

HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM
HECI
ATENÇÃO AO CÂNCER

LÍVIA THANA SANTANA LOUREIRO

ENTRE A LUTA E A MORTE: IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS
EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO ENFRENTAMENTO DA
FINITUDE

CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM – ES
JANEIRO/ 2022

ENTRE A LUTA E A MORTE: IMPLICAÇÕES SUBJETIVAS EM PACIENTES ONCOLÓGICOS NO ENFRENTAMENTO DA FINITUDE

BETWEEN STRUGGLE AND DEATH: SUBJECTIVE IMPLICATIONS IN ONCOLOGICAL PATIENTS FACING FINITUDE

LOUREIRO, Lívia Thana Santana¹
RIBEIRO, Gustavo Zigoni²
GASPAR, Rosita Angélica³

RESUMO

O diagnóstico de câncer possui uma representação social negativa associada ao horror da morte, por ser ainda considerada uma enfermidade fatal. Ao longo da experiência de escuta analítica nos atendimentos em um Programa de Residência Multiprofissional em Psicologia de um hospital geral, pacientes oncológicos em tratamento paliativo trazem impasses diante do encontro com o fim de vida. O objetivo deste trabalho foi refletir sobre o enfrentamento da finitude através de um relato de experiência a contribuir aos pacientes, aos familiares, à equipe de saúde e ao praticante da psicanálise, possibilidades de saídas e de cuidados paliativos. Para isso, realizou-se um estudo teórico a partir de uma revisão na literatura pautada no referencial psicanalítico, articulada ao relato de experiência. Conclui-se que na medida em que o analista escuta as angústias do paciente em torno da morte, pelo método de associação livre, este se questiona sobre os feitos em sua vida. Pensando em cuidados paliativos, tal saber sobre a própria morte oportuniza ao paciente assumir uma postura sobre o próprio desejo, a escolha de sua história até o fim, conferindo conforto e alívio ao sofrimento do paciente, bem como dos familiares e da equipe.

Palavras-chave: Morte; Finitude; Angústia; Castração.

ABSTRACT

The diagnosis of cancer has a negative social representation associated with the horror of death, as it is still considered a fatal disease. Throughout the experience of analytical listening in the consultations in the Multiprofessional Residency Program in Psychology of a general hospital, patients in palliative care faced an impasse before the encounter with the end of life. The objective of this work was to reflect on the confrontation of finitude through an experience report to contribute, to family members, to the health team and to the psychoanalysis practitioner, possibilities of exits and

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, liviathanasl@hotmail.com.

² Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE-ES. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim - ES - gustavo.ribeiro@heci.com.br.

³ Co-Orientador: Psicóloga Especialista em Atenção ao Câncer, Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES, rosi.angelica7@gmail.com.

palliative care. For this, a theoretical study was carried out based on a literature review based on the psychoanalytic framework, linked to the experience report. - It is concluded that the analyst waits in the patient's anguish around death, by the method of free association, he questions himself about the facts in his life. Thinking about palliative care about the patient's suffering, with the opportunity to design a posture about the patient's own desire, giving history to comfort and ease for the patient, as well as for the family and the team.

keywords: Death; finitude; Anguish; Castration.

1. INTRODUÇÃO

Para muitos, receber um diagnóstico de câncer pode significar “assinar uma sentença de morte”. Tendo em vista seu índice de mortalidade, pode ser considerada uma moléstia fatal (KLUBER-ROSS, 2017). Ainda que a ciência venha evoluindo no aperfeiçoamento dos tratamentos contribuindo para maiores possibilidades de cura e sobrevivência dos pacientes, as projeções para os próximos anos indicam aumento do número de casos de câncer (SMITH; SONALI M et al., 2020).

Segundo as estimativas do Instituto Nacional José Alencar Gomes da Silva, para o Brasil, espera-se um acréscimo de 625 mil casos novos de câncer (450 mil, à exceção de casos de câncer de pele não melanoma) a cada ano entre 2020 e 2022. No que se refere às taxas de incidência ajustadas pela idade (excluindo casos de câncer de pele não melanoma), tanto para homens (215,86/100 mil), quanto para mulheres (145,00/100 mil), são equivalentes aos índices apresentados por países em desenvolvimento (BRASIL, 2019).

A palavra “câncer” possui uma representação simbólica social negativa associada a sentimentos como tristeza, angústia, medo e morte (WAKIUCHI et al, 2019). Durante atendimentos aos pacientes em ambulatórios e internações para tratamento oncológico (quimioterapia e radioterapia) pode-se observar resistências que se apresentaram para verbalizar a palavra “câncer” por esses aspectos a ela atrelados. Em conformidade com a experiência hospitalar descrita por Côgo (2016), comumente os pacientes pronunciam “aquela doença”, “essa doença maligna”, no lugar da palavra “câncer”, na tentativa de evitar que a morte se presentifique.

A dificuldade do homem em lidar com a morte sempre existiu, porém ela não se expressou sempre da mesma forma. Ao longo da história da existência humana

percebemos o quanto a morte carrega para a nossa espécie um enigma. O horror da morte pelo homem atravessa gerações e gerações, porém a mudança ocorreu na maneira em que enfrentamos e lidamos com esse pavor (KLUBER-ROSS, 2017). Existe a representação social de que “a morte em si está ligada a uma ação má, a um acontecimento medonho, a algo que em si clama por recompensa ou castigo” (KLUBER-ROSS, 2017, p.14).

