêncio]
- Pesquisadora: *A senhora está com medo?*
- Margarida: *É de nervo.*
[silêncio]

Em torno do “nervo” não havia nada, as perguntas, como que soltas no ar, não faziam laço com Margarida. Em determinado momento ela diz: “*Ah eu cuidava de tudo, agora não dá (...) Eu que fazia tudo, agora não tenho condição*”. Os fenômenos psicossomáticos, ao contrário dos adoecimentos históricos, funcionam por fora da lei do significante, com uma “percepção como trauma de fato, que não encontra representação e que se mostra pela via da erupção direta no corpo, rompendo a rede da cadeia simbólica sem o alarme da angústia” (LANIUS, 2020, p. 76).

A solidificação de S1 e S2 impede a vinda de outros significantes, já que eles ocupam o mesmo lugar. O primeiro significante, aquele do traço unário, representa um sujeito ao ser introduzido no campo do Outro por outro significante (S2) sob o qual o sujeito é representado e desaparece na afânise, significante que faz entrar em jogo o sujeito como falta. Se há holófrase, o sujeito não aparece como falta, mas como monólito cuja significação se iguala à mensagem enunciada (CAMPANARIO, 2004, p. 1).

No último encontro, nos sentamos no banco da varanda de sua casa, acompanhadas de sua filha. Enquanto Margarida recebia alimentação pela sonda enteral, apresentou grande ansiedade, com tremores e respiração rápida.

- Pesquisadora: *Você está ansiosa agora?*
- Margarida: *Tá começando a me dá.*
- Pesquisadora: *É uma aflição?* [pergunto vendo sua inquietação]
- Margarida: *Uma ansiedade que me dá*
- Pesquisadora: *Quer falar do que está sentindo?*
- Margarida: *Não posso, não posso, não sei o que é.*

Ao se deparar com uma doença muito grave no próprio corpo, há a impossibilidade de elaborar a totalidade dessa experiência pelas vias do simbólico. Há algo da falta de sentido, de irrepresentável. Freud (2010/1915) aponta que a atitude do sujeito frente à morte é sempre do espectador, não compreendendo e simbolizando esta experiência para si.

O que chamamos de nosso “inconsciente”, as camadas mais profundas de nossa alma, constituídas de impulsos instintuais, não conhece em absoluto nada negativo, nenhuma negação — nele os opostos coincidem —, e por isso não conhece tampouco a própria morte, a qual só podemos dotar de um conteúdo negativo (FREUD, 1915, p. 179).

No caso de Margarida, mais do que falar do câncer, também foi difícil dizer sobre qualquer outra coisa. “Quando o corpo é a grande referência do sujeito que sofre, a lesão que se apresenta ao analista, muitas vezes previamente nomeada pelo saber médico, coloca-se como

ponto de estofo, regulando a vida e os pensamentos do paciente, atormentando-o” (NICOLAU, 2008, p. 984). O câncer estava dado e Margarida não encontrava palavras para falar sobre ele. “É letra escrita na superfície corporal, local privilegiado no qual se mostra e se vê o rastro do gozo do Outro, os vestígios, as pegadas da passagem do Outro que não se apagaram, e que não participam da história” (LANIUS, 2020, p. 76).

Frente ao Real do adoecimento por câncer, ao horror ao diagnóstico, à possibilidade da morte, é preciso produzir alguma coisa para não cair no vazio, mas o congelamento dos significantes fez cessar as representações sobre seu adoecer. O adoecimento é, desta forma, inegavelmente atrelado ao psiquismo daquele que o vivencia, não é possível vivenciar o câncer de formas idênticas, pois cada sujeito possui suas próprias amarras simbólicas, sua singularidade.

No caso de Margarida, a repetição do significante “nervo”, sem desdobramento para novas interpretações, remete à uma cadeia de significantes que está “parada, gelificada, carente de simbolização” (MORAIS, NICOLAU, PEREIRA; REIS, 2014, p. 4). Ferraz (2010, p. 188) coloca que, “quando um sintoma surge no corpo, ele é o resultado de uma simbolização que foi abortada, que não se fez. Mas não podemos negar-lhe o caráter de rudimento”.

Conforme Nicolau (2008, p. 976), neste fenômeno “o que não foi simbolizado, ou simbolizado de forma precária, retorna no real do corpo, ocorrendo um congelamento, uma fixidez de gozo, fora da linguagem”. O câncer em estágio avançado, metastático, dito no senso comum como “estado terminal” é de um real incontornável. Margarida não consegue dizer sobre o câncer, imprimir sentido a ele ou qualquer causa a ele (mesmo se essa escrita fosse a de dizer que o câncer não tem causa), tornando o adoecimento puro sofrimento.

Jean Guir (1988/1983, p. 26) aponta que, para fenômenos psicossomáticos, os significantes não podem se ligar a outros significantes, “entravando, deste modo, o efeito de afânise do sujeito. Há uma espécie de bloqueio, de congelamento do significante no corpo do sujeito, um curto-circuito que será responsável pelas manifestações lesionais”. Suas palavras estavam bloqueadas, assim como o câncer que bloqueava sua traqueia.

A ausência da afânise do sujeito implica que não há intervalo entre S1 e S2 (primeiro par de significantes), ficando estes significantes fundamentais holofroseados. Lacan se refere à holófrase como emassamento, gelificação, cristalização, colagem, implicando dizer que o significante materno ou mestre (S1) não é substituído pelo significante da metáfora paterna (S2) (NICOLAU; GUERRA, 2012, p. 229).

Atravessar o tratamento e o adoecimento implica numa ruptura na imagem que se tinha de si, mudança muitas vezes não aceita pelo narcisismo. O câncer, enquanto fenômeno não-

passível de uma explicação completa e satisfatória, proporciona ao sujeito deparar-se com a falta no Outro, com o furo do registro simbólico (SANTOS; DIAS; BARRETO, 2012, p.1).

Colada no “nervo”, Margarida parecia identificada com o discurso do irmão de ser a próxima. No *Seminário 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (1964/2008), Lacan refere sobre a indução significativa do fenômeno psicossomático, em que o desejo do Outro não aparece ao sujeito como falta, mas como desejo inquestionável (NICOLAU; GUERRA, 2012).

