

## **Uma possibilidade de elaboração a partir da transferência: um estudo de caso na clínica oncológica de cuidados paliativos**

### **A possibility of elaboration from transference: a case study in the oncology palliative care clinic**

DOI:10.34117/bjdv7n5-675

Recebimento dos originais: 15/04/2021

Aceitação para publicação: 31/05/2021

#### **Alaiana Menezes da Silva**

Mestra em Psicologia (UFPA)

Especialista em Saúde da Mulher e da Criança (UFPA)

E-mail: psialaiana25@gmail.com

#### **Ana Carolina Peck Vasconcelos**

Psicóloga. Psicanalista (CPPA). Especialista Em Psicologia da Saúde e Hospitalar (IEPS)

Mestra em Psicologia (UFPA)

E-mail: carolinapeck@gmail.com

#### **Daniele Evelin Viana Pinheiro**

Psicanalista (NIPSAM)

Diretora e Coordenadora do Centro de Estudos Freudianos de Belém

E-mail: danipinheiro\_@hotmail.com

#### **Jessica Samantha Lira da Costa**

Mestra e Doutoranda em Psicanálise – teoria e clínica (UFPA)

Docente e Coordenadora Adjunta do curso de Psicologia da Estácio – Nazaré (BELÉM)

E-mail: jessica.s.lira@hotmail.com

#### **Julliana Morgado Rocha**

Psicóloga

Mestra e Doutoranda em Cuidados Paliativos (Universidade do Porto)

Atualmente é coordenadora de ensino e extensão da APAE BELÉM

E-mail: jullianamorgado@hotmail.com

#### **Marina Moura Mourão**

Fisioterapeuta. Pós Graduada em Atenção à Saúde Cardiovascular (UEPA)

E-mail: mari-mourao@hotmail.com

#### **Tamires Viana**

Psicóloga (UNAMA)

Mestranda em Psicologia na Universidade de São Paulo (USP)

Psicóloga hospitalar no Albert Einstein (SP)

E-mail: viana.tamires@hotmail.com

## RESUMO

Este artigo constitui-se em um estudo de caso desenvolvido na clínica oncológica de cuidados paliativos. Neste sentido, adotou-se como balizadora para escuta e escrita do artigo a teoria psicanalítica. Considerando o que chamamos de psicanálise em extensão, o hospital aparece como campo importante de assistência e pesquisa sobre as implicações psíquicas do processo de adoecimento e possíveis repercussões deste na contemporaneidade. Assim, a Psicanálise precisa manter-se atual para acompanhar as demandas de sua *práxis* que se fazem necessárias em outros ambientes que não o consultório da clínica tradicional.

**Palavras chave:** Psicanálise, Hospital, Oncologia, Cuidados Paliativos, Transferência.

## ABSTRACT

This article is a case study developed in the oncology clinic of palliative care. In this sense, the psychoanalytic theory was adopted as a guide for listening and writing the article. Considering what we call psychoanalysis in extension, the hospital appears as an important field of assistance and research on the psychic implications of the disease process and its possible repercussions in contemporaneity. Thus, Psychoanalysis needs to keep up with the demands of its praxis that are necessary in environments other than the traditional clinic's office.

**Keywords:** Psychoanalysis, Hospital, Oncology, Palliative Care, Transference.

## 1 INTRODUÇÃO

Inicialmente faz-se necessária uma breve contextualização sobre o objeto de estudo desta pesquisa: o sofrimento psíquico, presentificado enquanto angústia, desencadeado pelo processo de adoecimento por câncer e a evolução da doença, culminando nos cuidados paliativos. Neste contexto, é possível constatar que o câncer é caracterizado por ser uma enfermidade mobilizadora de grande sofrimento, tendo, em muitas ocasiões, seu nome substituído por “aquela doença”, assumindo um estigma devastador. A doença oncológica possui, ainda, a possibilidade de reaparecer após tratamento, e seu curso natural gera prejuízos para a qualidade de vida, com possibilidade de levar os pacientes à morte (INCA, 2011).