Segundo Kovács (2003) com o advento da indústria, da tecnologia, em especial, da medicina, observa-se uma transformação da representação da morte na sociedade ocidental. Há um distanciamento da preparação para o momento da morte, da vivência dos rituais de passagem e do acesso ao contexto dos túmulos e cemitérios. Ocorre uma transmutação do sofrimento e da dor pelo momento da morte do outro para o sofrimento e a dor do Eu pelo sentimento de luto frente à ruptura que é a perda da pessoa amada.

Dessa forma, para Kovács (2005) a morte passa a ser vivida de maneira silenciosa e discreta. A expressão da dor em espaços públicos torna-se pontual e deixa de ser uma importância para uma obrigação. O lugar de morrer é afastado das casas e do público. O sujeito em estado terminal é levado ao local de referência às pressas. Morre-se em hospitais, removido de seu ambiente familiar e sozinho.

A escuta do paciente oncológico configura-se em possibilitar o encontro com a subjetividade deste para dar sentido ao sofrimento e dor repercutido pelo real do adoecimento. Isso significa que o trabalho do analista envolve o manejo da transferência⁴ em que o paciente encontre recursos para sustentar a própria finitude e suportar a vida. Resignificar o real de uma vida que tem fim (SILVA, 2017).

O presente estudo foi motivado por encontros e desencontros com pacientes oncológicos em terminalidade de vida e suas diferentes formas de expressão e enfrentamento diante da finitude.

Tendo em vista a necessidade de maior número de estudos que envolve o enfrentamento da finitude por pacientes oncológicos, o presente estudo trata-se de um relato de experiência com o objetivo de refletir sobre o enfrentamento da finitude nas instituições hospitalares e contribuir aos pacientes, familiares e a equipe na promoção de cuidado. Para tanto, buscou-se identificar através de narrativas

⁴ Conceito utilizado por Freud (2010 [1912]) na psicanálise, no texto “A dinâmica da transferência”, referente ao processo de reatualização de desejos inconscientes apresentados na relação analítica.

interativas mediadas pela transferência quais potenciais facilitadores na construção de recursos diante da negação da morte enquanto mecanismo.

2. METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um relato de experiência que descreve e reflete sobre atendimentos psicológicos referentes à especialidade oncológica de um Hospital Geral apoiado na abordagem psicanalítica do sofrimento no ambiente hospitalar como direcionamento. Busca-se realizar uma revisão bibliográfica utilizando as plataformas de pesquisa *SciELO* (Scientific Eletronic Library Online), *Pepsic* (Periódicos Eletrônicos de Psicologia) e *LILACS* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) os indexadores “psicanálise”, “angústia” e “finitude”, bem como nas obras de Freud e de autores pós-freudianos que se relacionam com o enfrentamento da morte buscando refletir soluções e saídas identificadas nos atendimentos pela via da transferência.

Pretende-se realizar os registros das percepções da analisadora sobre atendimentos psicológicos, no período entre abril e outubro de 2021, referentes à especialidade oncológica de um Hospital Geral privado de caráter filantrópico da região sul do Espírito Santo - Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim (HECI). A especialidade de oncologia referida neste estudo envolve, em seu espaço físico, a enfermaria oncológica, o ambulatório de radioterapia, o ambulatório de quimioterapia, o ambulatório III (de Psicologia) e o grupo de mulheres às quintas-feiras pela manhã na modalidade online.

O público de interesse dessa pesquisa foram pacientes submetidos ao tratamento oncológico de cunho paliativo, de ambos os sexos, com idade maior que 50 anos e que apresentam questões sobre o morrer.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 CÂNCER E FINITUDE

A experiência psíquica no encontro com o adoecimento do corpo físico pelo câncer faz emergir a angústia do sujeito diante do sofrimento, uma vez que este se

depara com uma instância irrepresentável pela linguagem (FERREIRA & CASTRO-ARANTES, 2014). Nesse sentido, podemos dizer que o significante câncer, está muito associado ao encontro com a finitude que ameaça o fim desse corpo, ou seja, a própria morte (da SILVA; CARDOSO, 2020).

A morte, segundo afirma Freud ([1915a] 1980), em seu livro *Reflexões para os tempos de Guerra e Morte*, continua sendo inimaginável e irreal hoje, assim como para o homem primitivo. Nascemos com a certeza da morte, porém vivemos como se nunca fossemos morrer. O enigma da morte enquanto acontecimento está no campo do irrepresentável em nosso inconsciente. Lacan refere-se ao real de distintas formas, entre elas no *Seminário, livro 23: O sinthoma* ([1975-1976] 2007), descreve “[...] o real, na medida em que ele só pode ser pensado como impossível” (p.121).

Dessa forma, entendemos que a experiência de morte é sentida pelo afeto da angústia, pois essa anuncia um acontecimento marcado pela ausência de palavras para representar e circunscrever o que está sendo estabelecido.

