

MINISTÉRIO DA SAÚDE



COORDENAÇÃO DE ENSINO

Residência Multiprofissional em Oncologia

Curso de Psicologia

BÁRBARA DE MELLO VALENTE

O Manejo da Transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas

**Rio de Janeiro
2018**

BÁRBARA DE MELLO VALENTE

O Manejo da Transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva como requisito parcial para a conclusão da Residência Multiprofissional em Oncologia, área de Psicologia.

Orientadora: Me. Ana Beatriz Rocha Bernat

**Rio de Janeiro
2018**

BÁRBARA DE MELLO VALENTE

O Manejo da Transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas

Avaliado e aprovado por:

Ana Beatriz Rocha Bernat

Ass: _____

Monica Marchese Swinerd

Ass: _____

Nina Gomes Costa

Ass: _____

Data: ___/___/___

**Rio de Janeiro
2018**

Agradecimentos

Este trabalho é fruto da participação de diversas pessoas, por isso começo agradecendo às crianças, adolescentes e suas famílias que aceitaram participar e que me ensinaram tanto em momentos tão delicados de suas vidas. Levarei de forma especial para minha trajetória cada história testemunhada neste período na pediatria.

Um agradecimento especial a minha querida orientadora Ana Beatriz que acreditou que este trabalho seria possível e me guiou de forma tão presente e cuidadosa durante todo este caminho na pediatria. As supervisões e momentos divididos foram de suma importância para meu amadurecimento pessoal e profissional.

Agradeço a banca de defesa composta por Nina Gomes e Mônica Marchese por aceitarem esse convite. O olhar de vocês sobre o meu trabalho é especial para mim que tanto as admiro.

Um enorme agradecimento a equipe de profissionais da pediatria que na rotina diária puderam dividir felicidades, tristezas e principalmente muito conhecimento. Aprendi muito com cada um de vocês e com suas profissões. Obrigada Luciana, Mariana, Lívia, Roberta, Rosane e Izabel por participarem mais de perto dessa minha caminhada, tornando-a mais leve e possível.

Nesses dois anos no INCA tive a oportunidade de conviver com pessoas que contribuíram para que essa experiência tivesse tanto significado. Obrigada à equipe de psicologia pelo acolhimento e reflexões que influenciaram também a minha construção como psicóloga. Obrigada às minhas amigas residentes Mirian, Amanda, Mariana e Brenda. Foi um privilégio dividir com vocês as angústias e conquistas dessa caminhada. A amizade de vocês foi um grande presente!

Agradeço também às pessoas que viveram este período ausentes fisicamente, mas que mesmo com alguns quilômetros de distância me deram todo o apoio e amor que eu precisava para seguir em frente neste trabalho: minha família e meus amigos potiguares. Aos meus pais, em especial, toda a gratidão por me proporcionarem a liberdade e a segurança que eu precisei durante este período longe, vocês sempre serão os meus maiores incentivadores!

Obrigada sempre a Deus que me abençoa em cada passo de minha vida e esteve comigo também na construção deste trabalho.

“Algumas doenças são visitas: chegam sem avisar, perturbam a paz da casa e se vão (...) Outras doenças vêm para ficar. E é inútil reclamar. Se vêm para ficar, é preciso fazer com elas o que a gente faria caso alguém se mudasse definitivamente para nossa casa: arrumar as coisas da melhor maneira possível para que a convivência não seja dolorosa. (...) A doença é a possibilidade da perda, uma emissária da morte. Sob o seu toque, tudo fica fluido, evanescente, efêmero. As pessoas amadas, os filhos – todos ganham a beleza iridescente das bolhas de sabão. Os sentidos, atingidos pela possibilidade da perda, acordam da sua letargia. Os objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos. Se soubéssemos que vamos ficar cegos, que cenários veríamos num simples grão de areia! Quem sente gozo na simples maravilha cotidiana que é não sentir dor? (...) A saúde emburrece os sentidos. A doença faz os sentidos ressuscitarem.”

*A Doença
Rubem Alves*

RESUMO

O presente trabalho resulta de reflexões tecidas a partir do acompanhamento psicológico de crianças e adolescentes com câncer durante a Residência Multiprofissional em Oncologia, do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Durante o tratamento nesta instituição, o paciente infantojuvenil e seus familiares estão imersos em uma rotina dura de procedimentos invasivos e podem ser acompanhados por uma equipe de referência em todo seu percurso de tratamento, propiciando que laços afetivos entre esses sujeitos sejam formados. A partir da experiência clínica na Oncologia e Hematologia Pediátricas observou-se que tais laços assumem diferentes valências para os pacientes e familiares, podendo interferir na forma como eles vivenciam a experiência do adoecimento e tratamento. Tomando o conceito de Transferência como elemento fundamental para a psicanálise, o presente trabalho propõe uma reflexão sobre como e se este fenômeno se manifesta no contexto hospitalar, assim como a discutir alguns manejos possíveis a partir da sua ilustração por casos clínicos. Para tal, foi realizado um estudo teórico clínico onde se busca realizar uma articulação entre a teoria psicanalítica de Freud, Lacan e comentadores, com a prática clínica do acompanhamento psicológico de crianças, adolescentes e familiares em tratamento no INCA. Foi possível constatar que a parceria criada entre esses sujeitos torna-se uma maneira de encontrar brechas nos protocolos desta clínica superespecializada. A partir do manejo do laço transferencial é possível apostar em uma escuta singular de cada caso, propiciando que haja um afastamento da posição de objeto, surgindo um lugar para o sujeito e seu desejo.

Palavras chave: criança, adolescente, transferência, câncer, psicanálise.

ABSTRACT

The present work results from reflections woven from the psychological monitoring of children and adolescents with cancer during the Multiprofessional Oncology Residency of the National Cancer Institute José Alencar Gomes da Silva (INCA). During treatment at this institution, the child and adolescent patients are immersed in a hard routine of invasive procedures and can be accompanied by a reference team throughout their course of treatment, allowing affective bonds between these subjects to be formed. From the clinical experience in Pediatric Oncology and Hematology it was observed that these ties assume different valences for the patients and their families, and may interfere in the way in which they experience the experience of illness and treatment. Taking the concept of transference as a fundamental element for psychoanalysis, the present work proposes a reflection on how and if this phenomenon manifests itself in the hospital context, as well as to discuss some possible maneuvers from its illustration by clinical cases. For that, a clinical theoretical study was carried out in order to articulate the psychoanalytic theory of Freud, Lacan and commentators, with the clinical practice of the psychological accompaniment of children, adolescents and families undergoing treatment at INCA. It was possible to verify that the partnership created between these subjects becomes a way of finding gaps in the protocols of this superspecialized clinic. From the handling of the transference loop it is possible to bet on a singular listening of each case, propitiating that there is a departure from the position of object, a place for the subject and his desire.

Key words: child, adolescent, transference, cancer, psychoanalysis.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. A TRANSFERÊNCIA DE FREUD A LACAN	10
2.1. A transferência em Freud: Um amor novo com características infantis	10
2.2. A transferência em Lacan: Um amor direcionado ao saber	16
2.3. Peculiaridades da transferência na clínica infantojuvenil	21
3. A MANIFESTAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA NA PEDIATRIA	26
3.1. O câncer infantojuvenil e suas repercussões	26
3.2. Contextualizando o lugar de trabalho: A pediatria do INCA.	28
3.3. A transferência no contexto hospitalar	30
4. OS MANEJOS POSSÍVEIS	35
4.1. A demanda de amor de Sophia: Um olhar para além do tumor	35
4.2. Qual é o tempo da transferência?	39
4.3. Brincando de verdade com Maria	43
4.4. Do “monstro- que- comia- olhos” ao jardim de flores: Construindo a fantasia com Elisa	47
4.5. Transferência e cuidados paliativos: As sutilezas do encontro com Lucas	51
5. CONCLUSÕES PRELIMINARES	56

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa realizada no Serviço de Oncologia e Hematologia Pediátrica do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva - INCA, nos anos de 2017/2018, com a finalidade de ser o trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Os sujeitos participantes desta pesquisa são crianças e adolescentes em tratamento nesta instituição, assim como seus familiares, que tinham como psicóloga de referência, a pesquisadora responsável pela pesquisa.

A partir dos atendimentos psicológicos realizados como residente foi possível constatar que, durante o tratamento nesta instituição, os pacientes pediátricos e seus familiares são abruptamente inseridos em uma rotina marcada por procedimentos dolorosos e invasivos, onde o diagnóstico oncológico representa frequentemente uma ruptura de planos e uma sentença que coloca suas vidas em risco. Durante as diversas etapas deste tratamento, devido ao funcionamento próprio da pediatria nesta instituição, é possível e desejável que esses pacientes sejam acompanhados por uma equipe de referência, onde laços poderão ser formados entre o paciente, seu entorno familiar e a equipe que cuida deles.

Observa-se que tais laços podem adquirir diferentes significados para as crianças e adolescentes acometidos pela doença, sendo possível que parcerias sejam formadas e que possibilidades sejam encontradas diante de rígidos protocolos que tendem a objetificação desses pacientes.

O serviço de psicologia na pediatria do INCA também se organiza priorizando que cada caso seja acompanhado por uma psicóloga de referência. A partir de um fazer dentro do hospital orientado pela psicanálise, surgiu então a necessidade desta pesquisa, que possui como objetivo realizar um estudo sobre o conceito da transferência e questionar se e como este fenômeno se manifesta em um *setting* hospitalar com crianças e adolescentes, diferente da clínica freudiana tradicional.

A metodologia utilizada nesta pesquisa é o estudo teórico-clínico onde, a partir de um estudo e exposição da obra de Freud, Lacan e seus comentadores sobre o conceito estudado, pode-se então articulá-lo aos fragmentos encontrados nos atendimentos psicológicos de rotina na pediatria, para assim fomentar a discussão sobre as formas de manifestação e manejo possíveis da transferência no hospital. Sobre esta relação entre pesquisa e clínica, Freud afirma que *“a psicanálise faz em seu favor a reivindicação de que, em sua execução, tratamento e investigação coincidem”* (FREUD, 1912a, p. 69), desta forma, para conhecer o fenômeno da transferência a partir da clínica, os relatos de caso serão ilustrativos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA no dia 25 de Julho de 2017 sob o parecer de número 2.185.039. Foram incluídos no estudo cinco pacientes de 2 a 9 anos. A escolha de tais pacientes se deu em função de que esses sujeitos e/ou seus responsáveis trouxeram espontaneamente para os atendimentos psicológicos fragmentos de fala ou de brincadeiras ilustrativos da questão abordada pelo estudo.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo 1) a todos os responsáveis pelos pacientes que fossem elegíveis a participar da presente pesquisa, para autorizar sua participação e da criança/adolescente. Foram apresentados também os Termos de Assentimento para adolescentes (anexo 2) - 13 a 17 anos - e para crianças (anexo3) - 6 a 12 anos - a todos os pacientes atendidos sujeitos da pesquisa. Estes foram apresentados de forma clara, para que assim pudessem decidir sobre a sua participação voluntária. Para garantir o anonimato e manter a confidencialidade dos casos, os nomes dos participantes foram alterados.

O primeiro capítulo deste trabalho se propõe a retomar a construção do conceito de transferência desde os primórdios do surgimento da psicanálise, mostrando como gradativamente Freud formula e embasa este conceito durante a sua obra. Em seguida, discorreremos sobre o tema a partir de alguns textos lacanianos, onde Lacan segue na teorização da transferência a partir da retomada a Freud, mostrando semelhanças e complementos às definições antes apresentadas. Ainda neste capítulo se apresenta uma breve exposição das peculiaridades da manifestação da transferência na clínica infantil, dando destaque ao papel que os pais apresentam no manejo deste fenômeno quando se trata de crianças e adolescentes.

No segundo capítulo é realizada uma introdução do tema da transferência no contexto da oncologia e hematologia pediátricas. Inicialmente é caracterizado o câncer infantojuvenil: incidência, dificuldades no diagnóstico, sintomas, tratamento e efeitos deste na vida de crianças e adolescentes. Posteriormente é apresentado a clínica onde se fez possível esta pesquisa: a pediatria do INCA, expondo suas características, as quais levantam questões que embasam esse trabalho. Por fim, traz-se uma discussão sobre como a transferência se manifesta no contexto peculiar do hospital.

O terceiro e último capítulo expõe os manejos possíveis a partir de fragmentos de casos atendidos durante a residência, destacando a importância de discuti-los de forma singular.

2. A TRANSFERÊNCIA DE FREUD A LACAN

2.1. A transferência em Freud: Um amor novo com características infantis

Antes mesmo de teorizar o conceito de Transferência, Sigmund Freud já havia observado os efeitos do laço entre analisando e analista no tratamento de pacientes histéricas. No início de sua carreira, em 1885, após um estágio no *Hospice de la Salpêtrière*, onde conheceu Jean-Martin Charcot e começou a se interessar pelos fenômenos psicopatológicos, Freud se tornou amigo de Joseph Breuer, um médico de família renomado na época. Breuer relata para Freud o tratamento de uma paciente, nomeada de Anna O., que apresentava sintomas histéricos e que estava sendo tratada pelo método catártico, no qual o médico realizava hipnose seguida de indução do relato pela paciente.

Freud ficou bastante interessado neste caso e no manejo dispensado por Breuer, mas durante seus estudos apontou uma resistência por parte do médico em considerar a etiologia sexual presente no caso, que estava explícita nos sintomas apresentados pela paciente. Porém, Breuer negou fortemente esta afirmação de Freud e sua teoria sobre a sexualidade. Durante a condução do tratamento, ao se deparar com os efeitos da motivação sexual de Anna O. dirigida a ele, Breuer recua e abandona o caso, encaminhando a paciente para outro profissional. Diante dos impasses teóricos entre Breuer e Freud, a amizade dos dois se desfaz. Freud abandona os métodos de sugestão praticados por Breuer e Charcot, e se dedica ao método da associação livre, construindo sua teoria psicanalítica. Assim, enquanto Breuer recua diante da transferência, Freud se debruça sobre ela e a torna um conceito fundamental da psicanálise.