Para Fregonese et al. (2014), desde o momento em que há a comunicação do diagnóstico, inicia-se uma vivência de horror, que vem carregada não somente pelas representações socioculturais que o envolvem, como, também, pelos tratamentos invasivos, muitas vezes mutiladores, e à morte. A doença grave traz para a realidade dos envolvidos nesse processo a perspectiva de sintoma, limitações físicas e da morte, como ameaça e possível desfecho. Neste contexto, a psicanálise tem sido convocada, cada vez mais, a responder demandas institucionais de sujeitos em sofrimento.

Para tanto, foi realizada uma pesquisa que utilizou a proposta de análise de caso clínico, a partir do qual foi realizado um estudo psicanalítico. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital geral de referência na região metropolitana de Belém e os atendimentos foram realizados na enfermaria onde o paciente estava internado.

O entrelaçamento de construções teóricas no que tange a área da saúde e a psicanálise à fragmentos de casos clínicos, apresenta-se como relevante instrumento para se pensar a experiência subjetiva contemporânea. Gomes e Próchno (2015) vão frisar que alicerçadas nos desafios colocados pela própria condição teórico-clínica da atenção ao sujeito em sofrimento nos hospitais, as discussões e reflexões sobre a psicanálise e o adoecimento fizeram pública a importância do aprofundamento das discussões condizentes a multiplicidade de sentidos no que tange os processos de subjetivação e da escuta psicanalítica.

Neste sentido, sabe-se que Freud considerava o trabalho com seus pacientes, ao mesmo tempo, uma tarefa terapêutica e uma investigação científica. Isso porque ele possuía o entendimento de que a clínica proporcionava descobertas que não se reduziam apenas àquele determinado paciente, mas poderiam ser integradas a uma teoria geral sobre a psique humana.

Seja na instituição ou no consultório, a pesquisa é uma dimensão fundamental à prática profissional do psicanalista. Segundo Nogueira (2004), a metodologia científica em psicanálise entrelaça-se com a própria pesquisa, neste sentido, a psicanálise é uma pesquisa, que procura formalizar o que obtém a partir da experiência, visto que o que nos interessa é uma teoria da prática.

O caso clínico quando utilizado em uma pesquisa, não se limita ao paciente, mas sim remete ao encontro que a clínica possibilita. Contudo, é necessário apontar sobre a importância de se permitir recolher nele, em um primeiro momento, a função da literalidade do escrito. É preciso atribuir relevância à função de exponenciar o saber adquirido com os ensinamentos apreendidos do caso, transformando-o em algo capaz de questionar, reformular, diferenciar ou ultrapassar o que já foi colocado pela generalização teórica psicanalítica. Só na literalidade da narrativa escrita do caso torna-se viável reconhecer e distinguir o que há de peculiar na clínica. Existe sempre algo indizível do texto (VORCARO, 2010).

Neste aspecto, entendemos que a clínica no hospital incorpora características peculiares no que diz respeito a seu funcionamento e organização, onde as entrevistas preliminares, o divã, o tempo e os honorários, assumem uma nova roupagem. O que veio

a mobilizar transformações importantes, sem as quais, não se tornaria possível este atendimento, visto que a pluralidade de situações inerentes ao contexto hospitalar conduz a necessidade de construção de um campo transferencial multifacetado. Desta maneira, nos hospitais, ambiente onde o espaço e tempo podem constituir-se como uma prioridade para toda a equipe de saúde, a escuta analítica vem como modo de viabilizar o reconhecimento de limites e a abertura de novas e significativas possibilidades na condução do tratamento.

## 2 ANÁLISE TEÓRICO-CLÍNICA

Antônio (nome fictício), 66 anos, sexo masculino, possuía diagnóstico de neoplasia maligna do esôfago (câncer de esôfago), adenocarcinoma de transição esôfago-gástrico (o câncer primário no esôfago estava de estendendo para o estômago), recentemente também haviam sido descobertos nódulos nos pulmões, mas o resultado da biopsia ainda não havia ficado pronto durante o período dos atendimentos. O paciente idoso já encontrava-se em acompanhamento pela equipe de Cuidados Paliativos da Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do hospital. Além do quadro oncológico, o paciente desenvolveu também insuficiência renal crônica.