3.2 ANGÚSTIA: ANÚNCIO DA CASTRAÇÃO

Como dito anteriormente, o sentimento de angústia implica determinado acontecimento que ultrapassa o simbólico da linguagem, pois está no campo do real. Do ponto de vista da teoria freudiana sobre o complexo de Édipo, a respeito da angústia, Freud (2014 [1926]) descreve a sinalização de um perigo, a ameaça a perda do objeto de desejo. Por exemplo, o desamparo psíquico do recém-nascido presente no rompimento da placenta, ou seja, na ruptura da relação íntima entre o bebê e a mãe. Também, o menino de perder seu órgão genital, ou ainda, o receio da criança de perder o amor do supereu-protetor por não atender a suas imposições.

Nesse sentido, toda angústia se remete à castração, pois remete-se ao medo da separação do sujeito de seus objetos sexuais (FREUD, 2014 [1926]).

Ainda em seu livro *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (2014 [1926]), no que se refere ao surgimento da angústia, assemelha a um estado afetivo que se reproduz quando vivências traumáticas da psique são despertadas. Nesse sentido, a angústia está diretamente ligada ao trauma, pois assemelha-se a um sentimento de ansiedade diante da possibilidade de reviver um trauma.

O indivíduo em tratamento oncológico sofre com mudanças da imagem corporal, alguns emagrecem outros engordam demasiadamente, podem ter alopecia devido a quimioterapia, bem como membros do corpo mutilados, uso de sondas ou bolsa de colostomia a depender do tipo de câncer e cirurgia realizada. Também, podem perceber a redução de sua independência e disposição para realizar atividades rotineiras (FERREIRA & CASTRO-ARANTES, 2014).

Considerando o sofrimento mental causado por um corpo que dói e se manifesta pela palavra do paciente com câncer, é fundamental falarmos sobre o conceito de pulsão, uma vez que no processo de constituição do sujeito a pulsão liga o corpo ao psíquico (CASTRO-ARANTES; LO BIANCO, 2013).

3.4 PULSÃO DE VIDA E PULSÃO DE MORTE

Na obra *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1980 [1920]) refere-se a um fenômeno mortífero característico do aparelho psíquico. Descreve a pulsão de vida e a pulsão de morte como forças antagônicas atuantes. A concepção da pulsão de morte refere-se a algo interno à estrutura mental em que faz o trauma se dissociar de um acontecimento na realidade. Essa pulsão foi constatada na clínica por Freud através da repetição de sonhos traumáticos e da transferência na experiência com os pacientes. A compulsão à repetição o faz compreender a existência de uma instância mais primitiva que independe do princípio do prazer. Tal princípio trabalha para manter as excitações a nível mais baixo. A compulsão à repetição impede a ação do princípio do prazer afetando a homeostase psíquica.

Ainda no texto, *Além do Princípio do Prazer*, Freud ([1920] 1980) destaca que o objetivo de tudo que é vivo é a morte, ou seja, toda pulsão tem como curso final o retorno ao estado inicial das coisas. Porém, as pulsões de vida (pulsões sexuais) dificultam a concretização desse objetivo na medida em que atrasa essa força em direção à morte. Ela faz isso afastando os modos de retorno à morte que não são inerentes ao próprio modo do organismo de seguir seu caminho para a mesma.

A pulsão destrutiva, também denominada assim, tende a retornar à tensão zero, ou seja, ao fim, à morte. A pulsão de vida, por outro lado, é ruidosa, complica a vida, tira a paz gerando conflito, produzindo tensões em que o alívio traz prazer (é

sentido como prazer) para a preservação da vida. Para que assim ela alcance a morte de maneira natural (FREUD, ([1920] 1980).

Desse modo, compreende-se que estas forças pulsionais atuam sobre o corpo, uma vez que a pulsão está entre o psíquico e o corpo, essas duas ordens são atingidas e respondem com efeitos na subjetivação do sujeito (CASTRO-ARANTES & BIANCO, 2013).

3.5 ENTRE O LUTO E A LUTA

No que se refere à morte, outro ponto vital é o luto. Diante das perdas descritas provenientes do tratamento oncológico comumente agressivo ao organismo e ao emocional, o luto pela condição clínica, autonomia e qualidade de vida causa intensa carga de angústia e sofrimento. Simultaneamente, trava-se uma luta pela saúde, em função da possibilidade de curar-se ou prolongar a sobrevida (CÔGO, 2016).

Freud (1917[1996]), em seu texto *Luto e Melancolia*, afirma que o luto é, em via de regra, a reação frente a perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que produza efeitos semelhantes como a pátria, a liberdade, um ideal entre outros. O sujeito perde a capacidade de interesse por novos objetos externos.

O autor descreve o luto como um processo lento e difícil, mas como parte do nosso desenvolvimento, um processo natural e constante que pode ser superado após a elaboração da perda (FREUD, (1917[1996])). As primeiras vivências de luto são registradas no aparelho psíquico como símbolos mnêmicos e revividas quando passamos por situações semelhantes (FREUD, 2014 [1926]).

Sobre a elaboração da perda, Freud (1917) assegura que:

O luto expira de modo espontâneo e nossa libido fica de novo livre para, se ainda somos jovens e capazes de vida, substituir-nos os objetos perdidos por outros novos que sejam, no possível, tanto ou mais apreciáveis. (p. 252)

Entende-se jovens e capazes de vida não em relação a idade cronológica, mas como uma posição subjetiva desejante, ativa. Essa oportunidade na vida também se encontra possível de assumir na postura desejante do sujeito ao encontrar com a finitude após um diagnóstico de câncer.

