

**ANAIS**  
**XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**  
**XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**

**EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS COM O MANEJO DO LUTO NO CONTEXTO DE UM  
SERVIÇO DE ONCOLOGIA**

**Sonia Alberti**  
**Thayane Cristina Soares Lima**

Iniciei essa pesquisa a partir da minha experiência enquanto residente de psicologia em uma instituição oncológica após atender Neusa pela primeira vez no ambulatório da instituição. Neusa já contava mais de 70 anos e estava em remissão, ou seja, já havia atravessado o tratamento de combate ao câncer, quando buscou espontaneamente o serviço de psicologia com a queixa de sentir-se muito *fria, apática e fechada*. Dizia não se reconhecer mais e sentia que seus sentimentos mudaram. Surge-nos então a questão: que acontecimento foi capaz de marcar um antes e depois na vida dessa paciente a ponto de culminar em um não reconhecimento de si ?

O aprofundamento dessa questão só pôde ser realizado no decorrer dos atendimentos, mas já na primeira sessão, Neusa destacou a morte de uma filha como uma perda significativa entre tantas outras também importantes e vivenciadas anteriormente. Tânia, como decidimos chamar sua filha, faleceu devido a um câncer, e seu tratamento transcorreu acompanhado do tratamento de sua mãe, o que não foi sem consequências, pois esse fato impossibilitou que Neusa acompanhasse Tânia na internação que culminou em sua morte, fato que impactou seu luto.

Ao fim do primeiro atendimento, Neusa pontua : “ *eu tenho medo de morrer de novo, deixar meus netos, meus filhos.*” E foi a partir da escuta deste “*morrer de novo*” que levantamos a hipótese de que Neusa estivesse às voltas com seu trabalho de luto, e que talvez estivesse experimentando a perda da filha como morte de uma parte de si.

A partir desse caso, me debrucei sobre a questão do luto, partindo primeiramente das concepções psicanalíticas presentes no trabalho publicado de Freud (1915/1917) intitulado Luto e Melancolia. Freud define o luto como um afeto normal, uma reação a perdas significativas para o sujeito e um trabalho sobre o qual o sujeito se debruça visando a separação de um objeto amado. A questão da patologização do luto já estava posta desde Freud, pois o autor aproximou luto e melancolia, normal e patológico, com a finalidade de tecer esclarecimentos a respeito da melancolia. Isso porque o luto culmina em um afastamento do modos de vida habituais, cotidianos dos enlutados, como demonstra Neusa ao dizer que já não se reconhecia mais, além de mudanças em sua disposição e rotina, como a falta de desejo de trabalhar e a dificuldade em executar tarefas simples do dia a dia, como cuidar dos netos

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

e do irmão. No entanto, Freud considera que existe um fim para o luto após um tempo, tempo que é único para cada sujeito e para cada luto, o que o faz afirmar que a patologização do luto é incabível.

É necessário, no entanto, considerar que o manejo do luto dependerá da posição discursiva ocupada pelo profissional de saúde convocado diante dele, e considerando que o atual trabalho diz respeito aos manejos do luto em uma instituição hospitalar oncológica, torna-se necessário refletir sobre que discursos estão presentes neste contexto e o que é possível ao psicanalista.

De acordo com Alberti (2000) o hospital é “ um campo de entrecruzamentos discursivos” em que vigora o discurso do Mestre, é “ terra de médicos” (p.38), que possuem com ele uma relação constituinte, sendo necessário que o psicanalista, que está em uma relação de contingência com o hospital, estude a melhor forma de intervir a fim de que seja possível se tornar agente, posição sem a qual “ não será possível provocar qualquer mudança no laço social”(p.39).

No texto intitulado Psicanálise: a última flor da medicina ( Alberti, 2000), Alberti pontua que existe um impasse entre psicanálise e medicina, “ impasse que tem origem na questão tanto discursiva quanto ética” (p.42). A autora esclarece que a ética da psicanálise “não é a ética humanitária, nem a ética do bem supremo de Aristóteles ou de Kant, mas a ética do desejo, mais precisamente, a ética de bem dizer a relação do sujeito com o desejo” (p.41).