Foi indicada como conduta terapêutica quimioterapia paliativa para melhorar a qualidade de vida do paciente e administração de medicamentos para o controle da dor. Sua última internação já se estendia por mais de um mês, e foi realizada de maneira emergencial, em virtude de o paciente se encontrar muito debilitado e apresentando dificuldades de deglutição (dificuldades para se alimentar). Em decorrência de seu quadro clínico geral, ele foi submetido a implantação de uma sonda nasogástrica, por meio da qual passou a receber alimentação parenteral.

Quando não existem mais invenções que podem ser empregadas em busca da cura da doença, falamos que o paciente encontra-se fora de possibilidade terapêutica de cura ou sem possibilidade modificadora da doença, sendo portanto, um paciente em cuidados paliativos. Estes por sua vez são conceituados pela Organização Mundial de Saúde (2006) como cuidados ativos e totais prestados aos pacientes, por meio de uma equipe multiprofissional, que irá atuar no controle da dor e dos sintomas psicológicos, sociais e espirituais, tendo como objetivo primordial proporcionar qualidade de vida aos pacientes, compreendendo o cuidado ao paciente, aos seus familiares e à comunidade. Aqui no Brasil, em muitos casos, quando os pacientes são encaminhados para acompanhamento

por uma equipe de cuidados paliativos, estes já encontram-se com a doença em estágio bastante avançado, logo, a morte já é uma realidade iminente e constatada.

Antônio já estava em tratamento há quase dois anos, e desde então estaria residindo na casa de sua irmã, no bairro da Pedreira, em Belém, contudo, sua residência de origem era em Viseu. O paciente demonstrou no decorrer dos atendimentos muito desejo em retornar para o interior onde morava, e por conta disso, ele em consenso com sua família, optaram por recusar a quimioterapia paliativa. No entanto, o prognóstico dos médicos quanto a possibilidade de alta ainda não era cogitado. No decorrer desse processo, a condição de Antônio foi se agravando e a possibilidade de reversão de seu quadro ficava cada vez mais distante.

Para Fregonese et al. (2014), as repercussões do adoecimento por câncer refletem não somente nos pacientes, como também em seus familiares. Pois a partir do momento em que é feita a comunicação do diagnóstico, inicia-se uma vivência de horror, que vem atrelada não apenas a representações socioculturais que o envolvem, assim como pelos tratamentos invasivos, muitas vezes mutiladores, e até mesmo a morte. A doença grave traz para a realidade dos que fazem parte desse processo a perspectiva de sintoma, das limitações físicas e da morte, como ameaça e possível desfecho, de maneira ainda mais acentuada quando os pacientes já estão em cuidados paliativos.

Durante os atendimentos Antônio me contava lembranças boas de “quando tinha saúde” (sic.), demonstrava felicidade ao lembrar de quando podia cuidar de sua terra e colher suas frutas do pé. Relatou que o único arrependimento de sua vida foi ter deixado sua ex esposa e perdido o contato com os filhos e que agora nesse momento de adoecimento, que sabia que não teria mais muito tempo de vida, desejava vê-los pela última vez e se desculpar. Em um determinado momento desse atendimento, ele disse que eu lembrava muito a sua filha, que eu tinha um olhar doce e acolhedor, depois de falar isso me agradeceu por eu estar ali por tanto tempo o escutando em pé ao seu lado, que isso tinha um grande significado para ele, pois eu realmente parecia me importar e isso era tão raro nos dias de hoje e que ele só havia percebido a importância disso agora, que estava prestes a morrer.

Ao me colocar transferencialmente no lugar de sua filha, Antônio deflagra o vínculo estabelecido ao longo do período que o acompanhei no hospital. Neste contexto, Freud em “A dinâmica da transferência” ([1912] 2011), pondera que a transferência se dá no decorrer do tratamento psicanalítico, mesmo que não se estabeleça apenas na análise. E que a combinação de disposição inata e influências sofridas no decorrer dos anos

iniciais de vida conduzem a um método peculiar de dirigir a vida erótica, constituindo um padrão que se repete ao longo de toda a vida do sujeito.