É nesse momento que se trava uma batalha, um processo interno. O sujeito se vê entre o luto e a luta. O luto diante das perdas provenientes do tratamento do câncer comumente agressivo ao corpo físico e ao emocional, cujo processo causa intensa carga de angústia e sofrimento pela condição clínica (alterações corporais, limitações físicas, perda de apetite, dores, entre outros). Simultaneamente, a luta pela saúde, pela possibilidade de curar-se ou prolongar o tempo de vida (CÔGO, 2016).

3.6 A ESCUTA PSICANALÍTICA: UMA SAÍDA PARA A ANGÚSTIA PELA VIA DA TRANSFERÊNCIA

Tendo em vista a morte enquanto acontecimento negado e não falado na sociedade e a urgência da necessidade de fala dos pacientes com câncer atravessados por questões de finitude, o analista possibilita a elaboração da angústia quando dispõe sua escuta e permite espaço para a elaboração desta (SILVA, 2017).

Freud (2010 [1912]), em *Recomendações aos Médicos que exercem a Psicanálise*, dispõe sobre a “atenção flutuante”, a “associação livre” e a “transferência” como principais diretrizes para o exercício da psicanálise se apoiando na escuta, na fala e na relação com o sujeito - que não sabe que sabe sobre o próprio desejo.

Na atenção flutuante, o analista não deve dar importância a qualquer elemento a priori em detrimento de outro verbalizado pelo analisando, mantendo a atenção de forma “[...] ‘uniformemente suspensa’ em face de tudo o que se escuta” (FREUD, 2010 [1912], p. 125). Por meio da associação livre, o analisando receberá o comando de falar tudo o que lhe vier em mente, sem que o analista avalie previamente seu dito, sendo possível que os fragmentos inconscientes emerjam, ainda que de maneira desorganizada. O método psicanalítico independe de onde se faz psicanálise, seja clínica, hospitalar ou em pesquisa (FREUD, (2010 [1912])).

Sobre a função transferencial, Quinet (2009) ressalta que, em um primeiro momento, a busca por um analista implica a suposição de um saber sobre o sintoma do sujeito ou do que ele quer se livrar - aquilo do qual se queixa. Esse lugar de quem detém a verdade previamente sobre o sintoma, atribuído ao analista pelo sujeito, é denominado por Lacan de sujeito suposto saber. O analista jamais deve se identificar com o lugar de saber, pois sua posição é exatamente oposta: a de não saber.

O estabelecimento da transferência depende do analisando, cabendo ao analista saber manejá-la. O efeito da instituição desse sujeito suposto saber, ou seja, da transferência, é o amor pelo analista. Assim, a demanda inicial de algo se transforma em demanda de amor, que faz surgir o desejo do Outro como o desejo do sujeito. Há uma repetição do sintoma na experiência atual da relação transferencial. Cabe ao analista elevar o sintoma a um enigma no qual o sujeito suposto saber se torna sujeito suposto desejar. Sendo assim, o aparecimento do desejo em forma de questão permite ao sujeito, que endereça ao analista uma demanda de amor, fazer surgir o objeto causa de desejo (a)⁵, que desvelará sua falta (QUINET, 2009).

O psicanalista se coloca como um Outro na relação transferencial possibilitando a fala àquele que se vê diante da morte para alcançar a verdade sobre sua angústia, medo e dor de existir. O trabalho analítico permite um saber próprio ao analisando para que possa responder ao sofrimento e aos impasses de maneira singular e criativa, transformando sua atitude perante a queixa e sustentando seu próprio desejo (MORETTO, 2002).

3.7 RELATO DE EXPERIÊNCIA

O encontro com a finitude dos pacientes com câncer se deu por uma urgente necessidade de escuta do silêncio, daquilo que faltavam palavras para nomear, mas que não podia faltar a tentativa de significar: doença grave e assombrada pela morte. O sofrimento e suas nuances aparecem no paciente, na família e na equipe.

Os pacientes descrevem esse momento se utilizando de expressões como “entrei em choque”, “perdi meu chão” ou “minha vida virou de cabeça para baixo”. Evitavam ao máximo pronunciar a palavra “câncer”. No lugar de câncer diziam o termo emprestado do médico radiologista “o bandido”, ou ainda verbalizaram “aquela doença”, “a maldita”.

Em suas narrativas, os pacientes trazem os impactos emocionais de enfrentar tratamentos em sua maioria imunossupressores, com alterações corporais, mudanças na rotina, perda da autonomia, além de estigmas. Independente do protocolo e do tipo de tratamento definido, o paciente passa por uma série de exames como biópsia,

⁵ Origina-se do “objeto perdido de desejo” em Freud que assume a função de causa do desejo no sujeito. Portanto, o objeto traz a sensação constante de algo que está faltando em nossas vidas e nos impulsiona a buscar incessantemente. O objeto (a) não cansa de se cessar (QUINET, 2009).

tomografia, raio X, consultas com médico oncologista, acompanhamento com equipe multidisciplinar, além de dedicar tempo para realização de tratamentos (quimioterapia, radioterapia e ou imunoterapia) e sofrer com seus efeitos colaterais. É comum o afastamento do trabalho pela impossibilidade de produção e do convívio social.