O termo “transferência” foi empregado por Freud pela primeira vez em “A Interpretação dos Sonhos” (1900). Neste texto, o autor explica que os sonhos se utilizam de lembranças de acontecimentos do dia anterior, chamados restos diurnos, e posteriormente os reconstrói com significados diferentes:

Afigura-se, assim, plausível supor que, na elaboração do sonho, uma força psíquica esteja atuante, a qual, por um lado, despoja os elementos que possuem elevado valor psíquico de sua intensidade, e, por outro, por meio de superdeterminação, cria a partir de elementos de baixo valor psíquico novos valores, que depois se insinuam no conteúdo do sonho. Se esse for o caso, ocorre uma transferência e deslocamento de intensidades psíquicas no processo de formação do sonho, e é como resultados deles que se verifica a diferença entre o texto do conteúdo do sonho e dos pensamentos oníricos (FREUD, 1900, p. 328).

Segundo Miller (1998), é na relação das lembranças com a atualização do desejo no sonho que Freud utiliza inicialmente o termo “transferência”, com sentido de deslocamento, indicando o processo geral das formações do inconsciente, no qual as representações de desejos infantis precisam se deslocar encontrando substitutos no pré-consciente para franquear a censura e ganhar acesso à consciência. Esse primeiro sentido dado por Freud ao termo no início da construção da psicanálise não estava ligado diretamente ao tratamento analítico e servia para designar a passagem de energia psíquica de uma representação para outra, sendo essa definição uma concepção ainda muito geral sobre a transferência.

O conceito de transferência relacionado à figura do analista é apresentado a partir do texto “Fragmento da Análise de um Caso de Histeria”, onde Freud (1905) relata o caso de sua paciente, Dora, uma jovem de 18 anos, com sintomas neuróticos. Ao abordar esse caso, o autor explora o tema da transferência e o destaca como um dos motivos de entrave para o avanço do tratamento desta paciente. Freud define a transferência nos seguintes termos:

(...) é um gênero especial de formação de pensamentos inconscientes, são como reedições, reproduções das moções e fantasias que, durante o avanço da análise, soem despertar e tornar-se conscientes, mas com a característica (própria do gênero) de substituir uma pessoa anterior pela pessoa do médico (FREUD, 1905, p. 70).

É também no relato do caso Dora que Freud explica o duplo efeito da transferência, onde reconhece que o paciente não é o único responsável pelo estabelecimento deste laço, mas sim que o analista também participa do laço transferencial, alertando para a importância do manejo deste fenômeno clínico, visto que suas atitudes podem interferir no progresso da análise.

No texto “A Dinâmica da Transferência”, Freud (1912b) volta a discorrer sobre o tema da transferência e como ela é necessariamente ocasionada durante o tratamento analítico. Explica que este fenômeno está relacionado ao funcionamento singular do inconsciente de cada sujeito. O analisando possui ‘*clichês estereotípicos*’ (FREUD, 1912b, p. 70), que são formas próprias de conduzir-se na vida erótica. Ao buscar ser amado e não ter sua necessidade inteiramente satisfeita pela realidade, o sujeito está fadado a se aproximar de novos objetos libidinais com ideias libidinais antecipadas, das quais provavelmente ambas as partes de sua libido, a consciente e a inconsciente, contribuem na formação dessa expectativa. Por isso, Freud considera normal que o investimento libidinal do sujeito que se acha parcialmente insatisfeito se dirija também para figura do médico, ou seja, a libido irá incluir o médico em uma das séries

psíquicas já existentes:

As peculiaridades da transferência para o médico, graças às quais ela excede, em quantidade e natureza, tudo que se possa justificar em fundamentos sensatos ou racionais, tornam-se inteligíveis se tivermos em mente que essa transferência foi precisamente estabelecida não apenas pelas ideias antecipadas conscientes, mas também por aquelas que foram retidas ou que são inconscientes (FREUD, 1912b, p. 61).

Freud (1912b) esclarece porque na psicanálise a transferência surge também como a resistência mais poderosa ao tratamento. Segundo o autor, o tratamento analítico tende a rastrear a libido, para torná-la consciente e útil a realidade, mas ao realizar este trabalho de retirar a libido de seu “esconderijo”, todas as forças que fazem a libido regredir atuarão agora como resistência ao trabalho analítico:

A resistência acompanha o tratamento passo a passo. Cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que lhe opõem (FREUD, 1912b, p. 63).

O autor segue explicando que quando nos aproximamos de um complexo patogênico em análise, a parte desse complexo que é capaz de transferência é empurrada em primeiro lugar para consciência e defendida com a maior obstinação. Ou seja, a ideia transferencial penetra a frente de outras associações, pois satisfaz a resistência. Com o avanço do tratamento, e ao perceber que as deformações do material patogênico não podem oferecer qualquer proteção contra sua revelação, o analisando faz uso da ‘*deformação mediante a transferência*’ (FREUD, 1912b, p.63), e o impasse se encaminha para uma situação na qual todo conflito será combatido na esfera da transferência.

Sobre a relação destes dois fenômenos (transferência e resistência) conclui-se que só podemos compreender o papel da transferência no tratamento se considerarmos sua relação com a resistência, já que:

(...) a transferência, no tratamento analítico, invariavelmente nos aparece, desde o início, como a arma mais forte da resistência, e podemos concluir que a intensidade e persistência da transferência constituem efeito e expressão da resistência (FREUD, 1912b, p.64).

Para melhor compreensão do emprego da transferência como resistência, Freud (1912b) diz ser necessário realizar uma distinção sobre os tipos de transferência: a positiva e a negativa.

A transferência positiva estaria relacionada a sentimentos de empatia e afeto direcionados ao analista, que permitiriam que o paciente contribuísse com o tratamento e permanecesse aberto à influência. A transferência positiva é dividida em transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos, que são aceitos pela consciência, e transferência de fontes eróticas, que são prolongamentos desses sentimentos no inconsciente:

E somos assim levados à descoberta de que todas as relações emocionais de simpatia, amizade, confiança e similares, das quais podemos tirar bom proveito em nossas vidas, acham-se geneticamente vinculadas à sexualidade e se desenvolveram a partir de desejos puramente sexuais, através da suavização de seu objetivo sexual, por mais puros e não sensuais que possam parecer à nossa auto percepção consciente (FREUD, 1912b, p.65).

Em “Observações sobre o Amor Transferencial”, Freud (1915) irá destrinchar de forma mais detalhada a transferência erótica. Essa forma de manifestação transferencial é definida como um vínculo amoroso intenso com a figura do analista, que acarreta a exigência por parte do analisante de uma satisfação sexual “direta”. Neste texto, Freud descreve as possibilidades de manejo desse tipo de transferência. Para ele, é imprescindível que ao lidar com um enamoramento da paciente pela sua figura, por exemplo, o analista não ceda às questões morais ou aos desejos amorosos, afirmando que a técnica analítica exige a negação da satisfação buscada pelo paciente, mas que o amor deve persistir, como combustível para o trabalho analítico.

Já a transferência negativa está relacionada com a expressão, de modo aberto ou velado, de sentimentos hostis direcionados ao analista. Para Freud, a transferência negativa é uma vinculação que reflete de forma direta a resistência ao trabalho do paciente em análise. Conclui-se então que a transferência ao analista apenas poderá obter sentido de resistência ao tratamento, caso se trate de uma transferência negativa ou transferência positiva de impulsos eróticos, porque ambas criam entraves ao avanço do trabalho analítico, daí sua valência negativa.

Em “Recordar, Repetir e Elaborar”, Freud (1914) explica que a repetição está ligada à satisfação pulsional. O que não foi satisfeito no campo pulsional, tende a retornar e exigir satisfação. As fantasias do passado que o paciente resiste em recordar durante o processo psicanalítico, ele tende a repetir em ato, inconscientemente, substituindo o personagem anterior pela figura do analista, buscando suprir suas exigências libidinais insatisfeitas.

O paciente possui uma “*compulsão a repetição*” (FREUD, 1914, p. 94), e não pode fugir dessa compulsão, sendo esta a sua maneira de recordar. O autor explica a relação dessa compulsão a repetição com a transferência:

Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual (FREUD, 1914, p. 94-95).

e também sua relação com a resistência:

Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido (...) corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado. (...) se, à medida que a análise progride, a transferência se torna hostil (...) precisando de repressão, o recordar imediatamente abre caminho à atuação (FREUD, 1914, p. 95)

Ainda neste texto, Freud discorre sobre a importância do manejo da transferência pelo analista, afirmando que é através deste manejo que se pode tratar a compulsão do paciente à repetição, tornando-a útil ao processo analítico e transformando tal compulsão num motivo para recordar.

Quando o tratamento se inicia de fato, a doença do paciente tende a se focar na relação com o médico. Com o analista incluído nas séries psíquicas do paciente, este irá construir na situação analítica uma nova neurose, que terá as características da antiga doença, visto que esta lhe serviu de base, mas que incluirá agora o analista como endereço principal. Por sua vez, o analista está apto para operar a partir deste lugar de objeto da neurose de transferência criada pelo paciente e deverá manejá-la:

A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória (FREUD, 1914, p. 96)

Sobre as resistências, para superá-las o analista deve revelá-las para o paciente e familiarizá-lo com elas. Mas apenas revelar a resistência para o paciente não é suficiente. Freud critica alguns analistas que creem que seu trabalho se resume apenas em nomear a resistência para o paciente e desta forma não obtém êxitos no tratamento. É preciso dar ao paciente tempo para conhecer melhor a resistência que lhe foi apresentada, para elaborá-la no trabalho analítico. A partir disto, analista e paciente trabalhando juntos, poderão descobrir os impulsos libidinais

recalcados que formam o núcleo dessa resistência.

Freud (1914) alerta que esse processo não pode ser evitado nem apressado, e que se revela uma tarefa árdua para o sujeito em análise e uma prova de paciência para o analista, mas que *“todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão”*. (FREUD, 1914, p. 97).

Desta forma, o papel do analista está relacionado ao manejo da transferência através da interpretação, buscando junto ao paciente compreender a origem de seus sintomas e repetições.

A transferência para Freud é em si mesma um fragmento do inconsciente que pode assumir papel de progresso e também de entrave ao tratamento, por isso, apesar das dificuldades implicadas, deve ser considerada pelo analista na condução do processo de análise, como uma arma poderosa que permite trazer à luz a compulsão à repetição e junto a ela o material inconsciente recalçado.

Não se discute que controlar os fenômenos da transferência representa para o psicanalista as maiores dificuldades; mas não se deve esquecer que são precisamente eles que nos prestam o inestimável serviço de tornar imediatos e manifestos os impulsos eróticos ocultos e esquecidos do paciente. (FREUD, 1912b p.66)

Como dito inicialmente, Freud abandona as técnicas sugestivas de tratamento ainda no início da construção da psicanálise. Durante a sua obra, o autor esclarece a diferenciação entre as técnicas sugestivas e a analítica, sempre deixando claro que entre esses dois métodos existe um grande distanciamento. Para ele, a sugestão pode até proibir os sintomas de existirem, mas não apreende seu sentido e significado.

“Esboço de Psicanálise” é um texto escrito por Freud em 1940, onde apresenta uma síntese de vários conceitos psicanalíticos. Neste texto, o autor elucida o mecanismo pelo qual se dá a transferência e traz a questão da sugestão junto a este fenômeno. Após o estabelecimento da transferência, o analista, ao manejar este laço, se utilizará da sugestão de maneira secundária, de forma a auxiliar na elaboração das questões psíquicas trazidas à tona pela transferência. Desta forma, a sugestão não é o método principal utilizado na análise, mas sim uma coadjuvante que constitui a transferência.

Freud (1940) ressalta o papel do analista no manejo da transferência, advertindo que ele não pode se utilizar do lugar de influência sobre o paciente para agir segundo suas próprias inclinações, ou adotar uma postura de professor, modelo ou ideal. Caso faça isso, o analista

estará apenas substituindo uma dependência do paciente por uma nova:

Em todas as suas tentativas de melhorar e educar o paciente, o analista deve respeitar a individualidade deste. A influência que possa legitimamente permitir-se será determinada pelo grau de inibição no desenvolvimento apresentado pelo paciente (FREUD, 1940, p.112)

É necessário que o analista realize um manejo cuidadoso da transferência, mantendo uma distinção rigorosa entre o saber do analista e o do paciente durante o trabalho interpretativo. O analista deve refletir cuidadosamente a respeito de qual o melhor momento para comunicar ao paciente uma de suas construções, assim como o que é necessário que ele saiba. Para Freud (1940) o ideal é esperar até que o paciente já tenha chegado tão próximo dessa explicação que só lhe resta a síntese do analista:

Se procedemos doutra maneira e o esmagamos com nossas interpretações antes que esteja preparado para elas, nossa informação ou não produziria efeito algum ou, então, provocaria uma violenta irrupção da resistência que tornaria o avanço de nosso trabalho mais difícil ou poderia mesmo ameaçar interrompê-lo por completo. Mas se preparamos tudo adequadamente, com frequência acontece que o paciente imediatamente confirma nossa construção e ele próprio recorda o acontecimento interno ou externo que esqueceu. Quanto mais exatamente a construção coincidir com os pormenores do que foi esquecido, mais fácil ser-lhe-á assentir. Nesse assunto em particular, o nosso conhecimento tornar-se-á, então, também o seu conhecimento. (FREUD, 1940, p. 114 e 115)

Sobre as repetições vividas na transferência, o analista também deve esclarecer ao analisando que o que ele toma por uma vida nova e real é um reflexo do passado:

Um manejo cuidadoso da transferência, é, via de regra, extremamente compensador. Se conseguimos, como geralmente acontece, esclarecer o paciente quanto à verdadeira natureza dos fenômenos de transferência, teremos tirado uma arma poderosa da mão de sua resistência e convertido perigos em lucros, pois um paciente nunca se esquece novamente do que experimentou sob a forma de transferência; ela tem uma força de convicção maior do que qualquer outra coisa que possa adquirir por outros modos. (FREUD, 1940, p.114)

2.2.A transferência em Lacan: Um amor direcionado ao saber

Como dito anteriormente, Freud concebia que a transferência inicialmente se

apresentava como um obstáculo, exercendo sua função de resistência ao progresso do processo analítico, mas que também se mostrava como essencial para o tratamento. Assim como Freud, Jacques Lacan também considera a transferência um fenômeno essencial para análise, mas a compreende com algumas particularidades que diferem e complementam a teoria freudiana. Lacan propõe principalmente uma diferenciação entre transferência e sugestão, e centra o manejo da transferência na busca pelo saber inconsciente.