Contudo, somente uma parcela dos impulsos, que determinam o caminho da vida erótica, está disponível à consciência, outra parte fica represada no inconsciente. Desta forma, o investimento de um sujeito que está parcialmente insatisfeito, volta-se também para a figura do analista. Este investimento irá recorrer a modelos já vivenciados anteriormente, podendo vir a se vincular a imagos paterna, materna ou fraterna, que são substituídas pela figura do analista, que é colocado neste lugar.

A temática da morte era recorrente em seu discurso, afinal ele via seu corpo definhando e a doença a cada dia o deixava mais debilitado. Em um de nossos últimos atendimentos ele referiu estar se sentindo estranho, como se um vazio o invadisse, disse que não sabia explicar o que estava sentindo, mas que essa sensação de estranheza não o abandonava. Talvez Antônio estivesse sendo tomado por angústia. A morte parecia realmente bem próxima nesse momento, ele já falava pouco e com dificuldade, não conseguia mais levantar do leito, estava apresentando dificuldades para dormir e desconforto respiratório.

Para Machado (2005), a psicanálise não busca negar a morte, faz o oposto disso, possibilita espaço para que se fale e reflita sobre a mesma. Ao que a psicanálise se propõe e ressalta sua particularidade é o acolhimento da fala (ou mesmo do silêncio) na sua mais pura subjetividade peculiar. Deste modo, o psicanalista proporciona, a partir de sua escuta, com que o sujeito que fala, também possa se escutar. Neste sentido, quando o paciente se permite problematizar nesse momento, ainda que ele não esteja em um processo analítico, no modo em que temos tradicionalmente, o fato de ter sido atingido por essa dimensão reveladora da palavra, possibilitada pela escuta de um analista, ao sustentar a falta, provavelmente o conduza a ressignificar sua experiência de adoecimento e finitude.

A partir dos atendimentos realizados com Antônio, este pôde falar sobre sua morte, algo que não era sustentado pelos demais membros da equipe e por seus familiares, assim como pôde verbalizar sobre seus arrependimentos, momentos significativos de sua vida, possibilitando com que este vivenciasse de maneira intensa seus últimos momentos que vida, resgatando-o em sua dimensão de sujeito e autor de sua própria história e de seu processo de morte e morrer. Entende-se, desta maneira, que uma escuta diferencial e o acolhimento podem viabilizar com que o sujeito se implique em seu adoecimento, suas queixas, em sua própria condição, o atribuindo o lugar de protagonista e sujeito desejante

no decorrer deste processo. Neste contexto, a experiência nos cuidados paliativos proporciona ao paciente um olhar que ultrapassa a finitude, não utópico, porém adquirido através da ressignificação de seu sofrimento.

A partir do momento em que o corpo orgânico passa a sofrer modificações, o corpo simbólico é convidado a se manifestar. Sendo assim, segundo Moretto (2008) a escuta da angústia vinculada ao processo de adoecimento se coloca como essencial, uma vez que o sujeito, mergulhado em sua rede de subjetividades, depara-se com um real, de origem patológica, conhecido por nós como doença, que toma seu próprio corpo.

Neste sentido, Lacan ([1962/63] 2005) ratifica o já apontado por Freud ([1926] 2011) que reside no fato de que a angústia, em seu cerne, trata-se de um afeto e não um sintoma. Esclarecendo que, como afeto, mantém-se à deriva, uma vez que não é possível que a mesma seja recalcada. E, justamente por esse motivo, é tão inquietante, por não estar atrelada à rede de significantes, não sendo desta maneira, passível de ser representada. Assim, retomando o relatado por Antônio, torna-se possível associar ao momento em que o paciente refere estar se sentindo estranho, com uma sensação de vazio, que ele não conseguia representar, contudo, essa sensação de estranheza seguia o acompanhando.