Inicialmente, os sentimentos de ansiedade, angústia e tristeza são os que mais aparecem nos relatos quando se reflete sobre a possibilidade de morrer. A necessidade de fala vem sempre acompanhada de algo para se ancorar, algo pelo que lutar. Muitas queixas físicas eram de fortes dores no corpo, limitando as atividades de rotina. A lembrança da finitude surgia através de significantes em função da expressão de sentimentos em torno de um corpo e de uma vida anterior, que não existia mais, em detrimento de uma nova vida que poderia também não existir.

Uma minoria de pacientes atendidos indicava certa conformidade com a possibilidade do fim de vida refletindo sobre prosperidade e realização em relação aos seus feitos em vida.

A fé aparece como uma estratégia de enfrentamento muito frequente para lidar com incertezas e ausência de respostas diante do tratamento, de forma que um percurso árduo seja levado com esperança.

Na enfermaria oncológica, o horror da morte está presente nos óbitos assistidos pelos pacientes internados. Posteriormente, atendendo aos pacientes, a comoção é quase unânime. É um silêncio que paira no ar. Manifesta-se no olhar, no aumento da ansiedade, na euforia para ir para casa, no medo, na angústia, entre outros. Em alguns casos, percebe-se o agravamento da condição clínica de alguns pacientes tempo depois de assistir a uma morte.

Ainda que nós saibamos da premissa, “a única certeza que temos é a morte”, nos relatos, o medo e a angústia comparecem em muitos dos atendidos. Os pacientes se agarram em qualquer possibilidade de continuar a viver, ver o neto nascer, ver os filhos crescerem, ter filhos, cuidar dos pais, ou seja, quase sempre existe um motivo para lutar por mais tempo. Até que o sofrimento seja tão grande a ponto de desejar a morte. Nesses casos, muitos familiares que acompanham e sofrem juntos trazem inconscientemente o desejo da morte do ente, o desejo de dar fim ao sofrimento.

Quando disponibilizada a escuta analítica aos pacientes com questões sobre a finitude, eles tinham a oportunidade de pensar sobre a vida que tiveram até então e o que necessitavam organizar, fazer antes de ir. Por exemplo, uma das pacientes

atendidas estava em um relacionamento conjugal com idas e vindas e isso a angustiava muito, não dormia direito há tempos. Quando essa questão foi resolvida e o relacionamento terminou de vez, o quadro clínico da paciente se agravou. Até que junto de seus filhos a senhora pôde expressar três pedidos antes de morrer e optou por uma morte sem medidas invasivas. Na noite seguinte, ela morreu depois de falar ao acompanhante que dormiria.

Em atendimento ambulatorial a pacientes em terminalidade foi perceptível movimentações de pensamentos e sentimentos deslocados e ressignificados, não ocorridas antes. O encontro com a finitude faz emergir no sujeito questões de extrema fragilidade diante da nova condição de “paciente oncológico”, o que exige do sujeito um gasto de energia psíquica maior. Porém, quando se permite esse movimento e se coloca disposto a enfrentar, percebe-se a instauração de um processo criativo e o aumento de valor simbólico perante a vida, que se configura em mudanças de postura em relação a si e aos outros, ainda que nos últimos dias de vida.

Para amigos e familiares acompanhantes de pacientes, seja na internação ou no atendimento ambulatorial, o sofrimento é nomeado como a dor de ver seu próximo sofrendo, o medo de perdê-lo. Entre o período definido como cuidados paliativos até a iminência da morte do paciente, fez-se possível um trabalho de elaboração do luto anterior à vivência da perda propriamente dita com os mesmos. Nos casos em que a família e o paciente estavam cientes da terminalidade percebe-se a oportunidade de organizar uma morte mais digna, acolhedora para ambos.

Acompanhando o Grupo de Mulheres online às quintas-feiras, quando trabalhada a temática do luto, este manifestou-se em um dos trabalhos como experiência de “dor anestesiante”. Uma dor tão grande que paralisa e impede até a fala sobre a mesma. Com o tempo e a dissipação da dor, o que varia de pessoa para pessoa, a fala se torna possível, bem como o processo de elaboração do luto.

Esses foram os fragmentos que contemplaram a experiência de atendimentos aqui relatada e pelo encontro com as questões sobre a finitude dos pacientes oncológicos como motores da escrita sobre o morrer.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 REVERBERAÇÕES DA EXPERIÊNCIA RELATADA SOBRE A ESCUTA CLÍNICA DA FINITUDE

Considerando a experiência clínica de atendimento às pessoas com câncer na residência, a escuta da palavra “câncer” aparece carregada de afetos e significantes. Do ponto de vista da Clínica Psicanalítica do sofrimento, referimo-nos à premissa de Lacan (1975/2008) em que o inconsciente é estruturado pela linguagem cuja configuração se dá em função de uma espécie de sistema de signos. Cada sujeito evoca uma cadeia de significantes em sua narrativa.