Frente ao real do câncer, na impossibilidade de dizer, foi o discurso da neta que emprestou à Margarida as palavras que não havia encontrado sozinha. “Quando o sujeito está petrificado por sua doença, seu corpo se torna fonte ilimitada de gozo, apontando para um corpo onde a palavra desertou, não havendo uma escrita legível” coloca Nicolau (2008, p. 975). Como pontuam Moraes, Nicolau, Pereira e Reis (2014, p. 6) “enquanto o sujeito não aparece, este gozo lesiona os órgãos e aos poucos vai acabando com o sujeito, reduzindo-o à matéria, a um “pedaço de carne”, a um organismo [...] que mata o sujeito do desejo e pode matar também o organismo”.

As entrevistas com Margarida ocorreram durante a pandemia de COVID-19, de modo que nossos encontros tiveram de ser suspensos com o crescente do número de casos. O acompanhamento com sua família continuou de forma remota. Nas palavras da neta, Margarida teria aceitado seu fim, tendo conseguido compartilhar sua dor, e retomar o vínculo com a espiritualidade e religiosidade em seu último dia de vida.

Enquanto conceito, espiritualidade se refere à busca pessoal de respostas sobre o significado da vida, num relacionamento com o sagrado e com o que transcende (KOENIG, 2004), não estando limitada a uma crença (PANZINI; ROCHA; BANDEIRA; FLECK, 2007). Conforme Esperandio e Leget (2020, p. 23) “há consenso entre os pesquisadores sobre a noção de espiritualidade como sendo mais ampla e distinta de religiosidade e referida às questões de sentido e propósito” (ESPERANDIO; LEGET, 2020, p. 23). Enquanto a prática religiosa está atrelada à crença na existência de Deus, tendo seus próprios dogmas e sentidos.

Na psicanálise, a espiritualidade no escopo da religiosidade vem fazer frente ao desamparo (NEGREIROS, 2003), enquanto algo que oferece o complemento frente à falta constitutiva do sujeito. A busca é pelo conforto frente ao desespero e a nossa fragilidade, vindo dar conta da incompletude e da falta de sentido, dos encontros com o real. Para Freud (1996), a procura da religião é a procura por um pai protetor, sendo a defesa contra o desamparo, similar ao sentido na infância.

A religião, portanto, é como uma das mais fortes sugestões de que posso ser salvo, de que posso ser completo, de que posso ser consistente comigo mesmo. A ideia de Deus nos remete a um Outro que me protege da minha necessidade de amparo, da minha situação de impotência. É a figura da onipotência que trata de recobrir a angústia (FERNANDES; OLIVEIRA, 2016, p. 39).

Para pensar a espiritualidade, em uma leitura analítica, Noé (2010), utiliza como exemplo o jogo “*Fort-da*”. O jogo trata-se da brincadeira, analisada por Freud (1920), realizada pelo neto de um ano e meio. A interpretação realizada por Freud foi de que o menino utilizou um carretel para lidar com a ausência da mãe por algumas horas, invertendo sua posição subjetiva na partida da mãe, de passiva para ativa.

Afinal percebi que era um jogo e que o menino apenas usava todos os seus brinquedos para jogar “ir embora”. Um dia pude fazer a observação que confirmou minha opinião. Ele tinha um carretel de madeira, em que estava enrolado um cordão. Nunca lhe ocorria, por exemplo, puxá-lo atrás de si pelo chão, brincar de carro com ele; em vez disso, com habilidade lançava o carretel, seguro pelo cordão, para dentro do berço, através de seu cortinado, de modo que ele desaparecia, nisso falando o significativo o—o—o—o, e depois o puxava novamente para fora do berço, saudando o aparecimento dele com um alegre “da” [“está aqui”]. Então era essa a brincadeira completa, desaparecimento e reaparição, de que geralmente via-se apenas o primeiro ato, que era repetido incansavelmente como um jogo em si, embora sem dúvida o prazer maior estivesse no segundo ato (FREUD, 2010/1920, p. 128).

Freud aponta que a brincadeira representa uma realização cultural da criança, sendo uma resposta positiva a uma experiência dolorosa. Noé (2010, p.176) propõe que a brincadeira traduz, também, a função da religião na vida psíquica do sujeito, pois trata-se da experiência de aprender a largar, mas ao mesmo tempo continuar confiante de que o objeto amado solto não está perdido para sempre; mas que está ali, onipresente, bastando para isso tirar o lençol e puxá-lo de volta para si. Para Zanette e Brum (2016, p.62), a sublimação por meio da religião tem como foco a crença de alguém que trará de volta o carretel, aliviando o medo. “Esta seria, portanto, uma ressignificação das inseguranças infantis, causadas pelos papéis paternos representados na figura de um ser superior e infalível, o pai que sempre devolverá o carretel”.

De Camargos e colaboradores (2015) apontam que a espiritualidade e a religiosidade são algumas das estratégias de enfrentamento mais utilizadas em pacientes com câncer, principalmente em períodos de maior dificuldade. O cuidado nem sempre é realizado por profissionais, muitas vezes, despreparados para realizar e oferecer este tipo de acolhimento ao paciente, de modo que esta oferta se torna parte do suporte familiar.

O Outro primordial, Grande Outro chamado Deus, esteve presente em todas as épocas da cultura. [...] Que Deus seja invocado e evocado como salvador ante o desamparo e como causa e garantia da existência humana é o que tem mostrado, para além das religiões, a história da cultura e do seu mal-estar (TEIXEIRA, 2004, p. 53).

Os áudios de Íris esboçam o final da vida de Margarida, pelo olhar de uma neta que realizou o cuidado da avó durante todo o seu adoecimento. Neste cuidado, chama a atenção o significante utilizado por ela: “aquebrantar”, ao qual pedi que me explicasse, obtendo a resposta: “*A gente viu ali nos últimos momentos ela transformada numa pessoa boa*”.

De Margarida pouco se sabia, seus contornos foram apontados pela neta, pela filha e pelo esposo. Nada saberíamos sobre sua ansiedade noturna, se não fosse pela filha, assim como sobre a necessidade de ser transformada, e sobre seu apego a bens materiais, se não fosse por Íris.