No dia seguinte ao nosso último atendimento, recebi a notícia de que Antônio havia entrado em sedação paliativa e que provavelmente não resistiria mais por muito tempo. Antes de eu terminar minha pesquisa, ele evoluiu a óbito, termo comumente utilizado pela equipe de saúde, como forma de amenizar o fim da vida e lidar com o real que a morte impõe a todos nós. Eu não estava no hospital quando Antônio morreu, mas acredito que em nossos atendimentos ele tenha podido ressignificar o momento pelo qual estava passando, pôde falar sobre o que todos negavam que estaria tão próximo, sua morte e pôde viver esse momento como sujeito que foi validado e escutado em sua dor.

Neste sentido, compreende-se que o corpo se transforma em veículo para a manifestação da dor e do sofrimento. Berlinck (1999), pondera que esses fenômenos podem utilizar como destino de descarga o corpo, como uma maneira de tentar se fazer representar. Ainda nesse contexto, de acordo com Moura (2003, p. 18), “adoecer é um momento de crise, de perdas, onde se esbarra com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana.” Desta forma, o sujeito humano, marcado por sua incompletude, tem sua vulnerabilidade escancarada quando adocece, tanto para si, quanto para os demais, e, no hospital a falta se faz presente de forma bastante contundente, o que torna-se possível observar no caso de Antônio.



Ao considerar uma equipe de cuidados paliativos, espera-se que os profissionais “psi”, psicólogos ou psicanalistas, atuem junto aos pacientes e familiares com o intuito de possibilitar com que estes consigam elaborar parte de suas perdas, assim como lidar com o seu processo de morte e morrer. Viabilizando com que o sujeito possa falar sobre este processo, ressignificando suas perdas, tanto no que dizem respeito ao estado anterior de saúde, como de sua futura morte. Compreende-se que, nessa circunstância, possa vir à tona os não ditos, causadores de mal estar, tanto com os outros, quanto consigo mesmo (INCA, 2015). Durante os nossos atendimentos, emergem a partir dos relatos de Antônio arrependimentos no que tange o rompimento de vínculo com pessoas significativas em sua vida, e ainda que ele não tenha conseguido realizar o desejo de vê-los novamente, pôde falar a respeito disso, tentar ressignificar este vazio.

Sendo assim, para Moretto (2008), pode-se dizer que o processo analítico nos mostra que o sujeito não está necessariamente às voltas com a morte, mas sim, com algo do registro do que não é possível lembrar, daquilo que não nos permite tradução, ou seja, o que não possui possibilidade de representação simbólica e que continua permanentemente tentando se inscrever. Sendo algo trazido por meio do relato dos pacientes que está para além de sua inquietude sobre a morte.

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro do contexto hospitalar, veem-se emergir, a partir da doença orgânica, urgências psíquicas que se configuram como um campo propício para o trabalho do analista, tendo em vista a demanda iminente da morte e as múltiplas possibilidades que o sujeito encontra para lidar com a mesma. Neste sentido, entendemos que a questão principal a ser trabalhada na clínica psicanalítica é a subjetividade, que encontra na associação livre seu instrumento e na escuta do analista sua ferramenta de trabalho.

Tendo em vista o ensinamento por Freud, compreende-se que a transferência, condição fundamental para análise, pode se dar em qualquer lugar, o que abre possibilidade, assim, para o desenvolvimento do método clínico psicanalítico no hospital. No entanto, o cenário hospitalar nos confronta a um novo modelo de atuação que se distingue dos settings clássicos e nos direciona a pensar e discutir novas questões. Neste sentido, a instituição não pode deixar de ser considerada quando temos em vista a relação transferencial entre psicanalista e paciente, uma vez que esta faz parte e causa diretas interferências neste processo. Desta maneira, trata-se de um campo intersubjetivo, no qual



psicanalista e pacientes estão fazendo parte do processo de transferência e contratransferência, atravessadas por elementos institucionais.