A partir da leitura de Lacan (1975/2008) entende-se que o simbólico é constituído pela noção de “signo” que compreende “significante/significado”. Um significante se articula com outros significantes para formar sentido, pois isolado, não tem valor algum. A barra entre eles representa a separação a nível consciente e inconsciente de seus conteúdos, valendo-se do predomínio do significante perante o significado. O significante representado pela palavra, som acústico, é o mesmo para todos enquanto o significado é único para cada sujeito.

Desse modo, entende-se que o significante para os sujeitos em questão associa-se à morte evocando, segundo Lacan, algo do impossível. “[...] Abordar esse impossível não poderia constituir uma esperança, posto que é impensável, é a morte – e o fato de a morte não poder ser pensada é o fundamento do real” (Lacan, ([1975-1976] 2007, p.121). Na ausência de significantes para dar sentido e elaboração na vida do sujeito, o efeito de encontro com a morte invade o corpo. Seja pelo agravamento dos sintomas físicos dos pacientes ou pelo aumento de demandas nas enfermarias por atendimento psicológico devido ao mal-estar suscitado após assistir a morte ao lado.

É neste contexto que os sentimentos de angústia e medo surgem nas falas durante os atendimentos. Compreende-se o perigo e o medo da morte como um processo de “retorno à castração” como afirmado por Freud (2014 [1926]), visto que a experiência de finitude é sentida através da ameaça à perda de algo, de uma vida, dos netos, dos filhos, de um sonho, de um amor, uma ideologia, entre outros pelo qual empenhar-se e não desistir.

Enquanto seres desejantes, a experiência da perda se torna fundamental à vida, pois na impossibilidade de preencher a falta, podemos ir em busca de novos objetos de satisfação que nos impulsionam a continuar, ao invés de findar (COGÔ, 2016).

A vivência de situações de perdas é sentida desde o início do diagnóstico e do tratamento em função de um corpo pulsional que já não se satisfaz pelas mesmas vias outrora alcançadas. Afasta-se do trabalho pelo qual tanto se dedicou, é rejeitado(a) por amigos ou familiares, torna-se impossibilitado(a) de manter as atividades de rotina, interrompe-se planos e projetos.

O encontro com essa dimensão do corpo desnudada pelo câncer consiste no estranhamento de si. Na leitura de Freud (1919 [1996]), a manifestação do *Unheimlich*⁶, o estranho, acontece quando há o encontro do sujeito com o recalcado e com o irrepresentável. Percebemos na clínica com pacientes em tratamento oncológico o deparar-se com o horror deste estranhamento pelo reflexo de um corpo no qual o sujeito não se reconhece, se desconhecendo. A imagem corporal, bem como as mudanças na posição perante a vida corroboram para uma experiência de instância não aceita pelo narcisismo, ou seja, não possui registro no Eu. Trata-se de uma desintegração do Eu, ou seja, o paciente já não se reconhece mais como antes.

Para pensar na dimensão traumática da experiência descrita, recorro à leitura da obra *Além do Princípio do Prazer*, em que Freud (2011 [1920]) refere-se à teoria econômica do aparelho psíquico para explicar os processos psíquicos de prazer e desprazer regulados pela quantidade de excitação na vida psíquica. O desprazer corresponde a um aumento de excitação e, o prazer a uma diminuição dessa quantidade. O trauma caracteriza-se por um “susto” no sujeito que rompe proteção contra excitações externas do aparelho psíquico por serem fortes o suficiente para tal abalo.

Portanto, entendemos que a complexidade no adoecimento pelo câncer está na vivência de seu efeito devastador que rompe a barreira protetora no psiquismo do sujeito. Sendo o trauma como algo impossível de nomear e que retorna. Lidar com a morte é lidar com o retorno aos eventos traumáticos da vida do sujeito.

⁶ Palavra original do alemão, sem equivalente em português. Conceito utilizado por Freud em 1919, como o estranho familiar ou a inquietante estranheza. Algo que não se configura em um enigma, porém manifesta-se como uma estranheza já sentida causando uma sensação de angústia e confusão (FREUD, 1996 [1919]).

Entendemos que o estado de terminalidade aproxima o sujeito do encontro com as questões de finitude da vida e conseqüentemente com esses eventos traumáticos. A resolução nº 41 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os cuidados paliativos, afirma que o processo de terminalidade tem duração de semanas a seis meses. Por exemplo, durante a experiência de atendimento ambulatorial um dos pacientes com câncer de pulmão metastático refletiu sobre a proximidade de sua morte pela implicação que fez a si sobre a origem de uma “masculinidade” séria e rígida perante a vida. Segundo o paciente, uma vida triste e sem graça. Ao longo dos atendimentos, percebeu ao escutar-se o quanto essa postura estava associada ao medo de reviver o trauma no passado de se passar por um “molenga”, “idiotão” na família e perder seu respeito. Nesse movimento, entendeu que foi deixando sua leveza e alegria, perdendo até mesmo certa autenticidade na forma de conduzir a vida.

Nesse sentido, entendemos que se por um lado a descoberta do diagnóstico de câncer reflete um estado de luto e de finitude aproximando o sujeito de sua pulsão de morte, por outro, pode estar a favor da pulsão de vida antecipando ou precipitando questões psíquicas que perturbam a satisfação do objetivo da pulsão destrutiva na medida em que prolonga o tempo de seu curso até o final.