Em 1958, no escrito “A Direção do Tratamento e os Princípios do seu Poder”, Lacan traz a relevância do manejo da transferência pelo analista. O autor especifica que o papel do analista consiste em dirigir o tratamento, sem dirigir o paciente. O analista comparece com a falta de resposta à demanda que na verdade é uma resposta. Ele não satisfaz o lugar que o analisando o coloca durante a análise, mas também não deve frustrá-lo. Sobre o manejo deste fenômeno, o autor diz:

Quanto ao manejo da transferência, minha liberdade, ao contrário, vê-se alienada pelo desdobramento que nela sofre minha pessoa, e ninguém ignora que é aí que se deve buscar o segredo da análise. O que não impede que se creia estar progredindo nesta douta afirmação: que a psicanálise deve ser estudada como uma situação a dois. (LACAN, 1958, p. 594)

Lacan (1958) nos leva a refletir sobre o lugar do psicanalista e as distorções à obra freudiana realizadas por alguns analistas pós-freudianos, através das seguintes questões: “*Quem é o analista? Aquele que interpreta, tirando proveito da transferência? Aquele que analisa como resistência? Ou aquele que impõe sua ideia de realidade?*” (LACAN, 1958, p.598).

Para responder à questão “*Quem analisa hoje?*” (LACAN, 1958, p.598), Lacan traz uma metáfora, comparando a análise com um jogo, onde os sentimentos do analista ocupam o lugar do morto que em alguns momentos ressuscita para ajudar o analisando a continuar (sob a forma do desejo do analista), mas que nada sabe sobre quem está ganhando ou conduzindo esse jogo:

Eis por que o analista é menos livre em sua estratégia do que em sua tática (...), ou seja, em sua política, onde ele faria melhor situando-se em sua falta-a-ser do que em seu ser. Dizendo as coisas de outra maneira: sua ação sobre o paciente lhe escapa, juntamente com a ideia que possa fazer dela, quando ele não retoma seu começo naquilo pelo qual ela é possível, quando não retém o paradoxo do que ela tem de retalhada, para revisar no princípio a estrutura por onde qualquer ação intervém na realidade (LACAN, 1958, p. 595-596).

Sobre a resistência em análise, Lacan a coloca em uma posição divergente da de Freud.

Para ele a contratransferência é sim uma reação à transferência, mas que atrapalha o progresso do processo analítico. Lacan critica ainda os analistas que consideram a negação do analisando como uma resistência. Neste escrito é formulado um novo conceito lacaniano, chamado “Desejo do Analista”. Sobre este, Lacan (1958) afirma que, na verdade, a resistência como motivo de entrave da análise, não está do lado do analisando e sim do analista.

Do analisando, como sujeito de sua análise, se espera que apresente resistência ao processo. Já o analista tem o papel de interpretar, por isso quando este resiste, está aí o entrave de uma análise. É neste ponto, que Lacan (1958) deixa claro que um dos fatores mais importantes na análise é a “falta-a-ser” do analista, este deve se apresentar como uma tela onde será projetada a transferência. O analista deve apagar suas preferências como sujeito e acolher a transferência na condição de objeto deste fenômeno, aberto a escuta, estabelecendo assim uma relação assimétrica.

Ainda neste texto, o autor traz um alerta ao deslumbramento de alguns analistas diante do estabelecimento da transferência. Ele esclarece que o laço transferencial está relacionado com um significante e não com o ser do analista. A pessoa do analista é representada para o analisando como um significante que é condição de possibilidade de advento do saber inconsciente e que nada tem a ver com a pessoa real do analista.

Como sujeitos, desde criança estamos sempre sendo desejados e desejamos ser desejados e isso leva a que na neurose o desejo tenda a ser interpretado como demanda. Uma vez advertido de que a demanda não está direcionada a nenhum objeto específico que a sature e por isso não pode ser satisfeita, o analista comparece com seu silêncio em resposta à demanda.

A função do analista na direção do tratamento é a de sustentar a demanda do sujeito, para que os significantes relacionados à sua não resposta possam surgir e serem trabalhados em análise. O analista só responde a partir do lugar da transferência; ele oferece ao paciente sua presença e escuta, para que a demanda ceda lugar ao desejo. Por isso, Lacan (1958) critica os “psicanalistas de hoje” (p. 596), que realizam uma análise baseada em sugestões grosseiras, assumindo uma postura de reeducação emocional que leva o sujeito apenas a repassar sua demanda, não dando lugar a instalação da transferência enquanto via de acesso ao saber inconsciente.

Lacan (1958) se refere ao silêncio do analista como lugar de escuta, já que o saber está do lado do analisando. O que o analista cala é o seu próprio saber, para poder assumir um lugar operativo na análise, sendo apenas na posição de “ignorância douda” que o analista pode realizar seu trabalho.

No “Seminário 8 – A Transferência”, Lacan (1960-1961) conceitua a transferência a partir do “Banquete de Platão”, onde o tema principal é o amor. Para Lacan a transferência se dá em análise assim como a entrada do Alcibíades no Banquete: entra rompendo as regras, irreverente, sem que se possa enquadrá-la. Este personagem interrompe o Banquete e declara seu amor a Sócrates que não o responde do lugar de objeto amado. Alcibíades ao não saber o que Sócrates, na posição de Outro, deseja, remete-se ao seu próprio desejo. Assim como o amor de transferência – o amor de Alcibíades é um amor direcionado ao desejo do Outro – ele ama o suposto saber de Sócrates sobre seu desejo.

Lacan compara o papel do analista à posição de Sócrates diante do amor de Alcibíades: não responder a demanda de amor, não assumindo o lugar de objeto amado, para assim designar ao sujeito onde está seu próprio desejo:

Não é a beleza, nem a ascese, nem a identificação a Deus que deseja Alcibíades, mas esse objeto único, esse algo que ele viu em Sócrates e do qual Sócrates o desvia, porque Sócrates sabe que não o tem (LACAN, 1960-1961, p. 203).

O conceito lacaniano de transferência se constrói em torno do Sujeito Suposto Saber: *“Desde que haja em algum lugar o Sujeito Suposto Saber há transferência”* (LACAN, 1964, p. 220). Este é um conceito próprio de Lacan. O Sujeito Suposto Saber se refere ao que o analisando supõe que o analista sabe sobre o seu sintoma e sofrimento, e está diretamente relacionado ao convite que o analista faz ao analisando no início da análise: para que este lhe fale o que lhe vier à mente, sem censuras.

Como dito anteriormente, na concepção lacaniana o papel do analista não está relacionado com frustrar o analisando nem atendê-lo, mas sim com sustentar a demanda, que possibilita a interpretação e o trabalho analítico:

Mas o que é que o sujeito pede? Aí está toda a questão, pois o sujeito bem sabe que, quaisquer que sejam seus apetites, quaisquer que sejam suas necessidades, nenhum encontrará satisfação ali na análise, senão, no máximo, a de organizar seu menu (LACAN, 1964, p. 254).

Assim, a demanda de análise, para Lacan, é uma demanda de saber. Esta demanda ocorre quando o sujeito procura o analista não apenas para o alívio de seu sofrimento, mas para compreendê-lo, e neste processo atribui ao analista um saber sobre o seu sintoma, instalando-se assim o Sujeito Suposto Saber. Este saber, trata-se do saber inconsciente do próprio sujeito sobre o seu desejo, do qual o analista na verdade não sabe nada.

Na “Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola”, Lacan (1967) explica a construção do Sujeito Suposto Saber. Para isso, formula o “Matema da Transferência”:

$$\frac{S \longrightarrow S^q}{s(S^1, S^2, \dots S^n)}$$

Acima da barra, o significante (S) representa um significante do analisando, que se endereça a um significante qualquer representado pelo analista e pinçado deste pelo analisante, (S^q). O efeito disso é representado na linha debaixo, onde “o (s) representa o sujeito resultante, que implica dentro dos parênteses o saber, supostamente presente, dos significantes que estão no inconsciente”. (LACAN, 1967, p. 254). Sobre a posição que o analista ocupa neste matema, Lacan afirma que o que importa é a relação do psicanalista com o saber suposto direcionado a ele, o analista não deve se identificar com o Sujeito Suposto Saber, mas sustentar um puro desejo de saber: *"O que constitui o ato psicanalítico como tal é muito singularmente esta simulação (...), simular que a posição do Sujeito Suposto Saber seja sustentável"* (LACAN, 1967, p. 57)

Miller (1998), elucida que o Sujeito Suposto Saber é uma consequência imediata da situação analítica, e por isso nada tem a ver com a pessoa do analista, que não merece mérito nisso. O saber já se encontra com o analisando, tendo em vista que se trata de um saber inconsciente. Ao analista, então, cabe apenas dizer ao paciente que fale tudo que lhe vier à mente durante a análise, para que assim, ao se permitir a associação livre, o paciente possa se permitir também a transferência, iniciando uma busca pelo saber sobre o seu desejo:

(...) A estrutura da situação analítica coloca, em primeiro lugar, o analista em posição de ouvinte, ouvinte do discurso que ele estimula no paciente, posto que o convida a se entregar a ele sem omitir nada, sem consideração pelas conveniências. (MILLER, 1998, p. 72)

Miller (1998) explica ainda que como consequência desta transferência, ao se instalar a regra fundamental da psicanálise, se instalando também o Sujeito Suposto Saber, o analisando percebe neste momento que suas palavras possuem um significado, que tudo que ele diz possui importância, diz algo sobre seu sintoma, e supõe que o analista possui o saber sobre isso. Surge então a demanda de análise, que tem como base a pergunta direcionada ao analista sobre esse suposto saber inconsciente. É através da instauração da associação livre que o analista permite,

pela transferência, que o sujeito possa dizer sobre o que ele não sabe, ele pode então se responsabilizar por sua história e se implicar em seu desejo.

Em “O Seminário, livro 11 - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” (1964), o autor traz a transferência como o meio pelo qual se interrompe a ligação com o inconsciente, mas, por outro lado, afirma que o analista só deve iniciar a interpretação em análise após o estabelecimento da transferência com o analisando. Desta forma, Lacan traz uma nova maneira de conceber a função da transferência. Ele aponta para um paradoxo no funcionamento deste fenômeno, que ele nomeia de nó, pois ao mesmo tempo em que ocasiona um fechamento do inconsciente, também funciona como lugar de início para a interpretação:

Nem por isso deixa de restar que há um paradoxo em designar, nesse movimento de fechamento do inconsciente, o momento inicial em que a interpretação pode ganhar seu vulto. (...) A contradição da função da transferência, que faz apreendê-la como o ponto de impacto do porte interpretativo, nisso mesmo que, em relação ao inconsciente, ela é o momento de fechamento - aí está o que faz necessitar que a tratemos como o que ela é, isto é, um nó. Ela é um nó, e nos incita a dar conta dele (LACAN, 1964, p.126)

2.3. Peculiaridades da transferência na clínica infantojuvenil

Freud sabia do estranhamento que a sua teoria da sexualidade infantil causava nos leigos e, por isso, encorajava seus alunos e amigos a lhe enviarem observações sobre o comportamento sexual das crianças. Quando recebeu então o material de um aluno sobre seu filho Hans, observou que seus pais estavam empenhados em deixar esta criança crescer e expressar-se sem intimidações, o que torna o relato do pequeno Hans muito rico para construção de uma teoria psicanalítica com crianças.

Em 1909, Freud relata a primeira análise de criança. O caso do “Pequeno Hans” foi realizado por mediação do seu pai, que era aluno e grande admirador do trabalho do fundador da psicanálise. Conforme Freud (1909) afirma, em “Análise de uma Fobia em um Menino de Cinco Anos”, embora ele tenha assentado as linhas gerais do caso, o tratamento em si foi efetuado pelo próprio pai da criança, que pôde unir em suas observações o carinho afetivo e o interesse científico, combinando a autoridade de pai e de médico na condução do caso.

Os primeiros relatos sobre o menino datam de um período em que ele estava com quase 3 anos de idade. Hans traz muitas questões para os pais sobre os órgãos genitais, fazendo diversos comentários sobre o “*pipi*” dele, dos pais, da irmã e dos animais.

Quando Hans tinha quase cinco anos, seu pai passa a escrever para Freud em função de sua preocupação com os sintomas do filho relacionados a uma fobia de cavalos. Segundo Freud, a ansiedade e o começo da fobia de cavalos desencadeiam-se após as advertências dadas pela sua mãe para que Hans não manipulasse seu “*pipi*”. Advertências que o menino não conseguiu cumprir, apresentando uma ânsia erótica reprimida.