Neste contexto, podemos chegar à conclusão de que o adoecer é uma situação bastante complexa e que traz múltiplas reverberações para qualquer sujeito. No momento em que uma pessoa adoecer, para além do impacto orgânico, podemos observar significativas alterações psíquicas e isso é inerente ao processo de adoecer. Sendo assim, é compreensível que alguém, ao adoecer e precisar de cuidados dispensados pelo hospital para diagnosticar ou tratar uma doença, sobretudo, o câncer, que suscita uma possibilidade iminente de morte, acabe por manifestar a emergência de sofrimento psíquico. Deste modo, podemos constatar, que frente ao câncer, o sujeito é confrontado com esse corpo que dói, o que irá lhe remeter irremediavelmente a sua finitude. Desta forma, notamos que a dor e o sofrimento que são mobilizados a partir dos exames e tratamentos invasivos dão sinais de seu corpo ao sujeito.

Neste sentido, a principal tarefa dos profissionais de saúde inseridos nas equipes de cuidados paliativos é o resgate do morrer com dignidade. Entendendo que esse processo de morrer esta interligado com a história de vida do sujeito, devendo ser considerados nesse processo os aspectos sociais e psíquicos, não se centrando somente na questão físico-biológica da perspectiva médico-hospitalar. Sendo assim, entendemos que o grande desafio enfrentado por esses profissionais é possibilitar ao paciente que ele tenha qualidade, inclusive, no seu processo de morrer.

Mesmo que diferentes discursos possam abordar sobre a morte, esta nos remete sempre ao limite, pois é algo que não possui significantes. E frente a esse vazio, a escuta do analista configura-se como essencial, para que pacientes e/ou familiares consigam ter possibilidades de elaborar ou mesmo ressignificar algo de suas perdas.

Neste contexto, trabalhar na construção de dispositivos analíticos no hospital geral, diz respeito a criação e sustentação de condições para o desenvolvimento de atendimento analítico, conduzindo a uma prática da psicanálise que possibilite que no cotidiano se arquitecte e se alicerce o fazer psicanalítico. Desta maneira, a psicanálise no hospital se materializa não apenas com a sua prática, mas também com uma sustentação teórica, vinculada a uma técnica que vem sendo edificada e está para além de um *setting* analítico clássico, no entanto, que protege o valor ético posto pela teoria freudiana.

## REFERÊNCIAS

- BERLINCK, M. A dor. In: M. Berlinck (Org.). **Dor**. São Paulo: Escuta, 1999.
- FREGONESE, A. et al. A psicologia nos cuidados paliativos. In: BRUSCATO, W. (Org.). **A psicologia na saúde da atenção primária à alta complexidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.
- FREUD, S. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- \_\_\_\_\_. A dinâmica da transferência. (1912). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2011. v. 10.
- \_\_\_\_\_. Inibição, Sintoma e Angústia. (1926). In: FREUD, S. **Obras Completas**. Tradução Paulo César de Souza – São Paulo: Companhia das Letras, 2011. v. 17.
- GOMES, D; PRÓCHNO, C. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.24, n.3, p.780-791, 2015. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). BERNAT, A. B; LIMA, F; ALCÂNTARA, L; SWINERD, M. (orgs). **Os tempos no hospital oncológico**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
- INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Particularidades do câncer infantil**, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/conteudo>>. Acesso em: 20/04/2017.
- LACAN, J. **O seminário, livro 10: A angústia**. (1962/63). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- MACHADO, S. Psicanálise e Cuidados Paliativos: do sem-sentido à invenção. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 13, n. 2, p. 613-618, 2015.
- MORETTO, M. **O que Pode um Analista no Hospital?** 3ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.
- MOURA, M. Urgência subjetiva e tempo: o que é isto? In: MOURA, M. (org.) **Psicanálise e Hospital 3 – Tempo e Morte: da urgência ao ato analítico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- NOGUEIRA, L. A pesquisa em Psicanálise. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n.1- 2, p. 83-106, jan./-jun. 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Câncer**. 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/cancer/es/>>. Acesso em: 20/05/2017.
- VORCARO, A. Psicanálise e o Método Científico: o lugar do caso clínico. In: NETO, F. K.; MOREIRA, J. (Org.). **Pesquisa em Psicanálise: transmissão na universidade**. Barbacena, MG: Ed. UEMG, p. 11-23, 2010.