- Íris que que você acha, a vó não vai sarar mais? E eu falei: Vó, eu não sei se a senhora vai sarar ou não vai, o que depende é da senhora estar com Jesus da senhora estar com ele, a senhora abrir o coração e deixar ele entrar, e deixar ele transformar tua vida e eu irei aceitar, e quando foi na quarta feira eu vi, duas horas da tarde a transformação na vida dela, que o rosto dela brilhava sabe? Que a gente viu que a mulher falou pra ela que ela se arrependesse, falei não precisa chamar padre, não precisa chamar pastor, você no teu particular... e nós fizemos a oração ali, com ela sabe, eu e a outra mulher, e naquela oração nós vimos Jesus quebrantando ela, ela se arrependendo e ela se transformou-se ali sabe, então por isso eu to tranquila, e falo pra você com toda certeza que ela está muito bem”.*

Se Margarida não podia dizer, felizmente ela pôde escutar. Elizabeth Kubbler-Ross (1996), em observações com pacientes em fim de vida, pontua a importância da fé nos derradeiros momentos de vida, tendo atestado que, quando nada mais há a ser feito do ponto de vista clínico (e dito), o doente pede para ser atendido por um religioso e não mais pela equipe médica (médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc). Peres e colaboradores (2007) colocam que as intervenções espirituais podem diminuir a dor e trazer conforto, tais como: vontade de escutar, atenção e aceitação. Destas, Margarida teve uma abertura para escutar seus familiares e obteve muita atenção de sua família.

A família compõe um dos atores mais importantes quando se trata de cuidados paliativos, sendo muito difícil realizá-los sem os laços familiares. A família é o *locus* do afeto, das lembranças, de amor ou desamor. É aquilo que se organiza ou desorganiza frente a um adoecimento. Íris sempre apresentou grande preocupação com sua avó, Margarida. A família recorreu à pesquisa acreditando que seria bom para a avó poder conversar com alguém. O cuidado para Margarida sempre fora, para eles, primordial. Lírio pontua a importância dos filhos rodearem a mãe, e a *reanimarem*, para que a vida pudesse novamente surgir nos olhos de Margarida. E, de fato, durante sua radioterapia paliativa, Margarida ganhou forças, pôde sentar-se ao sol, estar junto de sua família, comer os alimentos que gostava e, ainda, sair de casa, passear.

Ao mesmo tempo em que Lírio dava indícios de perceber a gravidade do câncer de Margarida com sua pontuação sobre “*seu câncer ser diferente*”, Íris levou muito tempo para aceitar a terminalidade da avó, da qual era cuidadora. Foi uma amiga da igreja que lhe sugeriu para desapegar da avó e, neste desapego, Margarida pode perceber, frente à mudança de posicionamento da neta, de que havia chegado em outro patamar de sua jornada.

A espiritualidade e a fé em algo maior foi uma das estratégias de enfrentamento neste grupo familiar: frente ao câncer, pela crença na cura a partir da vontade de Deus, e também frente à morte, também entendida como vontade de Deus. Na morte, a garantia de que a partida também fora “concedida” trouxe conforto a Íris:

“Eu acharia melhor mesmo que foi ela descansar mesmo né, a gente orou, claro que a gente não pedia a morte dela, mas a gente orou e pediu pro senhor que ele fizesse o que fosse da vontade dele. Que na hora que ela tivesse preparada que ela fosse e daí o senhor concedeu né, que ela fosse tranquila, ela morreu tranquilinha ali tudo, sem sabe desespero sem nada, no oxigênio, com o oxigênio tudo, não quis ir no hospital, Deus preparou ela, preparou bem preparadinho, por isso que conforta a gente, é a confiança da gente, que a gente tem”.

Íris esboça o seu desejo: Da vontade dele, no tempo dela, mas que a vida seguisse o seu curso: Se não há a possibilidade de cura, é a morte que está colocada. Íris esboça com rodeios a inevitável partida da avó, mas não sem salientar que não seria por seu desejo, mas pelo desejo de Deus: “*pediu pro senhor que ele fizesse o que fosse da vontade dele. Que na hora que ela tivesse preparada que ela fosse e daí o senhor concedeu né*”. Demonstra, ainda, que a família já estava preparada, neste ponto, para a partida de Margarida, mas era preciso que ela mesma se permitisse partir. Seria essa uma preparação possível?

Existe uma vasta literatura em cuidados paliativos que sugere que a morte precisa ser “aceita” pelo paciente, e que sua partida pode ocorrer de forma tranquila, delicada e limpa, sem deixar vestígios do horror que espreita uma partida. A chegada da morte, quando precedida de uma doença incurável que se prolonga e causa sofrimento aos familiares, pode ser considerada um alívio, uma vez que simboliza o fim do sofrimento do ente amado e o descanso e recomeço de sua família. Entretanto, não sem deixar uma marca, uma mancha daquilo que não é contornável com palavras. Um aviso sobre a finitude de todos que vivenciam esta experiência.

Adoecimentos graves causam uma ruptura na rotina familiar, que precisa se reorganizar para dar assistência e assegurar a pessoa adoecida. Essa reorganização não é sem consequências, pois afetam o trabalho, o lazer, a vida financeira, mas, principalmente, a esfera emocional dos cuidadores. Cuidar de alguém que se prepara para a morte causa, em cada um, encontros com o Real da morte, com o impossível de simbolizar.

No caso de Margarida, mais do que falar da morte, também foi difícil dizer sobre o câncer. Seu discurso trouxe a quimio, a rádio, a pele, a fraqueza: O corpo!

O sujeito é tomado de assalto por esse gozo avassalador, é capturado por ele e revela uma grande dificuldade em dar novo sentido ao seu sofrimento, em constituir um novo significante que venha dar sentido à sua dor. O gozo faz com que o corpo fique numa relação de exclusão com a cadeia da linguagem. Nesse caso, o que faria uma borda, uma barreira a esse gozo que a-sujeita seria o campo da linguagem, a restituição do significante aprisionado, fixado à nada ao circuito de significantes (NICOLAU, 2008, p. 984).

Seu câncer foi para ela um intruso, um estranho, que nada tinha a ver com ela e com sua história, a qual teve muita dificuldade em conhecer. É interessante como, frente às possibilidades de encontro com Margarida, em um ambiente sempre florido, ora quentinho pelo fogão a lenha, ora iluminado pelo sol ou tomado pela agradável brisa da primavera, sua dificuldade de falar tenha prevalecido em tantos momentos.