Freud traz nesta obra vários relatos de seu aluno sobre diversos comportamentos de Hans e, diante da riqueza de conteúdo, chega a afirmar que “*O pequeno Hans parece ser um modelo positivo de todos os vícios*” (FREUD, 1909, p.10). De fato, os vastos detalhes do caso do Pequeno Hans ilustram a teoria sexual infantil que Freud havia publicado em 1905 e que havia sido tão desprezada por muitas pessoas na época. A análise do caso de Hans traz um fator crucial, sobre o qual pretendo me deter e aprofundar neste tópico sobre a transferência na clínica com crianças e adolescentes, que é a função dos pais como elemento central na análise infantil, já que a transferência do menino Hans só foi possível pela transferência de seu pai com Freud, que faz observações minuciosas e as relata para o psicanalista.

Durante os anos que acompanhou esse caso, Freud teve um encontro com Hans em seu consultório onde, ao sair da sessão, o menino pergunta ao pai: “*O Professor conversa com Deus? Parece que já sabe de tudo, de antemão!*” (FREUD, 1909, p.25). Nas correspondências, o pai de Hans relata também diversas frases de seu filho sobre Freud: “*Estou tão contente, sabe pai? Fico sempre contente quando posso escrever para o Professor.*” (FREUD, 1909, p. 34) ou em outra ocasião: “*Se eu escrever tudo para o Professor, minha bobagem vai acabar logo, não vai?*” (FREUD, 1909, p. 38). Hans expõe nessas falas que supõe que Freud saiba algo sobre ele e sua angústia, acusando a presença de um laço transferencial. Embora com pouca idade, a criança expõe um conhecimento de que é o “professor Freud” que tem o saber necessário para acabar com sua “bobagem”, termo que seus pais utilizavam para se referir aos sintomas fóbicos do filho.

Freud permanece avançando na observação dos comportamentos das crianças e, alguns anos depois, em 1920, relata em “Além do Princípio de Prazer” o jogo do ‘*fort-da*’, criado pelo seu neto de 1 ano e meio. Enquanto o observava, descobriu um movimento do menino com um carretel que ficava amarrado a um cordão. O jogo consistia em jogar o carretel e falar: ÓÓ, e puxar o carretel e falar: ÊÊ. Para Freud (1920), seu neto estava, através dessa brincadeira de fazer sumir e reaparecer o carretel, elaborando as presenças e ausências de sua mãe. Ao movimentar o objeto o menino assumia uma posição de controle, tornando-se ativo nesse processo de sumição e retorno, diferente de quando sua mãe saía e ele permanecia em lugar

passivo, esperando sua volta. Freud nomeia esse jogo como *Fort-Da* (Ir embora - Ali em alemão).

Na brincadeira de presença e ausência que o *Fort-Da* institui, pode ser observado um alívio da angústia causada pela separação com a mãe. O jogo com o carretel surge como uma possibilidade de simbolizar a experiência dolorosa do afastamento da mãe. Durante esse ato, o neto de Freud reconstrói a cena difícil para ele da partida, mas também imprime prazer ao proporcionar a autonomia de trazer o carretel de volta para perto de si, fazendo dele um sujeito ativo nesse momento de ausência materna. Ao pronunciar as sílabas *Fort* e *Da*, a criança se coloca na posição de sujeito que pode aos poucos elaborar através do objeto a falta de sua mãe.

Para Lacan (1969) a criança é objeto do desejo inconsciente dos pais, sendo o sintoma que a criança apresenta a sua resposta ao sintoma inconsciente do casal parental. No texto “A Criança Entre a Mulher e a Mãe”, Miller (2014) retoma e aprofunda os principais pontos do texto “Duas Notas Sobre a Criança” escrito por Lacan. Segundo o autor, o sintoma da criança se encontra na situação de responder àquilo que há de sintomático na estrutura familiar ou diz respeito à subjetividade da mãe. Para Lacan (1969), caso o sintoma da criança esteja relacionado à verdade do casal parental, embora complexo, este é mais aberto à intervenção do analista, pois está articulado com a metáfora paterna e construído no campo das substituições. Já nos casos que dizem respeito à subjetividade da mãe, o padecimento da criança é mais difícil de ser articulado, pois a falta de mediação assegurada pela função paterna faz com que a criança fique aberta a todas as capturas fantasmáticas da mãe.

Desta forma, pode-se afirmar que, no caso do sintoma neurótico da criança, este deve ser visto como um sinal a ser decifrado sobre a estrutura familiar na qual ela está inserida. A criança levada a análise não irá sozinha. Ela é levada pelos pais e carrega consigo reminiscências desse casal, que precisa ser escutado e acolhido para que a transferência possa se estabelecer e um trabalho possa ser realizado. Muitas vezes é através da criança em análise que essa família pode elaborar suas histórias individuais, ou seja, é através do sintoma da criança que questões importantes da vida familiar podem vir à tona durante o tratamento. Assim, a transferência com a criança está enlaçada na transferência com os pais. É a transferência com os pais que pode ou não garantir o progresso da análise infantil e proporcionar a essa família uma elaboração e responsabilização diante dos sintomas da criança.

Ainda em “Duas Notas Sobre a Criança”, Lacan (1969) refere-se ao sintoma somático, que aproximamos neste trabalho do adoecimento oncológico, afirmando que: “*O sintoma somático oferece o máximo de garantia a este desconhecimento*”. (p.370). Talvez este sintoma

cause impasses ao advento do Sujeito Suposto Saber tal qual definido na preposição de 9 de outubro, citada anteriormente, uma vez que encarnar tal sintoma no corpo parece favorecer um curto circuito da cadeia significativa.

Como dito, diferente da análise de adultos, a transferência na clínica infantojuvenil passa pelos pais desses pacientes. Na análise com crianças surge uma demanda de análise que está do lado dos pais, e por isso possui essa peculiaridade que é a exigência de um trabalho também com eles, que precisam se implicar no que o sintoma de seus filhos revela sobre o casal, e também no compromisso com o próprio tratamento da criança, que depende deles para permanecer em análise.

A criança não é independente. Está atrelada à representação que têm os pais a seu respeito. Por isso também não busca a análise sozinha. Geralmente são os pais que, supondo um saber àquele analista, a levam até ele e tornam o tratamento da criança possível. Essa é mais uma das razões pelas quais os pais ocupam um papel tão importante no que se refere ao tratamento psicanalítico de seus filhos, pois são eles que, muitas vezes, garantem o início, a continuação ou a interrupção do processo.

A importância da escuta dos pais durante a análise com crianças e adolescentes se dá também porque o sintoma ou a subjetividade da criança é sua resposta a seu lugar diante do casal parental. Há uma relação entre o sintoma da criança e o par familiar. Por isso, através de um espaço para a fala dos pais, o analista poderá compreender o lugar que essa criança ocupa para essa família, assim como as marcas não elaboradas nas histórias desses pais que se repetem nos filhos.

Outro fator importante na análise com a criança é o brincar. A criança o utiliza como mediador de sua realidade, sendo este um instrumento de simbolização que a possibilita falar de sua realidade psíquica. Ao analista cabe estar atento para a escuta do que a criança expõe durante os jogos ou desenhos. Na brincadeira endereçada ao analista na transferência há também a expressão do inconsciente infantil.

É através dos jogos e desenhos que a criança em análise pode realizar associações e estabelecer a transferência com o analista. Freud (1909) afirma que o importante no brincar são os significados que a criança constrói e não a interpretação. Alerta ainda sobre o papel do analista, que não deve buscar compreender e interpretar todos os comportamentos da criança e sim estar disponível para brincar, sendo esta talvez uma das condições de possibilidade de que o processo psicanalítico ocorra: *“Não pretendam compreender tudo no ato e vão acolhendo com certa atenção imparcial tudo o que surja, em espera de sua definitiva esclarecimento.”*

(FREUD, 1909, p.1397)

No brincar a criança traz para o atendimento endereçado ao analista uma experiência que surge para ela como limite e a angústia e pode elaborar sua resposta fantasmática desde que encontre certas condições de trabalho subjetivo. É na atividade lúdica que a criança se coloca em uma posição ativa, saindo do lugar de objeto e assumindo o lugar de sujeito.

Pensando no perfil das crianças que estão inseridas no local onde este trabalho se fez possível, podemos afirmar que a criança com câncer convive com uma ameaça constante à sua própria vida; o tratamento oncológico se apresenta como um invasor que muitas vezes objetifica o corpo dos pacientes, que são manipulados e invadidos pela doença, pelos procedimentos e protocolos médicos. O brincar pode surgir para essas crianças como uma via de tratamento do real que invade seus corpos, assumindo uma postura ativa e endereçando-se a alguém que se apresenta disponível para testemunhar seu trabalho e se faz parceiro do mesmo.

O convite para brincar é também um convite para a fantasia e para o desejo, que não eliminam o real da doença e do tratamento oncohematológico, mas que traz, talvez, a possibilidade de passar por esse tratamento de forma menos devastadora, através da transferência estabelecida e das construções singulares que ela possibilita para tratar a angústia infantil.

3. A MANIFESTAÇÃO DA TRANSFERÊNCIA NA PEDIATRIA

3.1. O câncer infantojuvenil e suas repercussões

O Câncer corresponde a um conjunto de doenças marcadas pelo crescimento desordenado e anormal de células que invadem os tecidos ou órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do corpo. Essas células cancerígenas crescem de forma agressiva e rápida, acumulando-se e formando tumores ou neoplasias malignas, se diferenciando dos tumores benignos, que se multiplicam devagar e se parecem com o tecido original, sendo menos agressivos. (INCA, 2015)

Segundo o Ministério da Saúde (2008), o Brasil é considerado um país com uma população predominantemente jovem, sendo 38% da população em 2007 menor de 19 anos. Quando se trata de câncer nessa população (0 a 19 anos), este já é a principal causa de morte por doença. Em 2014 a doença foi responsável por 2.724 óbitos de crianças e adolescentes (INCA, 2015). No total de mortes nesta faixa etária, o câncer ocupou a segunda posição (7%), ultrapassado somente pelos óbitos por causas externas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2016, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e o Ministério da Saúde (MS) divulgaram dados de um estudo sobre o panorama do câncer infantojuvenil no Brasil, onde apontam que a sobrevida estimada é de 64%, índice calculado com base nas informações de incidência e mortalidade. O estudo apontou também que essa sobrevida varia de acordo com a região do País, sendo que os índices são mais elevados nas regiões Sul (75%) e Sudeste (70%). A estimativa realizada neste estudo, previu a ocorrência de 12.600 casos novos de câncer em crianças e adolescentes para o ano de 2017.

O comportamento clínico do câncer nesta faixa etária apresenta características próprias, em relação à histopatologia quando comparado ao câncer de adultos, e por isso deve ser estudado separadamente. A principal diferença é que os cânceres infantojuvenis apresentam períodos de latência menores e embora costumem crescer mais rapidamente, respondem melhor à quimioterapia do que os cânceres em adultos de forma geral. (LITTLE, 1999).

No caso do câncer em crianças e adolescentes, ainda não são claros os fatores de risco que podem desencadear ou ativar a doença. Sendo assim, como a prevenção ainda não é possível, o diagnóstico precoce torna-se crucial e pode interferir na probabilidade de sobrevida do paciente pediátrico. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER- ABC, 2007)

Por outro lado, observa-se que um dos principais impasses a ser considerado no tratamento do câncer na faixa etária de 0 a 19 anos é justamente o atraso do diagnóstico. Diversos são os motivos que dificultam o diagnóstico e o início do tratamento desses pacientes, como por exemplo “a *precariedade dos serviços de saúde, a falta de percepção da possibilidade de cura tanto do leigo como da classe médica e até mesmo barreiras religiosas.*” (INCA, 2008, p. 22).

Outro fator importante que influencia na realização do diagnóstico precoce desses pacientes está relacionado aos sintomas manifestados inicialmente – perda de peso, dores nos ossos, manchas avermelhadas ou roxas, cansaço, palidez, febre, etc – que não são muito específicos e, por vezes, são confundidos com outras enfermidades comuns na infância. Desta forma, se faz necessário um esforço de paciente, família e profissionais da saúde para que o encaminhamento adequado e rápido seja realizado.

Como dito, a prevenção e o diagnóstico das neoplasias na população infantil são desafios que podem causar impacto nas taxas de sobrevivência desses pacientes. Em contrapartida, felizmente a terapêutica nesta área progrediu imensamente, tornando-se uma importante estratégia no combate ao câncer. (STILLER, 1988 E SELBY 1996).

Os principais tipos de câncer pediátricos são: Leucemias Agudas, Linfomas, Tumor de Wilms, Retinoblastoma, Neuroblastoma, Rabdomiossarcoma, Sarcomas, Tumores do Sistema Nervoso Central e Tumores Ósseos Primários. O tratamento é realizado por quimioterapia, radioterapia, cirurgia e transplante de medula óssea. Estas terapêuticas podem ser utilizadas de forma associada, variando de acordo com o tipo e a localização da doença. O tratamento oncológico costuma ser longo e marcado por diversas consequências ao corpo desses pacientes, como por exemplo, náuseas, vômitos, alopecia, queimaduras, amputações, dores, mucosites, neutropenias, etc.

Juntamente com os efeitos do tratamento em seu corpo, a criança e o adolescente poderão também ser afetados pelo afastamento de sua casa devido às longas internações ou frequentes idas ao hospital, permanecendo em um lugar estranho, por vezes longe de seus familiares e amigos, dos seus brinquedos e de todo o entorno que faz parte da sua rotina. Ainda devido ao tratamento, frequentemente os pacientes precisam ser afastados da escola, o que traz diversas consequências no âmbito social e cognitivo. O ambiente hospitalar também impõe uma rotina difícil, marcada por procedimentos extremamente invasivos e dolorosos, perda da privacidade e independência e, como já dito, tende à objetificação de seus corpos, que passam a ser manipulados e examinados diariamente.