Essas observações corroboram o que Lacan já dizia em A ciência e a verdade (1965), que na ciência e na psicanálise, trata-se do mesmo sujeito, no entanto, enquanto a ciência o rechaça, a psicanálise o acolhe, conforme afirma Darriba (2019), “A psicanálise se ocupa, portanto, do resto imanente ao procedimento pelo qual o discurso científico impele à universalização” (p.247).

A demarcação das diferenças entre a psicanálise e a medicina é fundamental, pois a partir da prática, podemos inferir que em certos casos, o modo possível encontrado pelo médico para exercer sua função é partir da redução do sujeito a um doente ou, em casos mais extremos, a uma perna que precisa ser amputada ou a um câncer que precisa ser tratado. Caso contrário, seu trabalho poderia ser inviabilizado devido à angústia paralisante manifesta em algumas clínicas, incluindo a oncológica. A construção de protocolos não é, portanto, prescindível, é antes, fundamental para o funcionamento do hospital, mas não é também sem efeitos para o sujeito, que corre o risco de ficar foracluído do campo de sua experiência, manejado unicamente enquanto objeto de cuidado, tendo o seu sofrimento não reconhecido e, assim, correndo o risco de ser relegado ao silenciamento e à invisibilidade.

Retomamos, assim, o caso de Neusa, que nos dá pistas importantes sobre a diferença

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

### XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

de manejo do luto a partir da escuta analítica em contraste com a escuta médica. Em uma das ausências da analista, devido às férias da residência, Neusa decidiu conversar com sua médica oncologista sobre sua angústia devido à morte da filha. Ao ouvi-la, a médica a diagnosticou com depressão, encaminhando-a para o psiquiatra da atenção básica para iniciar tratamento medicamentoso. Neusa disse, “Eu não gosto de tomar remédio, mas a médica falou ‘mas você vai ter que tomar, porque você está com depressão, você tem todos os sintomas’”. Sessões depois, pontua que suspendeu o uso do medicamento, referindo não estar lhe fazendo bem, pois sentia-se muito *grogue*, e ainda assim angustiada.

Com o avanço da ciência e a cada vez maior articulação do discurso médico com o dos laboratórios, hoje se observa que há contextos que negam a importância do luto. Efetivamente, observamos que o tempo para o luto, em alguns casos, é subsumido ou até inexistente. Apesar de a clínica atual nos permitir verificar que ainda se mantém a condição humana de tratar a morte enquanto um tabu, evitando-se de mencioná-la e procurando escondê-la, condição que sempre esteve presente na humanidade, se verifica também uma novidade, a sua frequente patologização pelo discurso médico. Este fato pode ser observado a partir dos principais manuais.

Para o CID-11, quando o luto se estende para além do período esperado pelo contexto sociocultural e religioso do indivíduo, e que exceda no mínimo 6 meses, o processo pode ser abordado como um transtorno, denominado como Transtorno do Luto Prolongado (CID 6B42). Já o DSM-V considera que o luto que exceda a duração de 12 meses (6 meses tratando-se de crianças) já pode ser abordado como um processo patológico, denominado como Luto Complexo Persistente.

Observamos a partir da clínica que, em alguns casos, existem lutos que podem se desdobrar em processos depressivos ou patológicos, e outros que podem perdurar por um período mais longo do que o esperado pela cultura. No entanto, segundo Costa (2017), para que o sujeito realize o trabalho de luto, é necessário um primeiro momento que é marcado pelo tempo cronológico e pela cultura, tempo em que se realizam rituais e que contribuem para o reconhecimento da vida e da morte daquele que parte, mas o trabalho que se segue após esse primeiro momento parte de um tempo subjetivo, que não pode ser coletivizado. Sendo assim, o tempo de luto do sujeito não é passível de comparação com o tempo do outro, impossibilitando sua universalização pela ciência. Surge-nos então a questão: o fato de um processo de luto — que é atravessado por diversas nuances e especificidades — se estender para além de um ano ou para além das prerrogativas da cultura é suficiente para considerá-lo complexo, persistente ou patológico ?