O real da doença é petrificante, mas é preciso falar sobre ele, retirar o sujeito do abismo, bordejando novos sentidos para o adoecimento, ainda que em forma de ficção. Para Margarida, o câncer foi um intruso, o que tornou seu adoecimento puro sofrimento, congelado no significante “nervo”, impossibilitando encontrar novos sentidos. Apesar de não querer morrer, fixou-se na ordem de partidas de sua família, como a margarida que é despetalada no jogo da criança: “bem me quer, mal me quer”, uma irmã, um irmão, uma irmã.

Apesar da palavra “cuidados paliativos” estar colocada nos papéis de Margarida, este cuidado não lhe foi direcionado pelas equipes que a acompanhavam. Tornou-se, para sua família, apenas um outro nome para “não há mais nada a ser feito”, mas que não impediu que fizessem os cuidados paliativos por si mesmos. O conforto de Margarida foi realizado graças ao amor e carinho de sua família, que preferiram mantê-la em casa, alimentá-la com o que gostava, chamar uma psicóloga pesquisadora para escutá-la, levá-la a pequenos passeios e realizar seu conforto e acolhimento espiritual.

7. QUEM CUIDA DAS FLORES?

Fica evidente, em Rosa e Margarida, além da dificuldade em elaborar o sofrimento, o desentendimento do que seriam os cuidados paliativos e a ausência de um cuidado em rede. A pergunta da pesquisa visava responder: Quais são as necessidades e as vivências de pessoas acometidas por um câncer grave e incurável? Foi possível dizer sobre suas vivências, teorizar sobre suas experiências psíquicas e discorrer sobre o encontro com o real do câncer, mas os cuidados paliativos não apareceram.

Margarida tinha um câncer grave e incurável, que se prolongava no tempo, e em todos os seus papéis a palavra “cuidados paliativos” estava demarcada. No entanto, sobre cuidados paliativos, Margarida nada sabia. Ao desconhecer este cuidado, desconhecia a fase de sua doença e suas possibilidades de conforto. Fato é que Margarida não teria sido escutada por uma profissional de psicologia se sua neta não procurasse a pesquisa. Isso demonstra que, ainda que Margarida tenha sido acompanhada pelo posto de saúde de sua cidade, carecia o entendimento e a compreensão de que estes eram seus últimos meses, dias e, com isso, oportunidades para falar sobre sua história, compartilhar momentos com sua família, comer as comidas que gostava, realizar pequenas atividades e passeios, e rever pessoas que amava.

Margarida permaneceu acreditando em sua cura até sua última semana de vida, até que uma conversa franca com a neta Íris, a qual decidiu “desapegar” da avó, lhe emprestou as palavras ao dizer que Margarida não iria mais sarar. Após traduzir sua finitude em palavras, fato que Margarida já devia sentir, ela pode voltar-se para a sua espiritualidade uma última vez e, assim, partir.

Rosa recebeu a notícia de que seria transferida para um hospital de câncer dias antes de nossa entrevista, mas já havia ouvido do médico do posto de saúde que “não havia mais o que fazer”.

-Rosa: [...] Então foi isso, eu vi os exames e tudo. Ai eu me obriguei a ir pra Rio Azul. Porque o médico daqui, não daqui desse hospital, lá do postinho, olhou na ecografia que ele pediu e falou que ele não tinha o que fazer.

- Pesquisadora: Como assim?

-Rosa: É, falou que não tinha o que fazer mais. Ele falou ó: eu não vou nem pedir exame mais para a senhora, porque não tem o que fazer. E daí eu fiquei assim né?

- Pesquisadora: Mas o que será que ele quis dizer com isso?

-Rosa: Decerto que eu ia morrer, só tinha que ser né. Pro médico chegar assim e ó não tem o que fazer.

Esta sentença levou Rosa a procurar atendimento em outra cidade. Seu próximo médico não lhe relatou sobre a gravidade de seu adoecimento e sobre as possibilidades de tratamento, ao contrário, extirpou a gravidade do adoecimento de Rosa, quando pontua “não é caso de morte”, “de pânico”, “de entrar em desespero”, segundo as palavras dela. O segundo médico lhe retira a possibilidade de um tratamento, pois, ainda que não haja cura para a doença, sempre há o que ser feito em termos de cuidado.

Enquanto seu primeiro médico deixou a morte mais próxima, seu segundo médico não suportou o que se mostrava na clínica de Rosa, e mentiu sobre a gravidade de sua doença. Kovács (1996, p. 192) aponta que predisposições sobre o tempo de vida são “algo totalmente dispensável, pois na maior parte das vezes está errado e traz angústias frequentemente

desnecessárias. Obviamente, isso não implica em omitir a gravidade do quadro clínico do paciente”, e fazê-lo passar por procedimentos ou situações que não lhe trarão bem-estar.

O sujeito “não morre só da doença, mas também como ser humano” (KOVÁCS, 1992, p. 194), isso é facilmente esquecido. Morrer abruptamente de uma doença ceifa a vida, mas não ceifa a dignidade. Morrer lentamente, sem cuidados paliativos é, para dizer o mínimo, muito difícil. A própria experiência de luto, nestes casos, não inicia no momento da morte, mas quando o sujeito percebe que ela é inevitável (KOVÁCS, 1992). Quando estampada em suas inúmeras perdas: o corpo previamente silencioso agora grita, na drástica diminuição da autonomia e da independência, assim como a perda do direito de ir e vir, de opinar, de decidir, e, em alguns casos, do direito à verdade.

Uma vez que paliar significa recobrir com um manto (FIGUEIREDO, 2008), este cuidado relaciona-se a um tratamento atencioso, que busca manter as capacidades do sujeito, ao mesmo tempo em que alivia a dor, e o qual só pode ser realizado de forma completa junto de uma equipe multiprofissional, pautada em diretrizes no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018). Esses pressupostos estão relacionados à garantia de ausência de dor; A independência e o não abandono; O controle e a autonomia para tomar decisões a respeito do próprio cuidado, inclusive para recusar intervenções; A possibilidade de ser escutado por alguém, em seus medos, sentimentos, esperanças; E a possibilidade de escolher onde deseja permanecer para morrer (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 2000).