Desse modo, quando se vive uma perda, o fim de algo, este reativa um conjunto de impulsos e defesas pela identificação narcísica e edípica constituída na infância que “[...] poderá trazer uma nova significação para um conjunto de fantasias e afetos inconscientes do sujeito” (CAMPOS, 2013, p. 16).

Através do relato de experiência percebemos que algumas perdas causam dores tão profundas a ponto de anestesiar os afetos paralisando até mesmo a fala. Esta dor impede que a pessoa sinta outros afetos, inclusive outras dores. No luto, segundo Freud (1917 [1996]), o sujeito leva certo tempo para reduzir a libido na memória e nas expectativas associadas ao objeto perdido, até que se possa falar sobre essa dor de forma a simbolizá-la e elaborá-la.

Muitos familiares próximos dos pacientes na internação sentem a dor e o sofrimento de acompanhar seu ente perecendo aos poucos. Em muitos casos o sofrimento é tão grande a ponto de desejar inconscientemente a morte do seu próximo na tentativa de encontrar alívio para a dor. Também, nesta conjuntura, uma vez que a definição de “cuidados paliativos” ou “terminalidade” é definida e comunicada aos familiares e pacientes pelo médico responsável, é que se torna possível o trabalho de

elaboração do luto antecipatório. Dessa forma, atribui-se mais sentido, conforto e dignidade na experiência de morte ao paciente e seus familiares.

Segundo Castro-Arantes (2016) quando se pensa em “cuidados paliativos” existem aspectos envolvidos no saber próprio para lidar com a morte iminente. Tal entendimento parte de uma intervenção com o paciente e seus familiares. Pode-se tentar disfarçar ou escamotear a morte, a dureza do momento vivido. Entretanto, esse pseudo paliar como escape na tentativa de amenizar o sofrimento, não produz esse efeito para o sujeito, pois não está posto para o mesmo dessa forma. O trabalho do analista nas enfermarias é de dar lugar à verdade do sujeito sobre si através da relação transferencial. A verdade é que todos nós morremos. “Mas os feitos não morrem” (p. 645). Os atos permanecem, transformam-se noutros que são transmitidos para outros, eternizando-se.

Os exemplos descritos no relato de experiência sobre a finitude delineiam entraves da história de vida do sujeito dissolvidos com psicoterapia. A contribuição da escuta psicanalítica na identificação de sintomas que se manifestam com a reflexão sobre a morte, como um relacionamento pendente ou um medo de ser um homem alegre, auxilia no enfrentamento das mesmas. Sobretudo na ressignificação de questões, no enlutamento e no morrer, conferindo um saber do sujeito para lidar com sua própria morte.

Acompanhar pacientes que se encontram com a finitude, seja pela descoberta de um câncer inicial com possibilidade curativa, seja em estágio avançado e terminal, faz suscitar em nós nossa própria finitude (CASTRO-ARANTES, 2016). Só assim podemos suportar a impossibilidade de completude, o vazio, a castração que há em nós constantemente. “Paga-se um preço pela transferência, pois o efeito da incidência de real que surge na palavra corta dos dois lados, do paciente e do analista” (CASTRO-ARANTES, 2016, p.647). Em pesquisas com levantamento de dados ou experimentais que utilizam entrevistas, prontuários, avaliações de pessoas ou animais é necessário inserir os principais resultados obtidos com o desenvolvimento da pesquisa. Poderão ser inseridas figuras e tabelas. É importante destacar que em pesquisas de revisão sistemática da literatura, o trabalho pode também ser apresentado com resultados e discussão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que diante do tratamento oncológico o paciente sente que tem um corpo através da dor e da angústia em se ver um ser finito. Apesar da impossibilidade de representação do real da morte, tal dificuldade se agrava por não ter em nossa cultura a finitude do ser como uma discussão que faz parte da vida, mas sim como tabu na sociedade ocidental (da SILVA & CARDOSO, 2020).

Percebemos através do relato que o paciente junto de seus familiares já vivencia pequenas mortes ao longo do adoecimento e do tratamento: a morte do outro que nos remete a angústia do abandono e, posteriormente, a concepção da própria morte faz lembrar a consciência da própria finitude (RIBEIRO, 2008).

A fala sobre a finitude não é sem o sentimento de encontro com a falta e a solidão existencial. O choque rompe com a fronteira corporal e psíquica do indivíduo fazendo precipitar questões de grande energia libidinal nunca manifestadas. Por exemplo, a incapacidade de expressar sentimentos hostis e demonstrar estarem magoados.

A escuta clínica dá vazão aos sentimentos e emoções reprimidas ao longo da história de vida do sujeito, fazendo suscitar em nós analistas, enquanto sujeitos, a consciência do próprio fim. O encontro com a morte faz do que estava latente, emergir de maneira abrupta trazendo consigo questões-chaves para a boa morte. O enfrentamento da morte é, antes de tudo, aceitá-lo para dar sentido ao que está posto.