Ao estabelecer um protocolo que limite as possibilidades do sujeito de fazer luto — pois o luto é diverso e único para cada sujeito — corre-se o risco de trabalhar a serviço do discurso

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

### XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

capitalista que propõe a forclusão da castração, e seguindo a leitura freudiana, a morte é a castração por excelência.

No entanto, o que a clínica demonstra é que, apesar de os sujeitos se esquivarem do luto através de estratégias diversas para continuarem vivendo após uma perda significativa, momentos de adoecimento ou de risco de morte iminente, como é o caso de adoecimento por câncer, impõe uma pausa e por vezes impossibilitam que continuem lançando mão de suas estratégias de escamoteamento, e neste contexto, quando a escuta analítica é ofertada, em alguns casos, a temática da internação e do adoecimento é colocada em segundo plano, e a questão do luto emerge prioritariamente, como demonstra o caso de Verônica.

Verônica testou positivo para a covid-19, o que exigiu um isolamento e prolongamento da internação, incidente que inclusive possibilitou um acompanhamento mais contínuo do caso. A paciente falou das várias perdas vivenciadas após ter sido diagnosticada com câncer de mama e ter realizado a mastectomia radical, procedimento cirúrgico que além da retirada da mama inclui a remoção dos linfonodos axilares. Relata que era cabeleireira e não pôde mais exercer essa profissão, o que impactou sua posição no contexto familiar, pois tinha seu próprio negócio e era financeiramente *independente*, o que para ela era um fator muito importante.

Pontua que era a principal provedora da família, o que afetava seu relacionamento com o marido — relacionamento que, de acordo com ela, melhorou após sua queda do lugar de proeminência financeira. Este lugar foi perdido porque Verônica não pôde mais trabalhar devido ao adoecimento, o que tornou necessário o aceite de mais cuidados do marido. Relata que antes da doença, não tinha tanto tempo para dedicar ao relacionamento, e não era receptiva às sugestões e apontamentos do marido sobre sua vida e trabalho, questão da qual ele se queixava e gerava conflitos na relação.

O adoecimento e tratamento também influenciaram na relação com a filha, com quem já não tinha boa relação. Queixa-se, relatando necessitar dos cuidados da filha, assumindo assim uma posição de *dependência* diante dela. Após proferir muitas críticas à filha, chamando-a “ríspida e exigente”, diz que ela se parecia com o pai e prossegue “ Quem parecia comigo era o meu filho”, filho que morreu aos 21 anos em um acidente, e embora tenha morrido já há alguns anos, sua perda ainda impacta no posicionamento de Verônica diante da vida até aquele momento atual.

Verônica chora e diz “ Ele era igualzinho a mim, ele era maluco, cara ... ficou rebelde, se envolveu com drogas, era maluco, maluco”, diz “ Ele me exigia muito” demandava muito “cuidado”. E, por fim, pontua: “ têm aquelas pessoas que te dão força pra seguir um passo depois do outro, sabe ? que te dão um estímulo, ele era esse meu estímulo”. E diz sobre sua sensação após a perda do filho: “ eu me senti fraca, sabe ... sem estímulo, sem força, porque

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

era ele que me estimulava, e eu vivo assim até hoje”.

Muito poderia ser dito sobre esta vinheta de caso atendido no leito de um hospital, no entanto, destacamos que os atravessamentos do esvaziamento axilar e do tratamento do câncer de mama tocam a cada paciente em um ponto diferente e de modo diferente, a depender de cada singularidade.

O acompanhamento de Verônica teve poucos encontros, devido à interferências institucionais e ao agravamento da doença da paciente, mas em seu caso, vê-se que a mastectomia em si não aparece como uma questão principal, pelo menos não durante o período em que foi possível ouvi-la, nem ao menos o esvaziamento axilar, mas as consequências destes procedimentos que a fizeram passar de uma posição *independente, demandada e cuidadora*, portanto, do lugar em que se identificava como sujeito, para uma posição de *dependente, demandante e cuidada*, lugar de objeto, transmutação que a faz sentir *fraca*.