Com Margarida, o cuidado foi realizado por mulheres, suas filhas e neta, acompanhando o que é registrado na literatura (GAIOLI; FUREGATO, SANTOS, 2012; MESSIAS, 2005; MORAIS, 2009), sobre este cuidado ser realizado majoritariamente por mulheres. De cuidados paliativos elas pouco sabiam, mas buscaram realiza-lo, mantendo Margarida sem dor, com companhia, incentivando sua socialização, além de terem realizado o cuidado espiritual, que era tão importante para ela. Enquanto que Rosa, permeada de conflitos familiares, apostava na companhia de sua vizinha e de seu querido esposo. Até então, Rosa relatava muitas dores e desespero frente às más notícias que ouviu e, até então, recebera pouquíssimo acolhimento. Seu sofrimento não foi paliado, e dela foi velada, por vezes, a realidade sobre seus sintomas, trazendo desamparo e dificuldade de falar sobre sua história.

8. ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

A pesquisa com seres humanos, perpassada por uma escuta psicanalítica, é viva e única, não se pode quantificar ou replicar. Margarida e Rosa trouxeram mais do que informações a respeito de sua experiência com o câncer - trouxeram sua dificuldade de encontrar espaços de

elaboração de questões. Não se trata de encaixar seus discursos em categorias pré-estabelecidas, pois suas entrevistas, que cristalizaram seu sofrimento, apontam para fenômenos completamente particulares e, por uma coincidência, semelhantes no que diz respeito à dificuldade de *dizer*. Encontrei, em Margarida e Rosa um fato em comum que só pôde ser discutido no depois. A pesquisa tinha como objetivo principal compreender as necessidades de pacientes com uma doença ameaçadora à vida, e o que encontrei como resposta foi a importância do próprio trabalho de escuta.

A pesquisa inicialmente se propôs a abarcar os cuidados paliativos, neste ponto do trabalho compreende-se que a possibilidade da palavra, em situação de urgência subjetiva e fim de vida é um cuidado paliativo por excelência. No palco da urgência, tornamos o sujeito protagonista de sua experiência e historiciza-se a dor. “O que podemos oferecer a ele são possibilidades de vida com a angústia e com o mal-estar, possibilidades de repensar a si mesmo na tentativa de não tornar insuportável a já tão irremediável dor de existir” (LACAN, 1998, p. 788).

Não foram encontrados índices de que os Cuidados Paliativos tenham sido realizados nos moldes da teoria e da especialidade. Com Margarida, o conforto e cuidado foi propiciado apenas pelos familiares, e não pelas equipes de saúde, ainda que Cuidados Paliativos estivessem escritos em todos os seus papéis. Cuidados Paliativos implica em palição, e sua aplicação apenas num pedaço de papel contribuiu para a confusão: “é paliativo, não têm o que fazer”. Rosa teve o “médico bom” e o “médico ruim”, considerando como bom médico aquele que lhe deu esperança, ainda que tivesse prescrito suas medicações de forma errada. Chama atenção o “médico ruim” ter sido aquele que lhe ceifou as possibilidades de qualquer cuidado.

A escuta com Rosa demonstrou a importância da elaboração das experiências e de se colocar como sujeito de desejo. Em ambiente hospitalar é o psicólogo ou psicanalista que vai de encontro com o paciente, instaurando uma demanda de escuta. Após este primeiro encontro cabe a pessoa enferma decidir pela sua continuidade. Conforme Disaró (2017), em serviços que atendem exclusivamente pelo sistema único de saúde, cujos usuários tem baixo nível socioeconômico e pouco contato com a escuta analítica, é preciso ofertar o atendimento e lançar um convite para sua continuidade, tal como: Posso retornar?

Já na rede básica, como parte integrante de equipes de Estratégia de Saúde da Família, o psicólogo pode ofertar a escuta como um cuidado paliativo em visitas domiciliares. Segundo Gois e Maranhão (2019) comumente os pacientes em cuidados paliativos atendidos pela rede básica são acompanhados em seus lares, pois estão acamados ou com dificuldade de locomoção, casos em que a família também está implicada no cuidado.

Frente ao sofrimento emocional causado pelo adoecer a escuta qualificada têm seu palco privilegiado de atuação. Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional propicia uma escuta ativa e uma comunicação eficaz entre equipe e família, elencando sobre as fragilidades, contradições e conflitos que podem emergir neste momento.

Ao terem espaço para falar sobre o seu adoecimento, Rosa e Margarida trabalharam questões psíquicas, sua história de vida, suas percepções sobre o cuidado em saúde e suas dificuldades na elaboração deste momento da vida. A escuta pela psicanálise, ainda que em forma de entrevista, demonstrou a importância de compreender os conflitos inconscientes que perpassam o adoecimento, e a importância da pessoa adoecida poder falar de sua própria história, sendo um cuidado paliativo importante.

Rosa trouxe a dificuldade de elaboração psíquica com elementos próprios para uma flor: água, pedra, barro. Margarida parecia identificada com o discurso do irmão, como a margarida que é despetalada no jogo da criança: bem me quer mal me quer, uma irmã um irmão uma irmã. O padecer de Margarida e Rosa emergiu imbricado a situações não resolvidas, atrelados aos seus próprios lugares em relação com o Outro (papéis familiares, de filiação, sociais).

Falar sobre a própria vida, bordejar com palavras um lugar para o câncer e para o adoecimento, ainda que em estrutura de ficção, constitui-se uma das necessidades para adoecimentos graves. Esse horror pode ser apenas contornado, mas é preciso dizer sobre ele, retirar o sujeito do abismo. A responsabilidade é para com a própria vida, a possibilidade é de reconexão com a própria história, para poder responder o tal do “Porquê Eu? Porque comigo?”, não a partir do discurso do outro, mas da própria significação.

9. REFERÊNCIAS

AMPARO, D. M; MAGALHÃES, A. C. R; CHATELARD, D. S. **O corpo: identificações e imagem.** 2013.

ANDRADE, C. C. D; MOREIRA, L.R. Reflections on palliative care. **Hospice and Palliative Medicine International Journal: MedCrave.** v.1, 2017. Disponível em: <<http://medcraveonline.com/HPMIJ/HPMIJ-01-00030.pdf>>. Acesso em 26 de novembro de 2020.

ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente** (L. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.(Original publicado em 1977), 1990.

ÁVILA, L. A. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. **Tempo psicanalítico**, v. 44, n. 1, p. 51-69, 2012.

BARONI, C. S. F; KAHHALE, E. M. P. **Possibilidades da psicanálise lacaniana diante da terminalidade:** uma reflexão sobre a clínica da urgência. São Paulo: Psicologia hospitalar, v. 9, n. 2, p. 53-74, jul. 2011.

BARROSO, Adriane de Freitas. Lacan: entre linguagem e pulsão, por uma psicanálise do sujeito. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, v. 15, n. 1, p. 57-66, 2015.

BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 12, n. 4, p. 753–60, 2010. DOI: 10.5216/ree.v12i4.5804. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/5804>. Acesso em: 5 fev. 2022.

BLASCO, P. G. A ordem dos fatores altera o produto: reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos. **Educación médica**, v. 19, n. 2, p. 104-114, 2018.

BLANCARD, Marie-Hélène. O real como impossível de dizer. **Opção Lacaniana**, v. 4, n. 12, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. **Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de31-de-outubro-de-2018-51520710. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

BRUDER, M. C. R; BRAUER, J. F. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. **Psicologia em estudo**, v. 12, p. 513-521, 2007.

CAMPANARIO, I. S. (2004). Intervenção a tempo em bebês com risco de autismo. In: **Colóquio do LEPSI IP/FE- USP:** São Paulo. Recuperado em 19/02/2022 em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100034&lng=en&nrm=abn>

CAMPOS, E. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, p. 13-24, 2013.

CASTRO-ARANTES, J. M., & LO BIANCO, A. C. Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2013, v. 18, n. 9 [Acessado 9 fevereiro 2022], pp. 2515-2522. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900005>>.

CASTRO-ARANTES, J. M; BIANCO, A. C. Lo. Corpo e finitude – a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 18, p. 2515-2522, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a05.pdf>.

CASTRO-ARANTES, J. Os feitos não morrem: psicanálise e cuidados ao fim da vida. Rio de Janeiro: **Ágora**, v. 19, n. 3, p. 637-662, Dec. 2016.

CHIARELLA, A. Psicanálise e câncer: leitura psicanalítica de um caso de leucemia. 2017.114 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - **Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**, São Paulo, 2017.

COMIN, L. T. et al. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. **Revista bioética**, 2017; 25 (2): 392-401. Correspondência Elcio Luiz Bonamigo–Rua Treze de Maio, v. 314, p. 89600-000, 2019.

CORBELLINI, V. L. Câncer de mama: encontro solitário com o temor do desconhecido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Rio Grande do Sul, v. 22, n. 1, p. 42-68, 2001.

COSTA, J. O; SANTOS, F; LOHMANN, P. M.; BERNARDES, C. Nurses and palliative care in oncology: an integrative literature review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. e35210310642, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i3.10642. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10642>. Acesso em: 9 jan. 2022.

CUKIERT, M; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre eu e o corpo em Lacan. **Natal: Estudos de Psicologia**, v. 7, p. 143-149, 2002.

DA SILVA, M. C; CARDOSO, P. S. P. A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, n. 1, p. 24-34, 2020.

DA SILVA, M. M. et al. Cuidados paliativos na assistência de alta complexidade em oncologia: percepção de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 3, p. 460-466, 2015.

DE CAMARGOS, M. G. et al. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. **Medicine**, v. 94, n. 47, 2015.

DEL RÍO, M. I; PALMA, A. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. **Boletín escuela de medicina uc**, Pontificia universidad católica de Chile, v. 32, n. 1, p. 16-22, 2007.

DISARÓ, Denise Regina et al. **O psicanalista nos cuidados paliativos com crianças**. 2017. 197 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

DOS SANTOS, L. N; DIAS, C. A; BARRETO, W. W. P. Psicanálise e contemporaneidade: o adoecimento oncológico como encontro com o real. **POLÊM! CA**, v. 11, n. 1, p. 66-73, 2012.

DOS SANTOS, André Filipe Junqueira; FERREIRA, Esther Angélica Luiz; GUIRRO, ÚB do P. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**, 2020.

DRUMMOND DE ANDRADE, C. “Áporo” in A rosa do povo (Trabalho original publicado em 1945). In C. Drummond de Andrade, Poesia Completa conforme as disposições do autor. (p. 142). Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2002.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2004.

ELIAS, N. (2001). **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1982).

ESPERANDIO, M; LEGET, C. Espiritualidade em cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa de literatura. **REVER-Revista de Estudos da Religião**, v. 20, n. 2, p. 11-27, 2020.

FERRAZ, F. C. A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. **Revista da SBPH**, v. 13, n. 2, p. 176-191, 2010.

FARIA, Erika Vidal de; STARLING, Dannielle Rezende. Devastação feminina: o que pode uma análise?. **Stylus (Rio J)**, Rio de Janeiro, n. 38, p. 155-164, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2019000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

FERREIRA, D. M; CASTRO-ARANTES, J. M. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 3, n. 5, p. 37-71, 2014.

FILGUEIRAS, M. S. T. et al. Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. Campinas: **Estudos de Psicologia**, v. 24, p. 551-560, 2007.

FLORIANI, C. A; SCHRAMM, F. R. Casas para os que morrem: a história do desenvolvimento dos hospícios modernos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 17, p. 165-180, 2010.

FOLEY, Kathleen M. Pain syndromes in patients with cancer. In: **Cancer pain**. Springer, Dordrecht, 1987. p. 45-54.

FREUD, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise (1912). In S. Freud. Edição Standard Brasileira das **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. O inconsciente (1917). In: **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. São Paulo: Cia das Letras, 2010. vol 12.

FREUD, S. A transitoriedade. In: **Introdução ao narcisismo ensaios de metapsicologia e outros textos** (1914-1916). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 247-252.

FREUD, S. Considerações atuais sobre a guerra e a morte (1915). In: **Introdução ao narcisismo ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)**. Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**: ensaios de metapsicologia e outros textos. Companhia das Letras., 2010.