Diante do encontro com a finitude e a necessidade emergente de fala acerca da morte por pacientes inteirados em seu diagnóstico e quadro clínico oncológico, compreende-se que a escuta analítica através do manejo da transferência faz emergir a verdade do sujeito sobre sua própria morte. Na medida em que o analista escuta, pelo método de associação livre, as angústias do paciente em torno da morte, este se questiona sobre os feitos em vida. Surge então a possibilidade de lidar com as perdas e o retorno aos eventos traumáticos ausentes de significantes na subjetivação do sujeito. E assim, fazer suscitar o desejo em forma de questão.

Pensando em cuidados paliativos, tal saber sobre a própria morte oportuniza ao paciente assumir uma postura sobre o próprio desejo, a escolha de sua história até o fim. O que confere conforto e alívio ao sofrimento não só do paciente, bem como para a família e a equipe multidisciplinar que o acompanha, uma vez que viver a

experiência de cuidar nesse contexto promove sentido para a finitude de si. Auxiliar no sentido à vida e à dor do outro faz da nossa vida mais rica de sentido e da morte um entregar-se por inteiro.

Portanto, “se não estivessem solidamente apoiados sobre a certeza de que isto terminará, poderiam suportar esta história?” (LACAN, 1972, *conferência em Louvain*). A nossa única chance de responsabilização sobre o próprio desejo é testemunhando a finitude de nossa existência, é acolhendo todo o trágico presente em nossas vidas.

O presente estudo encontrou dificuldades referentes à concentração de relatos dos pacientes no que tange às questões da morte, uma vez que o tabu em torno da temática encobre a reflexão e a fala enquanto acontecimento sociocultural. Recomenda-se futuras pesquisas sobre a experiência analítica dos pacientes oncológicos que refletirem acerca da finitude através de entrevistas semiestruturadas e sistematização dos dados.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Gabinete do Ministro. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa: incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Coordenação de Prevenção e Vigilância**. - Rio de Janeiro: INCA, 2019. 122p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>

CAMPOS, Érico Bruno Viana. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, p. 13-24, 2013.

CASTRO-ARANTES, Juliana. **Os feitos não morrem**: psicanálise e cuidados ao fim da vida. *Ágora* (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 637-662, Dez. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982016000300637&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 abril de 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>.

CASTRO-ARANTES, Juliana de Miranda; LO BIANCO, Anna Carolina. **Corpo e finitude**: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 2515-2522, 2013.

CÔGO, Marcelia Marino Schneider. **No fio da angústia**: a clínica psicanalítica no âmbito do tratamento do câncer infantojuvenil. 1ª ed. - São Paulo: Opção Editora, 2016.

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

FREUD, Sigmund. **O Estranho**. In S. Freud. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVII). Rio de Janeiro: Imago, [1919] 1996. (Obra original publicada em 1919).

FREUD, Sigmund. **Além do Princípio de Prazer**. In S Freud, Além do Princípio de Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos (Vol.18, pp. 13-75). São Paulo: Companhia das Letras, (1920/2011).

FREUD, Sigmund. **Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise**. In S Freud, Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (Vol. 10, pp. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras, [1912] 2010.

FREUD, Sigmund. **A dinâmica da transferência**. In S Freud, Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (Vol. 10, pp. 147-162). São Paulo: Companhia das Letras, [1912] 2010.

FREUD, Sigmund. **Reflexões para os tempos de Guerra e morte**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, [1915a] 1980. Vol. XIV, p. 311-339.

FREUD, Sigmund. **Luto e melancolia**. In: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, [1917] 1996. Vol. XIV.

FREUD, S. **Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza.—1 a ed.—São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Original publicado em 1926)

KÜBLER-ROSS, E. (2017). **Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes**. WWF Martins Fontes.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Educação para a morte temas e reflexões**. Casa do Psicólogo, 2003.

LACAN, J. 1972. **Conferência em Louvain**. [online]. Disponível em: <<http://www.valas.fr/Jacques-Lacan-Conference-a-Louvain-le-13-octobre-1972,013>>. Acesso em: 10 de setembro. 2014

LACAN, J. [1975-76]. **O seminário, livro 23: O Sinthoma**. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LACAN, J. **O seminário, livro 20: mais, ainda**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Original publicado em 1975)

MORETTO, Maria Lívia Tourinho. **O que se faz quando se faz psicanálise?** In: o que pode o analista no hospital?. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

QUINET, A. (2009). **As 4+ 1 condições da análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

SILVA, Alice Borges Humildes Cruz da. **O discurso do analista como possibilidade da Psicanálise Aplicada no hospital**. Revista da SBPH, v. 20, n. 2, p. 166-187, 2017.

RIBEIRO, E.E. (2008) **Tanatologia**: Vida e Finitude. Informações gerais para os módulos: Velhice e Morte, medicina e morte e cuidados paliativos e bioética. (pp.1-146). Rio de Janeiro : UERJ, UnATI.

SMITH, Sonali M et al. "Clinical Cancer Advances 2021: ASCO's Report on Progress Against Cancer." *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology* vol. 39,10 (2021): 1165-1184. doi:10.1200/JCO.20.03420

WAKIUCHI, J., Marcon, S. S., OLIVEIRA, D. C. D., & SALES, C. A. (2019). Reconstruindo a subjetividade a partir da experiência do câncer e seu tratamento. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 72, 125-133. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000100125&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 de Abril de 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0332>.