No entanto, pudemos escutar que as perdas vivenciadas no tratamento do câncer não se encontram aí sozinhas, mas se somam à morte do filho, que também operou um deslocamento de sua posição — e a deslocou primeiro do que o câncer — do lugar de sujeito que cuida, que é demandado e de quem o outro depende. A escuta da analista a este sujeito neste contexto possibilitou que algo de sua história singular emergisse a partir das perdas vivenciadas no tratamento do câncer de mama.

Assim, observa-se que a oferta da escuta na instituição oncológica permite que lutos não realizados, inacabados ou paralisados em algum ponto possam emergir, serem pontuados, e ainda que não se consiga trabalhá-los até o seu fim na instituição, devido aos limites e impasses impostos pela rotina hospitalar, pelo agravamento da doença, por questões burocráticas da instituição, dentre outras questões próprias do contexto hospitalar, fazer o trabalho possível de escutar o sujeito e viabilizar a emersão de um luto inacabado, que por vezes pode ser paralisante para o sujeito, possibilita, em alguns casos, que o sujeito se repositone diante de sua questão, que seja trabalhá-la em outro lugar, fora da instituição, como foi o caso de Neusa, que após ter nomeado muitos de seus sofrimentos como luto a partir do trabalho realizado por um ano no ambulatório de psicologia da instituição oncológica, integrou-se a um grupo de apoio a enlutados próximo a sua casa.

Tratando especificamente da clínica oncológica, observamos que há uma relação peculiar estabelecida com o tempo devido à possibilidade de avanço da doença, conforme mencionado por Bernat e Costa (2015), “com o real do câncer, não há como negociar muito tempo” (p.20), o que não é sem efeitos para o paciente, que em sua experiência, por vezes, vê-se ‘correndo contra o tempo’ com o intuito de salvar sua vida.

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

### XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

A urgência em que o paciente é lançado quando diagnosticado com o câncer, por vezes, o impele a uma dinâmica em que se expõe a uma série de procedimentos que acarretam em mudanças em sua rotina e em perdas bruscas, sem que haja tempo para elaboração dessa experiência. Os efeitos disso, em alguns casos, só poderão ser colhidos *a posteriori*, passado o tempo do tratamento, como observado no caso de Daniela.

Daniela buscou a escuta clínica após os procedimentos curativos, quando os efeitos subjetivos do tratamento ainda estavam presentes apesar da inatividade do câncer. Daniela diz que após a realização da linfadenectomia<sup>1</sup> não era mais possível varrer ou passar pano no chão, já que não podia aplicar força com o braço esvaziado, no entanto, relata: “mas a vida tem que continuar né, então o que eu fiz, o meu pai comprou um aspirador de pó, então eu aspirava porque aí eu fazia com uma mão só, às vezes também pegava um pano de chão molhado, e aí eu abaixava e ia passando no chão com a mão”.

Daniela iniciou o acompanhamento ambulatorial no meio da pandemia de covid-19, muito inquieta com o medo da contaminação, o que a impediu de utilizar a condução pública por muito tempo. Em certo momento, após longo período de atendimentos, diz do seu retorno ao uso das conduções públicas, e acrescenta “antes eu segurava no ônibus com as duas mãos, agora eu não posso mais, e a enfermeira falou também pra não segurar com esse braço, porque pode ser que o motorista freie rápido, e aí vou ter que fazer força e eu não posso”, e por isso precisou alterar os horários dos atendimentos presenciais para um período em que o ônibus não estivesse tão cheio e não precisasse ir em pé, apoiando-se no balaústre.