Os cuidadores e familiares também são afetados com o adoecimento inesperado. Eles são retirados de seus hábitos de forma abrupta após o diagnóstico e precisam se adaptar à nova realidade que a doença e o tratamento trazem. A família da criança e do adolescente com câncer, por vezes, fica desestruturada após o diagnóstico, com seus planos interrompidos ou adiados. Observa-se que, com o longo período de tratamento, a renda familiar diminui devido a perda do emprego de um dos provedores do lar, que não consegue conciliar o trabalho e o tratamento da criança. Além disso, muitos cuidadores ficam sobrecarregados, quando são os únicos responsáveis por acompanhar a criança, podendo até adoecerem física e emocionalmente.

Desta forma, podemos afirmar que o diagnóstico oncológico pode surgir para esses pacientes e familiares de forma inesperada e como uma sentença de morte, devido ao estigma relacionado ao câncer. Assim, todos esses fatores que permeiam o diagnóstico do câncer infantojuvenil trazem para esses sujeitos angústia e impotência diante da doença, fazendo-se necessário o acompanhamento por uma equipe de profissionais que os auxiliem nesse processo.

3.2. Contextualizando o lugar de trabalho: A pediatria do INCA.

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA é composto por 5 hospitais situados no município do Rio de Janeiro. São eles: o Hospital do Câncer I (oncologia e hematologia adulto, oncologia e hematologia pediátricas, clínicas cirúrgicas – abdômen, neurologia, tórax, cabeça e pescoço e urologia), Hospital do Câncer II (tumores ginecológicos e tumores ósseos), Hospital do Câncer III (tumores de mama), Hospital de Câncer IV (pacientes adultos em cuidados paliativos) e Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO).

O cuidado a crianças e adolescentes no INCA iniciou-se em 1957, com a inauguração da unidade na Praça da Cruz Vermelha. A oncologia pediátrica surge na instituição com objetivo de *“não apenas tratar os casos de tumores malignos sólidos que ocorriam com maior frequência, mas para criar as condições necessárias de atendimento e convivência social.”* (INCA, 2008, p. 7)

Sobre o perfil dos pacientes assistidos na pediatria do INCA, observou-se por meio das informações do Registro Hospitalar de Câncer (RHC) no período de 1983 a 2005, o registro de 3.199 pacientes na faixa etária de 0 a 19 anos, correspondendo a 2,8% do total de pacientes cadastrados.

Durante a Residência Multiprofissional em Oncologia temos a oportunidade de conhecer as diversas clínicas do Instituto e observar as diferenças entre elas. Embora inseridos

em uma mesma instituição, cada setor possui sua maneira própria de organização, que está muito relacionada às pessoas que ali trabalham e à população ali assistida. As diferenças ficam ainda mais acentuadas quando se trata de pacientes adultos ou crianças.

A pediatria do INCA possui diversas peculiaridades frente aos outros setores do hospital. No que se refere ao fluxo do paciente durante o tratamento, as crianças acompanhadas no Instituto provavelmente irão realizar todo seu tratamento em uma única unidade (HCI), visto que a pediatria possui toda a infraestrutura de serviços necessária para o tratamento pediátrico, tais como: enfermaria, emergência pediátrica, centro de terapia intensiva pediátrico, centro cirúrgico, ambulatório de quimioterapia, radioterapia, etc. Inclui-se também os pacientes em cuidados paliativos que, no caso de adultos, são encaminhados para o Hospital do Câncer IV, enquanto que no caso de crianças este tratamento é realizado dentro do próprio Hospital do Câncer I, onde é ofertado também o tratamento curativo.

No que se refere à estrutura física disponível para pediatria, também há diferenças se comparada a outras clínicas. A enfermaria da pediatria atualmente¹ possui uma decoração diferenciada, com temas lúdicos e bastante colorida. Além dos 30 leitos de enfermaria (12 da hematologia e 18 da Oncologia), 06 leitos de CTIP, 04 leitos de emergência e 07 salas de ambulatório, a pediatria também conta com uma classe hospitalar e uma brinquedoteca, além de uma sala de acolhimento.

Com relação à equipe da psicologia da pediatria, onde me insiro, há uma rotina de supervisão semanal dos casos, onde discutimos os impasses e possibilidades no manejo dos casos. Para cada paciente e familiares atendidos procede-se a definição de uma psicóloga de referência, que irá acompanhá-los durante todo o percurso na instituição. O paciente não será acompanhado apenas em suas internações, mas também no ambulatório. Os locais onde esses atendimentos ocorrem são os mais variados. Podem ocorrer à beira do leito, nos corredores, na brinquedoteca, no ambulatório, na sala de acolhimento ou onde mais formos convocadas pelo sujeito.

Como consequência das peculiaridades apresentadas, é possível também que durante todo seu tratamento a criança ou o adolescente sejam acompanhados pela mesma equipe de profissionais, proporcionando assim que laços com alguma estabilidade temporal sejam formados entre esses sujeitos e a equipe que deles cuida. Constitui-se assim, a cada caso, equipes de referência que acompanham esses pacientes durante um momento difícil de suas

¹¹ A pediatria foi beneficiada por uma reforma no ano de 2016 com o auxílio de colaboradores, que reformaram todo o setor, modernizando e proporcionando um espaço mais lúdico com cores e desenhos.

vidas, o que nos leva a sublinhar a relevância do estudo da transferência neste contexto de trabalho.

3.3. A transferência no contexto hospitalar

Conforme exemplificado anteriormente, o modelo de funcionamento da pediatria do INCA favorece que, durante o tratamento do câncer, as crianças e suas famílias estabeleçam laços com os profissionais que ali se encontram. O sentido que tais relações trazem para esses pacientes e profissionais serão aqui discutidos.

Tomando a transferência como condição essencial para o processo analítico, torna-se importante compreender como e se este fenômeno se manifesta dentro do hospital.

Inserido em uma instituição hospitalar especializada em oncologia, o analista precisa construir um fazer psicanalítico possível dentro deste *setting* que resguarde para o paciente um espaço de escuta sobre o seu desejo em um local organizado pelo saber médico.

O *setting* de que falamos nada tem a ver com a clínica freudiana tradicional: a procura pela escuta poucas vezes parte do paciente, sendo frequentemente ofertada pelo próprio psicólogo ou sinalizada pela equipe; o paciente não paga diretamente por honorários; o ambiente não é restrito e possui muitas vezes pouca privacidade; o local é predominantemente médico, em se tratando de uma instituição onde o principal foco está na cura do corpo. A partir dessas variáveis, podemos afirmar que a transferência dentro de um hospital é possível?

Em seu livro “A Ordem Médica – Poder e Impotência do Discurso Médico”, Jean Clavreul (1983) explica que a medicina instaura uma ordem que é a ordem do discurso. Durante as etapas do cuidado médico ao doente, o que prevalece é um discurso totalitário, que não dá lugar a subjetividade do paciente nem a do médico.

Clavreul afirma que desde o início da medicina, o saber que oferece a cura da doença não era contestado. Embora tenha avançado, e atualmente a medicina não se baseie mais na religião e sim na ciência, o seu saber continua sendo visto como portador da verdade. Para o autor não são apenas as novas tecnologias que conferem ao médico o poder do mestre, mas sim a própria constituição da medicina. Ou seja, o poder médico é formado na própria clínica. É diante da doença que o médico afirma seu poder. Ao dar o diagnóstico a um paciente, o médico nomeia o sofrimento do doente, inserindo-o em um sistema de significantes, em relação ao qual o médico se coloca na posição de domínio. O discurso médico assume assim uma posição de poder, pois pretende nomear o real que afeta aquele corpo, se apropria do saber sobre o sofrimento do sujeito baseado em um paradigma da ciência, que por outro lado, exige também

uma neutralidade da subjetividade do médico e do paciente.

Clavreul (1983) afirma que o discurso médico exclui o lugar do sujeito, sendo baseado em uma objetividade científica. Esse discurso médico pode ser assumido por qualquer profissional, não necessariamente médico, que imponha para o doente um saber que considera mais favorável para o paciente, retirando a possibilidade que o saber particular daquele determinado sujeito apareça.

Para o autor, a Ordem Médica exclui o que não está de acordo com o seu discurso, desconsiderando aquilo que é subjetivo e singular em cada um. A medicina busca constantemente encaixar o indivíduo em sua ordem, e para isso reduz o enfermo a um mero indicador de signos: *“A demanda, quando existe, não tem, de qualquer maneira, lugar algum no discurso médico, para o qual o doente não é senão um indicador de signos e não um demandante, um pedinte”* (CLAVREUL, 1983, p.45).

Não é só o paciente que é submetido ao discurso médico. Os próprios profissionais também reproduzem e sofrem as consequências desse discurso. Eles também são desconsiderados em sua posição subjetiva:

(...) a medicina despossui, do mesmo modo, o médico, chamado a calar seus sentimentos porque o discurso médico exige. Ao mesmo tempo que o doente, como indivíduo, se apaga diante da doença, o médico enquanto pessoa também se apaga diante das exigências de seu saber. A relação "médico-doente", é substituída pela relação "instituição médica-doença" (CLAVREUL, 1983, p.26).

Moura (2000) diz que o hospital é marcado pela clínica da urgência, onde acontecimentos repentinos podem destituir o sujeito de seu ancoramento significativo. A autora explica que ao se deparar com o diagnóstico, o paciente retorna para o estado inicial de desamparo. Esse momento de ruptura leva o sujeito de encontro com o inesperado, que traz questionamentos sobre sua própria vida.

Ao se encontrar nesse lugar de doente, o sujeito é destituído do seu lugar de fala, sendo visto apenas como um corpo doente. Constantemente, as expressões de suas emoções são reprimidas pelos profissionais, que reprimem que ele fale de si mesmo, convocando-o ao lugar de objeto. (MOURA, 2000)

O psicanalista, ao se deparar com o sujeito no hospital, se posiciona de uma forma diferente dos outros discursos de neutralidade. Para Moura (2000), o psicanalista trata de transformar a clínica da urgência médica na clínica do inconsciente, buscando reintroduzir o

sujeito sem palavras na cadeia significante. O analista no hospital abre a possibilidade que o paciente saia da posição passiva e surja como sujeito, dando voz a ele e o autorizando de sua própria história.

A aposta da psicanálise para a pessoa que está acometida pelo real da doença é a de mostrar a possibilidade de se implicar na sustentação de seu desejo e de elaborar o encontro com o limite, com a possibilidade de morte que a doença traz. O analista no hospital aposta principalmente em uma outra escuta, que permita a saída do lugar de objeto e o retorno da subjetividade de cada paciente.

Figueiredo (1997) afirma que o trabalho do analista em uma instituição e inserido em uma equipe, é o de *“acolher demandas e encaminhamentos a ele dirigidos sem ceder de sua especificidade, sabendo que lida com outras especificidades e com veleidades às quais também está sujeito.”* (FIGUEIREDO, 1997, p 167.) Para a autora, o analista se subtrai, mas não se retira do campo de ação do trabalho em equipe. Para continuar praticando sua especificidade, o analista deve ter clareza de seus propósitos e ofício, e para consolidar seu lugar nesta equipe não deve travar uma guerra, mas sim ir com avanços e recuos atuando enquanto membro da equipe. A autora enfatiza que o mais importante é não permanecer na hesitação e não assumir a posição de “sabido” diante desta equipe.

Diferente da clínica tradicional, a transferência no ambiente hospitalar não estará direcionada logo de início ao analista. Inserido em um hospital, não é o psicanalista que esses pacientes estão procurando; eles querem a cura da doença que acomete seu corpo. Por isso, inicialmente, pode-se constatar que a transferência do paciente seja direcionada à instituição hospitalar, visto que o hospital traz uma representação simbólica, detentora de um saber sobre a doença da qual essas pessoas estão acometidas.

No hospital, a demanda de análise que propicia a transferência não é explícita. Frequentemente, a demanda no ambiente hospitalar surge por um pedido de ajuda, de alívio para o sofrimento. Esse pedido pode vir pela voz da equipe, da família, e às vezes do próprio paciente. Ao analista cabe, então, saber fazer a oferta e esperar a demanda. (FIGUEIREDO, 1997)

A transferência com o analista deve ser diferenciada das identificações com laços afetivos e sociais. A convivência próxima e constante tende a promover confusão entre esses dois tipos de laço. A transferência é um laço no qual o paciente inclui o analista e que se devidamente manejado pode dar acesso ao saber particular presente em cada caso.

Embora Lacan (1964) afirme que a transferência pode se estabelecer em qualquer lugar

onde haja Sujeito Suposto Saber, é importante ressaltarmos a diferença do laço que se forma entre o paciente e o analista, e entre o paciente e outros profissionais. De fato, o tratamento impõe ao sujeito longos períodos no hospital, onde o encontro com alguns profissionais pode se tornar de extrema importância para tornar esse momento menos doloroso. Os laços afetivos construídos por esses sujeitos são muito significativos, pois dependendo da valência deles podem contribuir para que a experiência do sujeito com a doença seja suportável ou não. Porém, o laço que o paciente estabelece com o analista possui um estatuto próprio, será recebido por este como eixo central para que se inicie o trabalho analítico com aquele determinado sujeito. O que diferencia o analista é o manejo que será dado ao afeto (ou desafeto) a ele direcionado, que será tomado como uma relação de transferência.

(...). Mas não são os fatores subjetivos do cuidador (profissionais) – negativos ou positivos – que vão ser decisivos no tratamento: o que vai decidir os efeitos do encontro é a capacidade do cuidador de ocupar o lugar certo, que é determinado bem mais pela subjetividade do paciente – suas fantasias, seus desejos ou sua angústia – do que pela subjetividade do cuidador. É o que, em psicanálise, é chamado de transferência, que, na verdade, representa bem mais o paciente do que quem cuida dele (RÊGO BARROS, 2015, p. 161).