FREUD, S. Além do princípio do prazer (1920). In: Obras completas, volume 14: **História de uma neurose infantil (“O homem dos lobos”)**, Além do Princípio de Prazer e outros textos. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FINK, B. (1998). **O sujeito lacaniano: Entre a linguagem e o gozo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

FUCKS, B. B. Apresentação à edição brasileira. In M. M, **O nomeável e o inominável** (D. D. Estrada, trad., pp. 7-10). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 1995.

GAIOLI, C. C. L. O, FUREGATO, A. R. F. SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2012, v. 21, n. 1, pp. 150-157.

GARCÍA CARO, M. P. **Pensar em Paliativo**. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y província, 2008.

GARCÍA, J. A Morte e o Objeto. Porto Alegre: **Psicanálise—revista da sociedade brasileira de psicanálise de Porto Alegre**, p. 123, 2008.

GOMES, A. L. Z; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos avançados**, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.

GOIS, Ana Carina Rodrigues; MARANHÃO, Joyce Hilario. Psicologia e cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Jorge Zahar, 1988.

INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 5. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: Inca, 2019.

INCA. **Quimioterapia**. Publicado em 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tratamento/quimioterapia>>. Acesso em 21 de setembro de 2020.

IOP. Paraná é o estado com maior incidência de casos de câncer hereditário do país. **Instituto de Oncologia do Paraná**. Disponível em: <<http://www.iop.com.br/parana-e-o-estado-com-maior-incidencia-de-casos-de-cancer-hereditario-pais/>>. Acesso em 29 de novembro de 2020.

JUNG, A. B. Reflexões acerca da oncologia, psicanálise e psicossomática. Onde elas se encontram? **JORNADA DO PERCURSO DE ESCOLA XII**, junho de 2015, Disponível em: <https://appoa.org.br/correio/edicao/245/reflexoes_acerca_da_oncologia_psicanalise_e_psicossomatica_onde_elas_se_encontram/203>. Acesso em 22 de julho de 2021

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer**. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 1998.

LACAN, J. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 238-324, 1998.

LACAN, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos** (pp. 807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. **Le Séminaire**. Livre V: Les formations de l'inconscient. Paris: Seuil, 1957.

LACAN, J. **Mais, ainda** (1972-1973). In: Seminário 20. Rio de Janeiro. Jorge Zahar Editor, 1985.

LACAN, J. **O seminário, livro 3: as psicoses** (1955/1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.

LACAN, J. **O seminário, livro 8: A transferência** (1960-61). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LACAN, J. O aturdido. In: **Outros escritos** (pp. 449-497). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

LACAN, J. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

LANIUS, M. (2020). “NA AREIA DA CARNE”: POR UMA CLÍNICA PSICANALÍTICA DOS FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, 23, 75-83.

LAGAZZI, S. A imagem do corpo no foco da metáfora e da metonímia. **REDISCO—Revista Eletrônica de Estudos do Discurso e do Corpo**, v. 2, n. 1, p. 104-110, 2013.

LAMEIRA, V. M.; DA SILVA COSTA, M. C.; DE MIRANDA RODRIGUES, S. Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 1, p. 68-78, 2017.

LAVY, V.; BOND, C.; WOOLDRIDGE, R. Kit de Ferramentas em Cuidados Paliativos: melhoria dos cuidados desde o diagnóstico da doença crônica, em contextos de recursos limitados. Londres: **Help the Hospices**, 2009.

LEITE, Sonia. **Angústia**. Editora Schwarcz: Companhia das Letras, 2011.

LIMA, G. S.; NASCIMENTO, N. M. Oncologia: cuidados paliativos aos pacientes oncológicos. **Temas em Saúde**, v. 17, n. 1, p. 281-331, 2017.

LIMA, L. Program development: an international perspective. In: WALSH, D. et al. **Palliative Medicine**. [An Expert Consult Title]. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009.

LIRA, G. V. A narrativa na pesquisa social em saúde: perspectiva e método. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 59-66, 2012.

LISPECTOR, C. **Angina Pectoris da Alma** (1968). In: A descoberta do mundo. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. p. 155- 156.

LISPECTOR, C. Lúcida em Excesso. In: **Aprendendo a Viver**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2004.

MANSO, Rita; CALDAS, Heloisa. Escrita no corpo: gozo e laço social. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 16, n. SPE, p. 109-126, 2013.

MARCOS, C. Mãe e filha: da devastação e do amor. **Tempo psicanalítico**, v. 43, n. 2, p. 269-284, 2011.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como locus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 171-175, 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648987012>>. Acesso em 29 de novembro de 2020.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

MEHTA, A; CHAN, L. S. Understanding of the concept of " total pain": a prerequisite for pain control. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v. 10, n. 1, p. 26-32, 2008.

MENDES, J. A; LUSTOSA, M. A; ANDRADE, M. C. M.. Paciente terminal, família e equipe de saúde. Rio de Janeiro: **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, p. 151-173, jun. 2009 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 jan. 2022.

MENEZES COELHO, D; OLIVEIRA SANTOS, M. V. Apontamentos sobre o método na pesquisa psicanalítica. **Analytica: Revista de Psicanálise**, v. 1, n. 1, p. 90-105, 2012.

MENEZES, R. A. Cuidados Paliativos: ¿ aceptación social de la muerte?. **Revista Cultura y religión**, v. 2, n. 1, p. 7, 2008.

MENEZES, R. A; BARBOSA, P.C. A construção da " boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2653-2662, 2013.

MESSIAS, Denise Xavier. A experiência da família frente ao idoso com câncer. 2005. **Tese de Doutorado**. Universidade de São Paulo, 2005.

MILLER, J. A. La psicosis ordinaria: la convención de Antibes. Buenos Aires: **Paidós**, 2003

MORAIS, E.R. de. Os saberes e as práticas de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. **Dissertação (Mestrado)**. Universidade Federal do Piauí/UFPI, Teresina, 2009.

MORAIS, J. L; NICOLAU, R. F; PEREIRA; S. A. C; REI, V. A. F. Os fenômenos psicossomáticos: um substituto para as neuroses. São Paulo: **Associação Universitária de psicopatologia fundamental**. Disponível em:< http://www.psicopatologiafundamental.org.br/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/os_fenomenos_psicossomaticos.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **CADERNOS DE PSICOLOGIA** Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?. Número 2. Rio de Janeiro, INCA, 2014.