Notamos que no caso de Daniela, o medo da contaminação pelo covid-19 se somou ao medo de lesionar o braço esvaziado, o que poderia inviabilizar a circulação da paciente pelos espaços, no entanto, foi possível alguma invenção de sua parte a partir de seu desejo, desejo de reconstrução que se estendia a um corpo que sentia ter sido “mutilado”, e agora era

<sup>1</sup> procedimento que consiste na retirada de linfonodos axilares, que participam do sistema linfático e atuam na defesa contra infecções, cuja remoção acarreta em modificações na dinâmica cotidiana das pacientes, trazendo limitações e exigindo alguns cuidados, como não fazer as cutículas e não levar peso no braço operado percebido como “retalhado”. Apreendemos que nessa passagem, de “mutilado” para “retalhado”, alguma reconstrução já havia sido possível, no entanto, não se esgotara e não se limitava ao corpo. Assim, o uso que a paciente faz do espaço analítico é tanto o de um lugar de testemunho, em que conta, relata, diz das perdas vivenciadas em seu período de tratamento curativo do câncer, como um trabalho de elaboração das perdas vivenciadas em decorrência deste tratamento, o que possibilitou que pudesse inventar novos modos de viver consentindo com essas perdas.

## ANAIS

### XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

Assim, partindo da minha experiência em uma instituição oncológica, considero que que a oferta de escuta analítica na instituição hospitalar apresentou características diferentes no ambulatório — espaço que possibilitou um acompanhamento mais longitudinal dos casos, e cujas pacientes já haviam atravessado a fase de tratamento curativo, mas permaneciam vinculadas à instituição devido às consequências do tratamento do câncer — e nas enfermarias — contexto cujas intervenções, por vezes, eram mais pontuais devido ao risco de alta ou óbito, considerando que, em sua maioria, tratavam-se de pacientes que ainda estavam tentando alcançar a remissão da doença, e muitas se encontravam debilitadas para comparecer ao ambulatório por situações impostas pelo próprio tratamento.

No entanto, em ambos os contextos, a questão do luto emergiu e foi trabalhada pelas pacientes, seja o luto pelas perdas decorrentes do tratamento, sejam lutos encobertos, não realizados de perdas significativas vivenciadas anteriormente em suas vidas, e que puderam emergir naquele momento devido à oferta de escuta e, hipotetizamos, devido ao encadeamento de perdas que deslizava, como no caso de Verônica, da perda da mama à perda de um filho.

#### Referências

ALLOUCH, J. *Erótica do luto no tempo da morte seca*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

ALBERTI, S. *Psicanálise: A última flor da medicina*. In: *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Marca d'Água Livraria e Editora LTDA, 2000, p. 37-56.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Transtorno do luto complexo persistente*. In: APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5º ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, p.789-792.

BERNAT, A. B. R., COSTA, N. G. *O tempo de uma escolha forçada*. In: *Cadernos de psicologia: os tempos no hospital oncológico*. Rio de Janeiro: INCA - MS, 2015, p. 15-22.

FREUD, S. (1917[1915]). *Luto e Melancolia*. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Cia das letras, 2010, v.12, pp. 170-194.

\_\_\_\_\_. (1915) *Considerações atuais sobre a guerra e a morte*. In: *Introdução ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos*. São Paulo: Cia das letras, 2010, v.12, pp. 170-194.

COSTA, A. (2017). *Notas sobre o luto*. *Correio APPOA*, 270, 8-12. Disponível em: [https://appoa.org.br/correio/edicao/270/notas\\_sobre\\_o\\_luto/510](https://appoa.org.br/correio/edicao/270/notas_sobre_o_luto/510) Acesso em 10 de dezembro de 2022.

DARRIBA, V. A. *Psicanálise e prática multidisciplinar no hospital: clínica e transmissão*. Belo Horizonte: SBPH, 2019. Disponível em:

**ANAIS**  
**XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**  
**XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000200017](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000200017)>  
Acesso em: 20.jun.2024

LACAN, J.. (1965). *A ciência e a verdade*. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Distúrbios especificamente associados ao estresse: Transtorno de luto prolongado*. In: OMS. Décima Primeira Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11). ed. 11, p.51. Genebra: OMS, 2022.