Ao ser inserido no ambiente hospitalar, o doente atribui aos profissionais que ali trabalham um saber sobre sua doença, supondo que cada profissional detém o conhecimento que pode lhe trazer a cura de seu corpo. Diante desta demanda, é comum que os profissionais da equipe tomem esse lugar de saber como verdade e imponham ao paciente o que consideram ideal para o reestabelecimento de sua saúde. Na instituição hospitalar há um saber que é reproduzido para todos os pacientes em forma de protocolos de tratamento, que são aplicados de acordo com cada doença. O saber particular do paciente não está escrito em nenhum protocolo, e por isso, frequentemente, não é validado durante seu próprio tratamento.

O psicanalista, diante dessa trama, tem um papel delicado. Ao mesmo tempo que está inserido nessa equipe, e necessita trabalhar com o saber desses profissionais, deve também se apresentar em um outro lugar diante do paciente. Ao invés de se apresentar para ele com um saber prévio e de tentar encaixá-lo em algum protocolo, está interessado mais em escutá-lo. Para Rêgo Barros (2014) o fazer do psicólogo com sujeitos acometidos por uma doença oncológica deve ser pautado na mediação entre estes e a angústia causada pelo excesso do câncer. Assim o psicólogo orientado pela psicanálise nesse local ofertará a escuta como forma de ajuda para esses pacientes.

O analista traz com seu trabalho o que tanto falta ao sujeito adoecido em um hospital: o

brincar, os jogos, a encenação, a escuta. Uma escuta sem direcionamentos prévios, que não quer ouvir apenas sobre sua patologia, mas sim sobre o que o sujeito quiser falar. Como dito no capítulo anterior, o analista bem sabe que o saber inconsciente está de fato do lado do sujeito, e por isso não se identifica ao lugar de saber que lhe é imputado, mas segue manejando para que o sujeito avance na sustentação de seu próprio desejo. Creio que está aí a peculiaridade do trabalho da psicanálise no hospital: buscar um lugar numa equipe permeada por diferentes discursos e, ao mesmo tempo, estabelecer com o paciente um laço transferencial que o permita sair do lugar de objeto e surgir como sujeito dessa experiência.

Desta forma, acredita-se que, apesar de todas as variáveis aqui citadas, a transferência não é inviabilizada no contexto hospitalar. O *setting* tão diferenciado, o não pagamento de honorários, as condições sociais desses pacientes, a frequência (que é determinada muitas vezes pelas internações), a demanda, que por vezes é inespecífica e passa primeiro pela equipe, não impedem que o laço transferencial surja, que produza os seus efeitos e que o analista possa manejá-lo. As maneiras como a transferência se manifestará na instituição poderão ser peculiares, sendo comum a instauração de transferência negativa entre os sujeitos ali presentes, tendo em vista que a angústia do contato diário com questões relacionadas à morte, propicia que sentimentos hostis surjam. Ressaltamos aqui a importância de um espaço onde as possibilidades de manejo de tais questões possam ser discutidas entre a equipe.

A constante proximidade com a morte característica desta clínica traz para o trabalho do psicanalista no hospital um sentido de urgência, uma temporalidade diferente. Trata-se de uma doença real que avança rapidamente no corpo desses pacientes e que pode vir a matá-los. Imersos em um ambiente protocolado, doloroso e com regras rígidas, o analista surge como alguém que pode trazer através da transferência a possibilidade da singularidade para cada paciente, seja através da escuta, do lúdico ou do brincar. O analista oferece ao sujeito no hospital que ele se reconheça como tal, se apresente como desejante e consiga dentro desse ambiente difícil um espaço para si. Assim como afirma Moretto (2001):

Partindo da visão lacaniana das condições de possibilidades da Psicanálise e do fato de que a garantia dela não está num *setting* ideal, entendemos que a psicanálise ultrapassa as fronteiras de um consultório bem mobiliado para descobrir que o inconsciente não está nem dentro nem fora, ele está aí onde o sujeito fala. Portanto, o manejo do discurso de um analisando, aquele que demandou saber, pode perfeitamente acontecer quando ele está num leito de hospital, e que este leito pode também ser, assim como o divã ético, leito de se fazer amor de transferência (MORETTO, 2001, p. 101).

4. OS MANEJOS POSSÍVEIS

A construção do caso clínico é parte fundamental do trabalho de um psicólogo e proporciona um grande crescimento profissional. Poder construir os casos a partir das supervisões realizadas e fundamentá-los com a teoria psicanalítica, fez com que o trabalho realizado nas rotinas no hospital fizesse sentido e ressaltou a importância de investir em um fazer focado na singularidade de cada paciente.

A escolha dos casos apresentados a seguir foi feita a partir da própria clínica que coloca a questão central deste trabalho, e também pela forma singular com que cada caso me afetou e também me ensinou sobre o laço transferencial na clínica infantojuvenil.

4.1. A demanda de amor de Sophia: Um olhar para além do tumor

Sophia, 9 anos, estava em sua primeira internação no INCA para iniciar o tratamento de um tumor no reto (intestino), chamado Tumor Neuroectodermico primitivo (PNET)².

Em nosso primeiro encontro, Sophia se mostra bem comunicativa, me conta que mora na região dos lagos e adora ir à praia. Explica de forma detalhada seus primeiros sintomas e como o tumor foi crescendo, assim como o seu longo itinerário terapêutico até chegar ao INCA. Diz que todos se assust

avam quando viam seu tumor e não sabiam explicar o que era a massa que saía da sua barriga. Sophia explica também, com termos médicos, que irá realizar quimioterapia, cirurgia e radioterapia, parecendo se apropriar da terminologia própria ao tratamento oncológico.

Ela estava acompanhada de sua mãe, Jaqueline, grávida de 4 meses de um menino. Jaqueline é uma mulher jovem, que fala pouco e diz estar confiante no tratamento da filha, parecendo aliviada em finalmente ter chegado ao INCA, após um longo tempo de errância e investigação.

Após alguns minutos de conversa, a menina me pergunta: “*Você vai ficar aqui conversando, não tem que ir trabalhar?*” Explico a Sophia que sou psicóloga e que aquele é o meu trabalho. Ela me pergunta então o que é psicóloga. Busco na brinquedoteca um dicionário

² O Tumor Neuroectodermico (PNET) está na família do Sarcoma de Ewing. É um tipo de câncer infantil raro e agressivo e têm origem neural, podendo comprometer o sistema nervoso central ou periférico. O PNET tem como sítio primário o osso ou tecido mole, ocorrendo com maior frequência na parede torácica, região paravertebral, pelvis e membros. Os tipos de tratamento utilizados incluem cirurgia, quimioterapia e radioterapia. (ONCOGUIA, acesso em 15/12/2017).

chamado “*Bêaba Do Câncer*³” e leio a definição de Psicóloga escrita no livro: “(...) *Psicólogo é o cara preparado para ouvir todas as suas emoções, ajudando através de conversas (...)*”. Sophia fica empolgada com o livro e pede para ficar com ele aquele dia para ler outras coisas sobre o câncer.

No outro dia quando eu retorno, Sophia me conta que pesquisou no livro as palavras: cateter, quimioterapia e cabelo. Explica que irá colocar o cateter naquele dia e começará a quimioterapia ainda aquela semana, e que sua mãe lhe contou que seu cabelo cairia. Observo que Sophia possui longos cabelos cacheados que estão sempre enfeitados com laços e presilhas. A menina diz estar com medo de falarem mal dela no colégio se aparecer por lá careca, pois já zombam de sua aparência (Sophia fez cirurgia para correção de lábio leporino quando era mais nova e possui também uma deformidade no nariz).

Pergunto a Sophia se ela gostaria de brincar. Ela me pede um jogo de cartas chamado UNO. Quando trago o jogo e me sento ao seu lado para jogarmos ela me olha assustada: “*Mas você vai ficar aqui brincando? Ninguém vai brigar com você não?*” Explico que meu trabalho também inclui brincar com ela, e ela responde: *Nossa, ser psicóloga é tão legal, todo mundo vem aqui apressado e você pode até brincar!*

Durante aquela internação, atendi Sophia com frequência e acompanhei seu início no tratamento. Observei que Sophia ficava frequentemente curvada e com a mão um pouco acima de seu tumor, como se o protegesse. Em um dos atendimentos Sophia me pergunta se eu quero ver seu tumor. Pergunto a ela o porquê ela quer mostrá-lo a mim. Ela responde: “*Porque eu amo você*”. Em outro atendimento, enquanto brincávamos, Sophia fala: “*Todo mundo que vai no meu quarto quer ver meu tumor, você é a única que conversa e brinca.*”

Sophia se mostra as voltas com as diferenças de atuação entre o psicólogo e os outros profissionais que a visitam durante sua internação. Está se adaptando a nova rotina e ao novo ambiente, tentando entender o papel de cada um no seu cuidado. Ao mesmo tempo que faz diversas perguntas sobre o meu trabalho, ela se oferece inicialmente a mim da mesma forma que os outros profissionais a convocam: como objeto. Se apresenta através do seu tumor e repetindo termos médicos que escutou ao ser examinada pelos outros profissionais. Ao perguntar a Sophia sobre de que ela quer brincar ou deixá-la falar do que quiser, convoco a menina a ocupar outro lugar: o de sujeito.

Passo a acompanhá-la no ambulatório após sua alta. Em sua primeira ida ao ambulatório

³ O *Bêaba do Câncer* é uma ONG que desenvolveu um livro ilustrativo com termos comuns ao tratamento do câncer infantojuvenil e que auxilia pacientes, familiares e equipe que lidam com essa realidade.

de psicologia, Sophia já assume uma nova aparência, sem os cabelos. Diz que agora usa bastante maquiagem e comprou várias toucas, mas que até está gostando de sentir o vento na sua cabeça careca.

Em suas idas ao ambulatório, Sophia sempre me fazia perguntas sobre minha vida pessoal. Percebeu que eu atendia outros pacientes e queria saber quem era a psicóloga de cada paciente que aguardava na recepção. Queria saber o que eu fazia com eles, do que eu brincava, onde eu morava, se tinha namorado, se era casada, se tinha filhos, qual minha cor preferida, entre outras perguntas. Eu buscava sempre não atender a demanda de Sophia, o que era por vezes difícil pela forma carinhosa que a menina me dirigia tais perguntas.

Durante as quimioterapias, o tumor em seu abdômen já estava tão ulcerado que saía secreção, fazendo com que seu curativo colasse no tumor, o que tornava a troca de curativos muito dolorosa para a menina. Como dito, Sophia permanecia curvada em uma posição de proteção, como se segurasse seu tumor, mas ao mesmo tempo também parecia numa posição de defesa frente a qualquer um que se aproximasse dela. As trocas de curativos tornaram-se tão dolorosas que Sophia, em casa, deixou de fazê-las. Sua mãe não se posicionava diante disso, deixando a responsabilidade com a menina. Há dias sem limpá-lo, foi preciso interná-la, devido a infecção do local.

Na primeira tentativa de trocar o curativo de Sophia no hospital, mesmo com remédios para dor, a menina fez um grande escândalo. Não permitiu que ninguém levantasse as gazes, que já estavam fétidas e bem sujas. Após todas as enfermeiras e médicos do dia tentarem, o último médico optou por sedá-la para realizar o procedimento. Antes da menina dormir, o médico lhe disse: *“Agora você vai sonhar com elefantes coloridos”*. Fui atender Sophia quando ela acordou, já com o curativo limpo. Ela parecia muito empolgada: *“Agora só quero trocar o curativo dormindo! Eu não senti nada, dormi com o curativo sujo e acordei com ele limpo”*

Após alguns dias, necessitando de uma nova troca de curativo, o médico decide que a troca terá que ser feita com a paciente acordada, tendo em vista que não é possível sedá-la com tanta frequência. Ao entrar na enfermaria escuto os gritos de Sophia de longe, que repete: *“Eu quero o tio do elefante colorido, eu quero o remedinho que dorme!”* Converso com o médico, que vai até Sophia e explica o motivo pelo qual não será possível sedá-la novamente. Uma enfermeira se mostra bastante solícita em ajudar na situação, e consegue “negociar” com a paciente a troca de curativos. Sophia faz diversas exigências: quer que a troca seja feita de tarde, que ela que puxe a gaze que está colada e que a enfermeira não faça nada sem avisá-la antes. A enfermeira se mostra paciente e aceita voltar no fim do dia. Sophia me pergunta se eu posso

estar com ela durante o procedimento, eu digo que sim.

Ao fim do dia, a enfermeira inicia a troca. Sophia quer estar ciente de tudo e faz diversas perguntas, pede pausas para respirar e abraçar a mãe. Tudo sendo atendido com tranquilidade pela enfermeira. Com uma mão pede para segurar a minha, enquanto a outra fica em posição de defesa para empurrar a enfermeira se começar a doer muito. De fato, apesar de todos os remédios, o curativo estava muito colado na pele da menina, o que fez o tumor sangrar e causou bastante dor. O procedimento durou 1 hora e 30 minutos. Com muito choro, gritos e ordens de Sophia. Sua mãe permaneceu o tempo todo calada, parecia impaciente com os gritos da filha, não a acolhia, mas também não a repreendia e se mantinha paralisada diante daquela situação.

Na finalização do curativo a enfermeira explica que a partir daquele momento só ela poderia manusear as gazes, pois seria tudo esterilizado. Sophia se mostra muito irritada com isso e grita: *“Mas é o meu tumor, eu que sei cuidar dele!! Porque só você que vai fazer?”* A enfermeira responde que ela estudou para isso e apenas enfermeiras podem fazer. A menina irritada me diz então: *“Tia, depois traz aquele dicionário que eu vou procurar o que é enfermeira”*. Ao fim daquela internação, Sophia me diz que quer ser enfermeira quando crescer.