MORETTO, M. L. T. **O que pode um analista no hospital?** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

NAFFAH NETO, Alfredo. A pesquisa psicanalítica. **Jornal de psicanálise**, v. 39, n. 70, p. 279-288, 2006.

NAFFAH NETO, Alfredo; CINTRA, Elisa Maria de Ulhoa. A pesquisa psicanalítica: a arte de lidar com o paradoxo. **Alter-Revista de estudos psicanalíticos**, v. 30, p. 33-50, 2012.

NASIO, J.D.; MAGALHAES, L. **O livro da dor e do amor**. Zahar, 2010.

NICOLAU, R. F. A psicossomática e a escrita do real. **Revista Subjetividades**, v. 8, n. 4, p. 959-990, 2008.

NICOLAU, Roseane Freitas; GUERRA, Andréa Máris Campos. O fenômeno psicossomático no rastro da letra. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 226-241, 2012.

NOÉ, S. V. A vocação sublime: da relação entre religião e sublimação na definição da vocação religiosa. **Psicologia USP**, v. 21, p. 165-182, 2010.

OLIVEIRA, L. C. O luto a partir da pandemia de COVID-19: uma travessia sustentada na Psicanálise. In: WISNIEWSKI, M. S. **Psicanálise em tempos de urgência**. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020 (p. 35- 63).

OLIVEIRA, Caroline Brum de et al . O câncer como manifestação do não simbolizado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 1, p. 15-29, jun. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 fev. 2022.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza et al. A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 96-105, 2005.

PESSINI, Leocir; BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de. Problemas atuais de Bioética. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

PETRILLI, R. T. Intervenções psicológicas em pacientes submetidos à procedimentos invasivos em um serviço de oncologia pediátrica. **Revista da SBPH**, v. 18, n. 2, p. 74-88, 2015.

PINTO, A. C; CUNHA, A. A., OTHERO, M. B; BETTEBGA, R. T; BARBOSA, S. M; CHIBA, T. **Manual de Cuidados Paliativos**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

PITTERI, M. B. S. S. JACQUES LACAN: O SIMBÓLICO, O IMAGINÁRIO E O REAL. **Clínica Lacaniana de Atendimento e Pesquisas em Psicanálise**, 2010. Disponível em: <<https://clipp.org.br/jacques-lacan-o-simbolico-o-imaginario-e-o-real/>>. Acesso dia 12 de fevereiro de 2022.

RAMOS, Danielle Carvalho; NICOLAU, Roseane Freitas. Notas sobre “Um Discurso sem Palavras”: A Psicanálise na Instituição de Saúde. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, v. 13, n. 3-4, p. 797-814, 2013.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1755-60, 2006.

RPC; G1 PARANÁ. **Estudo estima que Paraná deverá ter mais de 35 mil novos casos de câncer em 2020**. Disponível em: <https://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2020/02/04/estudo-estima-que-parana-devera-ter-mais-de-35-mil-novos-casos-de-cancer-em-2020.ghtml>. Acesso em 29 de novembro de 2020.

SANTA ROSA, D. S; COUTO, S. A. O enfrentamento emocional do profissional de enfermagem na assistência ao paciente no processo da terminalidade da vida. **Revista enfermagem contemporânea**, v. 4, n. 1, 2015.

SAUNDERS, C. Introduction: history and challenge. In: Saunders C, Sykes N, eds. **The Management of Terminal Malignant Disease**. London, Great Britain: Hodder and Stoughton; 1993:1-14.

SAUNDERS, D. C. M.; CLARK, D. Cicely Saunders: selected writings 1958-2004. **Oxford University Press**, 2006.

SAWADA, N. O; DIAS, A. M; ZAGO, M. M. F. O efeito da radioterapia sobre a qualidade de vida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Rev Bras Cancerol**, v. 52, n. 4, p. 324, 2006.

SCHILLER, P. Organismo, corpo, linguagem. **Viver Mente & Cérebro. São Paulo: Coleção Memória da Psicanálise**, p. 82-91, 2005.

SILVA, D. Q. A pesquisa em psicanálise: o método de construção do caso psicanalítico. **Estudos de Psicanálise**, n. 39, p. 37-45, 2013.

SILVA, R. C. F da; HORTALE, V. A. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 2055-2066, 2006.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal; 1984

SUN, Yankun; BAO, Yanping; LU, Lin. Addressing mental health care for bereavements during COVID-19 pandemic. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 2020.

SPIEGEL, D. et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. **The lancet**, v. 334, n. 8668, p. 888-891, 1989. Ceolin, V. E. S. (2008). A família frente ao diagnóstico do câncer. In: C. F. M. Hart (Org.) *Câncer: Uma abordagem psicológica* (pp. 118-128). Porto Alegre: AGE.

SWINERD, M. M. A psicanálise está em toda parte, e os psicanalistas, em outro lugar. São Paulo: **SBPH**, v. 22, n. spe, p. 89-102, jun. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 jul. 2021.

TABAK, B. O que se pode esperar da vida? Reflexões sobre os tempos de partida em Cuidados Paliativos. **Cadernos de Psicanálise-SPCRJ**, v. 35, n. 1, p. 53-61, 2019.

TEIXEIRA, A. O Campo do Outro na psicanálise. In: MAGALHÃES, S. C. O sujeito da psicanálise: topologia do sujeito, sujeito e discurso, clínica do sujeito, sujeito e gozo. Coletâneas. Salvador: **Associação Científica Campo Psicanalítico**, 2004.

TEIXEIRA, L. C. **Implicações subjetivas e sociais do câncer de boca: considerações psicanalíticas**. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 2, p. 1-12, 2009.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on line**, v. 6, n. 1, 2006.

VENÂNCIO, J. L.. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 50, 55-63, 2004.

VELHO, G. **Projeto e metamorfose**. Antropologia das sociedades complexas. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2003

VOLICH, R. M. **Psicossomática: de Hipócrates à Psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

WORLDWIDE HOSPICE PALLIATIVE CARE ALLIANCE (WHPCA). Global Atlas of Palliative Care at the End of Live. 2ª ed. England: World Health Organization, 2020.

ZANETTE, C. F; DE BRUM, E. H. M. Espiritualidade no contexto da psicoterapia psicanalítica: um estudo de caso. **Revista Psicologia & Saberes**, v. 5, n. 6, p. 59-81, 2016.