A rotina dos profissionais no hospital é intensa. Sabe-se que muitas vezes são poucos profissionais para muitos pacientes e que, para melhor organização, existem horários para cada procedimento, principalmente os que são de responsabilidade da equipe de enfermagem. Na organização dessa rotina não são considerados algumas “intercorrências subjetivas” dos pacientes como, por exemplo, os gritos de Sophia e a recusa em deixar trocar o curativo. Diante disso, cada profissional assume uma postura: uns desistem e deixam o procedimento para o profissional do próximo turno, outros optam pela sedação, outros sugerem conter a criança e puxar o curativo a força, enquanto alguns fazem uma mudança em sua rotina de trabalho e se dedicam a realizar o procedimento negociando o tempo do protocolo com o tempo da paciente. Sabemos que nem sempre essa última opção é possível pois são muitos os afazeres dos profissionais que, sobrecarregados, nem sempre podem disponibilizar 1 hora e 30 minutos no cuidado com apenas uma paciente. Por mais que essa postura não possa se tornar frequente, observa-se que em certas ocasiões realizar um furo nessa rotina protocolar se faz necessário e favorece a oferta de um cuidado mais humanizado e singular para alguns pacientes como Sophia, podendo ser decisivo para que a experiência do tratamento seja menos sofrida para essas crianças.

Ao terminar seu protocolo de quimioterapia, Sophia foi internada novamente, dessa vez para realizar a cirurgia que iria remover totalmente seu tumor. Como eu estava para entrar de

férias no dia de sua cirurgia, informo a Sophia que uma outra psicóloga iria acompanhá-la neste período. Após a cirurgia, Sophia necessitou passar uns dias no Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTIP) e recebeu visitas da nova psicóloga, que lhe disse que eu estava viajando.

Ao retornar das férias, encontro Sophia no ambulatório. Ela me faz várias perguntas sobre as minhas férias, querendo saber com quem eu estava, onde eu fui, o que eu comi, e ao perceber que eu não respondia todas as perguntas com tantos detalhes que ela queria, me diz: *“Ai tia, é que eu soube que você viajou e eu queria mesmo era saber se você foi na praia, eu sinto tanta falta da praia...”*. Sophia passa então o resto do atendimento falando sobre o mar, as praias do Rio que ela mais gosta e como ela aprendeu a nadar.

No laço transferencial Sophia encontra uma forma de falar dela também. A colocação do cateter e o tratamento em si não permitem que a menina frequente a praia, o que era um hábito para ela que mora próximo ao mar. Sophia me direciona um sentimento afetuoso, traz uma demanda de amor nos atendimentos, querendo saber da minha vida, mas esperando também uma resposta afetuosa da minha parte. Ela me perguntava constantemente se estava bonita, se ela jogava bem, se eu gostava de ser psicóloga dela. Sophia queria ser amada e encontrava nos atendimentos alguém que dava espaço para sua singularidade. Nos atendimentos não se tratava do tumor da Sophia e sim dela própria, que podia se apresentar para além de um tumor ulcerado ou do curativo sujo, e sim como uma criança que gosta de jogos, é vaidosa e sente falta da praia.

4.2. Qual é o tempo da transferência?

Iniciei o acompanhamento de Guilherme no dia de sua primeira internação no INCA. Encontro um menino de 2 anos, bastante emagrecido, envolvido no colo de sua mãe, Patrícia. Guilherme parecia cansado e apenas me observava, sem demonstrar reações. Patrícia era uma mulher jovem de 19 anos, estava grávida de 8 meses de uma menina, e dizia estar confusa com a internação de seu filho em um hospital de câncer, explicando que ninguém tinha lhe dado esclarecimentos sobre o estado de saúde dele até então. Relatou que há duas semanas Guilherme começou a apresentar febre, sendo levado para a emergência de um hospital na região serrana, onde reside. Como a febre não amenizava a criança foi internada, e durante o exame clínico, observou-se um tumor em seu maxilar, sendo então encaminhado para o INCA para investigação diagnóstica.

No INCA, o menino foi hospitalizado e realizou uma biópsia, sendo concluído o

diagnóstico de Neuroblastoma IV⁴ de sítio primário abdominal, um câncer bastante agressivo que neste caso já estava com metástases para ossos da face e medula óssea. A partir desse diagnóstico, foi decidido que a Dra. Ana acompanharia o caso e conversaria com a mãe sobre o tratamento.

No dia seguinte, Dra. Ana solicita que eu como psicóloga de referência de Guilherme, a acompanhasse na conversa com Patrícia. Durante a conversa, a médica utilizando termos simples, explica com cuidado para a mãe da criança o que é o câncer, qual o tipo de câncer de seu filho, o que é quimioterapia e qual a programação de tratamento para Guilherme. Em vários momentos durante a conversa, Dra. Ana faz pausas para abraçar Patrícia, que chora ao receber a notícia. Após uma longa conversa, a médica se retira, informando que está à disposição de Patrícia para tirar dúvidas e que estará com ela durante todo o percurso do tratamento.

Permaneço com Patrícia após a conversa. Enquanto acaricia o rosto de seu filho ela me fala do quanto Guilherme foi desejado e que sempre foi seu sonho ser mãe. Diz também que não possui muitos colegas e que Guilherme é seu melhor amigo, que ele é uma criança muito especial, sempre demonstrando carinho e que todas as noites canta para ela antes de dormir.

Patrícia relata que o pai de Guilherme foi preso quando ele tinha 4 meses, e que desde então residem na casa de seus pais. Algum tempo depois, conheço Irene, avó materna de Guilherme, que diz estar em choque com a mudança do quadro do menino. Ela me ajuda a levá-lo na brinquedoteca, onde Guilherme observa os carrinhos que a terapeuta ocupacional lhe mostra. O menino acompanha com o olhar as crianças brincando ao seu redor, sentado no colo de sua avó, parecendo sem energia para brincar também. Ao ver o cansaço do neto, Irene diz que ele está mudado, que há uns dias ele estava correndo em sua casa. A avó passa vários minutos contando para mim e para terapeuta ocupacional as coisas que Guilherme gostava de fazer e do quanto ele era sapeca, deixando sua casa sempre bagunçada.

Guilherme inicia naquele mesmo dia sua primeira quimioterapia. Dra. Ana conversa com Irene e Patrícia novamente sobre o tratamento, a programação de 5 dias de quimioterapia e a possibilidade de alta para a casa de apoio após esse período, caso a criança se encontre estável. Ao sair do leito, Dra. Ana me informa que não conseguiu falar com a família de Guilherme sobre a gravidade do caso, pois ficou com receio de que já havia dado muitas informações importantes em um curto período e que pretendia conversar sobre isso mais à

⁴ Neuroblastoma é um tumor sólido e se desenvolve no abdômen, tórax ou na pélvis, apesar de ser originado nas glândulas suprarrenais. A idade média das crianças no momento do diagnóstico é em torno de 1 a 2 anos, sendo muito raro em crianças acima de 10 anos de idade. O tratamento do Neuroblastoma depende do grupo de risco, da idade e de outros fatores. (ONCOGUIA, acesso em 15/12/2017).

frente. Pergunto-lhe qual a sua opinião sobre o progresso desse tipo de tumor e ela afirma que é um caso grave, mas que geralmente, em casos semelhantes, conseguem realizar até o terceiro ciclo de quimioterapia.

Ao chegar na enfermaria no dia seguinte sou informada que Guilherme teve uma parada cardíaca e havia falecido naquela manhã. Segundo a equipe, a nutricionista acordou a mãe para visita diária e esta, ao tentar acordar o filho, percebeu que ele não estava respirando. Ao entrar no leito de Guilherme, encontro Patrícia ninando o corpo do filho, envolto em um lençol. Ela chora e fala para o filho o quanto o ama. Permaneço ao lado de Patrícia durante toda a manhã, neste período ela pôde falar um pouco das qualidades do filho, me mostrar o desenho que fez para ele, o brinquedo que ele mais gostava, a marca do seu pezinho na parede.

Patrícia pode aos poucos se despedir do filho, permitindo após algumas horas retirar o corpo de seus braços, escolher a roupa que ele usaria no sepultamento e arrumar as suas malas. Ela se despede das outras mães da enfermaria e me pede para chamar a Dra. Ana. Quando esta chega Patrícia a abraça e lhe agradece, diz que após a longa conversa que elas tiveram há alguns dias ela aproveitou melhor os dias com o filho, e que por pior que seja, as últimas lembranças dele serão naquele quarto com ela. Com a chegada de sua família, que assume as burocracias relacionadas ao óbito da criança e acolhe Patrícia para levá-la para casa, me despeço, informando que ela poderia entrar em contato comigo.

Naquela tarde, durante a reunião da equipe, Dra. Ana relata o ocorrido e diz que ficou surpresa com o carinho da mãe com ela. Diz que não fazia ideia que em pouco tempo poderia ter se formado um vínculo entre a médica e a família do paciente.

O caso de Guilherme traz a importância da singularidade de cada encontro entre a equipe e o paciente ou sua família no espaço hospitalar. As relações de transferência em um local onde a temporalidade ganha um sentido de urgência, talvez se estabeleçam em pequenos detalhes, como por exemplo, no cuidado ao comunicar um diagnóstico ou no acolhimento do choro de uma mãe. O impacto psíquico causado pela descoberta do câncer faz com que os sujeitos busquem contorno simbólico que os permitam se reposicionar diante destas contingências difíceis, e isso talvez possa ocorrer através do encontro com um profissional que se faz disponível para testemunhar este processo. Como psicóloga, acredito que sustentar a transferência em um ambiente onde as questões relacionadas à morte são tão presentes, também esteja relacionado a sutilezas, como poder estar ao lado de uma mãe após a perda da criança, testemunhando o seu luto e permitindo que ela consiga retornar para casa sem o filho.

Após alguns dias recebo uma ligação de Patrícia. Mostra-se bastante angustiada, diz que

se sente culpada pela morte do filho e que as pessoas de sua cidade estão questionando a morte repentina de Guilherme. Além disso, está apresentando dificuldades no sono e na alimentação, mostrando-se bastante entristecida, afirmando que sente uma grande vontade de sumir. Devido a seu estado emocional e a gravidez avançada, seu obstetra optou por realizar uma cesárea de urgência, na qual sua filha, Larissa, nasceu saudável.

Patrícia diz que tentou ser acompanhada pela psicóloga da maternidade, mas esta não tinha mais vagas, encaminhando-a para outra profissional no posto de saúde. Ao procurar a outra psicóloga, Patrícia foi informada que também não existem vagas disponíveis para o serviço de psicologia no local. Tenta articular algum contato com a rede de saúde mental de sua cidade, mas também sem sucesso.

Patrícia diz que não consegue vir até o INCA para eu atendê-la, pois não conseguiria entrar novamente no local onde seu filho morreu. Devido à gravidade do caso e às dificuldades encontradas para os encaminhamentos, combino com Patrícia que ela poderia me enviar mensagens quando quisesse, me colocando à disposição. E assim, de tempos em tempos Patrícia me envia mensagens me contando como está. Nos primeiros dias, traz dúvidas sobre os motivos da morte de seu filho, chega a buscar o “teste do pezinho” de Guilherme no posto de saúde e manda fotos do mesmo perguntando se ali, já estaria explícito que ele teria câncer. Informo para Dra. Ana, que também entra em contato com Patrícia e busca desmistificar as fantasias relacionadas ao óbito de Guilherme. Aos poucos, Patrícia vai mostrando um pouco como vai seguindo a sua vida, mostra que voltou a trabalhar, manda fotos de Guilherme, e em outras ocasiões fotos de sua filha recém-nascida e fala um pouco da preocupação de que a bebê também tenha câncer. Após alguns meses, Patrícia consegue uma vaga para atendimento psicológico no posto de saúde em sua cidade e passa a ser acompanhada lá. Ainda hoje, me envia mensagens informando que continua indo à psicóloga e me conta como está se sentindo.

A elaboração do luto é um processo que não possui uma temporalidade única, e vai ser vivenciada por cada sujeito de forma particular. Diante das contingências encontradas no trabalho em rede na saúde pública, algumas saídas precisam ser encontradas para continuar sustentando a transferência mesmo após o óbito da criança, quando necessário. O pedido de ajuda de uma mãe direcionado a mim durante o sofrimento da morte repentina do filho, deve ser validado e acolhido. Mesmo com a breve passagem no INCA, Patrícia formou laços com profissionais que estavam disponíveis para ajudá-la em um momento tão difícil, e este laço continuou direcionado e sustentado por algum tempo pós-óbito por alguns profissionais que funcionaram como referência no caso de Guilherme e de Patrícia.

4.3. Brincando de verdade com Maria

Meu primeiro encontro com Maria, 3 anos, foi no segundo tempo de seu tratamento oncológico. A menina havia sido internada devido uma recaída de um Tumor de Wilms⁵. Ao entrar na enfermaria, encontro Joana, mãe de Maria, que me informa que a menina está *“por aí brincando”*. Joana me conta que já é *“macaca velha”* no INCA, pois há 2 anos atrás a filha havia sido diagnosticada com o referido tumor, sendo realizada quimioterapia e retirada de um dos rins de Maria, que passou a estar em controle da doença após este tratamento. Segundo Joana, após 10 meses em controle, ao realizar exames de rotina foram encontrados novos tumores no único rim de Maria, sendo internada para reiniciar a quimioterapia.

Joana chora e diz que não queria acreditar que iria começar tudo novamente e que seria difícil ver a filha passar por tudo de novo: *“logo agora que a vida dela estava voltando ao normal, o cabelinho já estava crescendo...”*. Joana relata que tem uma outra filha de 8 anos, que está com seu esposo em casa. Eles moram em uma cidade distante, por isso desde que descobriu a recaída da doença, mãe e filha ficam na casa de apoio. Segundo Joana, ela não liga para a distância da família, *“todas as minhas atenções estão voltadas para doença de Maria no momento”*.

Maria entra no quarto conversando com uma técnica de enfermagem. Embora pequena, possui uma voz autoritária que explicava para a profissional de que forma tomaria o remédio que esta trazia na bandeja. Me apresento a ela, que elogia meu cabelo e pergunta se pode penteá-lo com a escova da sua boneca. Respondo que sim e digo que poderíamos brincar um pouco. A menina fica muito animada com minha disposição para brincar e começa a retirar diversos brinquedos de seu armário para me mostrar. Segundo sua mãe, aqueles brinquedos foram ganhos no dia anterior, por pessoas que encontram a menina no hospital e lhe presenteiam.

Durante o brincar Maria exige minha atenção o tempo todo, me dando ordens e me chamando: *“Vai tia, brinca de verdade!”*. Com esta fala, Maria retifica meu lugar diante da função de seu brincar, ela deixa claro que não queria uma brincadeira qualquer, queria uma brincadeira de *“verdade”*, onde eu estivesse participando totalmente daquele momento lúdico.

⁵ Tumor de Wilms é um câncer que se inicia nos rins, mais comum em crianças. Os tumores de Wilms são difíceis de serem diagnosticados precocemente, porque muitas vezes podem se desenvolver sem quaisquer sintomas. Os principais tipos de tratamento são cirurgia, quimioterapia e radioterapia, sendo comum a utilização de mais de um tipo de tratamento. (ONCOGUIA, acesso em 15/12/2017).

Maria parecia ficar mais animada quando eu me mostrava disponível para realmente entrar nas fantasias de diálogos das bonecas ou quando eu fazia caras e bocas com as comidas imaginárias que cozinhávamos juntas. A menina ficou frustrada quando anunciei que precisava ir, mas voltaria outro dia para brincarmos mais. Enfurecida, fez bico, gritou e afirmou o tempo todo: *“Você TEM que brincar comigo!”*. Observa-se que através do brincar Maria buscava mediar uma situação que assumia para ela proporções imperativas, imperativos que num primeiro tempo ela dirigia através de ordens a mim e aos outros profissionais na transferência.

Durante aquela internação de Maria, observo que a menina encanta os profissionais da pediatria; não gosta de ficar no quarto e passeia pelo quinto andar conversando com todos por quem passa; manda beijos, sorri, e está sempre sendo parada por alguém que quer abraçá-la ou conversar com aquela menina tão falante. Joana, sua mãe, parece não se incomodar com esse assédio. Diz que a filha é muito encantadora e não parece ser tão nova, pois tem uma personalidade muito forte. Maria possui um brilho fálco dado pela mãe, que parece empoderar a menina nesta posição. Por outro lado, enquanto outros profissionais reafirmam esse lugar para ela, o psicólogo sai desta posição de se deslumbrar com Maria, não atendendo também suas demandas, podendo se debruçar sob o brincar e sua função.

Após a alta de Maria, passo a acompanhá-la no ambulatório e também nas internações seguintes ocasionadas por intercorrências do tratamento. Joana decide não retornar para casa, mesmo com as pausas entre uma quimioterapia e outra. Alega que é muito longe e tem medo que algo aconteça à filha. Quando lhe pergunto sobre seu esposo e a filha mais velha, ela responde que não pode se preocupar com isso agora, *“não tô nem aí pra marido, ele que se vire, minha prioridade é minha filha, homem é passageiro.”* Durante todos os atendimentos com Joana, pouco foi dito por ela sobre sua outra filha, apenas se referia a ela para dizer que Maria já nem lembra da irmã ou que ela ficaria com ciúmes dos brinquedos que a menina estava ganhando no Rio. Parece que Joana anula seu papel como mulher e também como mãe de outra criança, se dedicando totalmente a filha doente e recusando ajuda de amigos e familiares nos cuidados com a filha em tratamento oncológico.

Certa ocasião, ao chegar ao ambulatório, encontro Maria na recepção, que ao me ver me puxa pelo braço e diz: *“Vamos tia, me leva lá pra sua casa”*. Para minha casa? *“É, aquele lugar cheio de brinquedos que eu adoro”* e vai me conduzindo até o consultório de psicologia. Ao chegarmos, ela explica: *“Ah tia, você é tão legal que tem que morar em um lugar bem legal assim, cheio de brinquedos!”*

Durante uma internação de Maria por uma febre pós-quimioterapia, ela me pergunta o

que está escrito em meu jaleco. Respondo que está escrito o meu nome: Bárbara Mello. Ela dá um grito: “*Não!!! Seu nome é tia psicóloga!*” e dá uma gargalhada. Digo a ela que essa é minha profissão, mas meu nome é Bárbara. “*Não! Eu sei que seu nome é Bárbara, mas pra mim você é minha tia psicóloga!*”. Maria continua se mostrando irritada no fim dos atendimentos ou ao me ver com outra criança na brinquedoteca. Em uma ocasião, respondeu para a mãe de outra criança, que eu também atendia: “*Ela é minha psicóloga, viu?*”.

O pedido direcionado a mim era sempre o mesmo: Brinca comigo, mas brinca de verdade. Em alguns momentos era necessário produzir uma torção na fala de Maria que dirigia a mim o mesmo tom autoritário e imperativo que já havia observado na conversa dela com outros profissionais, o que a deixava também irritada. Talvez esta fosse a forma como Maria vivia as prescrições e procedimentos próprios ao tratamento oncológico, que ela reproduzia com as pessoas a sua volta.

Maria e sua mãe estavam há alguns meses vivendo longe de casa, em um local onde a menina por vezes era o centro das atenções. Sua mãe, Joana, constantemente fala que o que a tranquiliza é ver que a filha está lidando “tão bem” com essa recaída da doença: “*No primeiro tratamento ela tinha apenas 1 ano, acho que não entendia muito bem o que acontecia. Eu estava com medo de como ela iria reagir agora que já entende o que acontece. Mas ela me surpreendeu, está sempre feliz, não reclama dos procedimentos, não me pede pra ir pra casa, ela está ótima!*”.

Para Joana, o fato de Maria aceitar a rotina do hospital sem reclamar é um indicativo de que ela está bem frente ao novo tratamento. Maria não reclama. Parece estar entregue a essa realidade hospitalar, gozando dos “benefícios” que estar em tratamento na pediatria de um instituto referência em câncer proporciona: presentes, passeios, visitas de pessoas famosas. Maria por um lado aproveita esses benefícios e por outro não reclama dos procedimentos dolorosos ou da saudade de casa. Para Joana este comportamento da filha é algo bom e que ameniza sua angústia de estar vivenciando um tratamento onde existe a possibilidade iminente de morte da sua filha.

O laço transferencial em que Maria me incluiu proporcionou que ela mesma, com apenas 3 anos, me atribuísse um papel ao seu lado. Aos poucos Maria passou a me dar menos ordens e trocar as reclamações no fim do atendimento por um: “*Até amanhã! Se eu tiver dormindo, pode me acordar pra brincar, você eu deixo!*”. Esta mudança mostra que foi possível tratar o imperativo que incidia também sobre ela, que fazia com que no início ela fosse tão mandona, sem espaço para negociação. Imperativo ao qual Joana, sua mãe, assim como todos a sua volta,

também se submetiam sem se dar conta.

Ao fim da quimioterapia, Maria se interna para realizar a cirurgia em seu único rim, onde seria realizada a ressecção do tumor, buscando preservar um pedaço do órgão que continuasse a realizar sua função. Maria estava internada em um leito ao lado de um paciente grave com Miíase⁶. Ao entrar no quarto, encontro a menina espiando pela cortina do leito do lado, que estava com diversos médicos que examinavam este paciente. Sua mãe estava distraída no celular e não percebeu o que Maria estava fazendo. Ao ver a cena naquele quarto, que se completava com um forte odor, convido Maria para dar uma volta. Ela rapidamente se levanta, coloca sua sandália e pega sua “cadeirinha de varanda”, emprestada pela Terapeuta Ocupacional.

Caminhamos juntas até o fim da varanda de onde se consegue ter uma visão da praça da Cruz Vermelha. Maria me pergunta o que vamos fazer ali. Respondo que vamos ver o que está acontecendo lá fora. Coloco-a em cima da cadeira e ficamos um período olhando a rua. Após uns minutos se aproxima de nós um menino que também estava internado e que Maria conhecia da casa de apoio. Ela logo o abraça e começam a conversar. O menino então fala: *“Maria, pede pra essa médica me colocar em cima da cadeira também?”* ao que a menina corrige o amigo: *“Ela não é médica não, é psicóloga!”*. O menino faz uma cara confusa e ela continua: *“Psicóloga é quem brinca com a gente, é quem traz a gente pra ver o mundo lá fora”*. Dou um sorriso e o coloco também em cima da cadeira. Os dois passam a brincar de falar o que estão vendo na rua: a árvore, o sinal, os carros, os pombos. Gritam para os mendigos: *“Sai do chão! O chão é sujo!”* Brincamos de imaginar o que as pessoas da rua estão fazendo. Quando um homem vestido com uma roupa branca passa na calçada, Maria fala: *“Ih esse aí tá indo pro hospital dar injeção em todo mundo”*.

E assim durante aquela tarde na varanda foi possível ver e imaginar o mundo lá fora, que se mistura também com o mundo de dentro do hospital, mas que traz a lembrança de que existe algo além daqueles muros, além dos procedimentos dolorosos ou dos presentes recebidos por estar doente. Maria dá testemunho em cada atendimento que a partir da disponibilidade oferecida à criança doente pode construir-se uma parceria que torne mais suportável o real da doença e do seu tratamento. Tal parceria permite a construção de recursos subjetivos singulares e infantis para elaborar a nova realidade imposta pelo tratamento oncológico.

⁶ A miíase é uma infecção de pele causada por larvas de moscas.

4.4. Do “monstro- que- comia- olhos” ao jardim de flores: Construindo a fantasia com Elisa

Conheço Elisa e sua mãe Janaina no ambulatório, em uma consulta de rotina, agendada devido ao início do tratamento. Enquanto Elisa brinca na sala de recreação, atendo Janaina que relata residir em uma zona rural de Vitória com seu esposo e suas duas filhas, Elisa de 5 anos e Fernanda de 8 anos. Conta que há 2 anos observou que o olho esquerdo de sua filha Elisa possuía um tamanho diferente e que a levou no pediatra, mas não foram solicitados exames. Há 6 meses percebeu uma piora. O olho estava muito inchado e levou Elisa ao oftalmologista, que após alguns exames constatou que havia uma massa atrás do olho da menina. O médico indicou o INCA, afirmando que o Rio de Janeiro seria o melhor lugar para o tratamento de Elisa. Janaina então se muda com a menina para a casa de apoio no Rio de Janeiro e busca a triagem no INCA, onde sua filha inicia a investigação diagnóstica, realizando uma biópsia.

Janaina diz estar com medo do diagnóstico, pois conversou com outras mães na casa de apoio e procurou na internet casos como o de Elisa. Seu maior medo é que a filha tenha câncer e perca o olho. Refere ainda que desde que saiu de Vitória está muito ansiosa e anda comendo bastante, e que em um mês engordou 10 quilos. O medo de que a filha tenha câncer se soma à angústia de estar longe de sua família, de sua cidade, e de precisar conviver com pessoas desconhecidas na casa de apoio. Durante seu relato, Janaina chora muito, e em vários momentos me agradece por eu estar ali a escutando. Diz que antes de vir para a consulta havia perguntado para outras mães da casa de apoio sobre o que um psicólogo fazia, e que se sentiu encorajada por elas, que afirmaram que uma psicóloga poderia ajudá-la. Janaina afirma que busca se manter calma na frente de Elisa, mas que está difícil e por vezes a menina a encontra chorando ou estressada.

Elisa então entra na sala e peço que Janaina aguarde na recepção. Elisa é uma menina muito falante e curiosa. Diz que gosta de brincar com os animais no sítio de seu pai e logo começa a perguntar como se jogava cada jogo que havia na sala. Enquanto explorávamos um jogo de tabuleiro, ela fala: “*Minha mãe disse que você sabe responder minhas perguntas*”. Pergunto-lhe então quais são suas perguntas. Ela continua:

Elisa: Porque tem menina sem cabelo aqui?

Bárbara: Aqui no hospital algumas crianças estão tomando um remédio pois estão doentes, esse remédio é muito forte e faz o cabelo cair.

Elisa: Tem um caroço saindo do meu olho, ele tá doente, oh... (mostra

o olho), por isso que eu vim pra cá. O meu cabelo vai cair também?

Bárbara: A médica ainda está investigando o que é esse caroço no seu olho, quando tiver o resultado a gente pode perguntar para ela sobre o seu cabelo.

Pega então uma boneca que havia na sala de atendimento e diz:

Elisa: Meu cabelo é igual ao dessa bonequinha, bem grande! Ela tem nome?

Bárbara: Ela ainda não tem nome, qual nome podemos dar para ela?

Elisa: Elisa! Ela é igual a mim!

Elisa me pede para desenhar. Entrego a ela folhas e lápis e ela desenha. Ao terminar, solicito que ela me diga o que desenhou. Diz ter desenhado duas “*cobras-monstras*”. Uma era a mãe e a outra era a filha. A monstro mãe estava com muita raiva e também com fome, por isso, como a monstro filha havia feito muita bagunça, ela ficou com raiva e comeu os olhos da filha. “*Por isso ela tem essa barriga oh, comeu o olho todo!*”. No fim do atendimento, Elisa me pede para guardar o desenho: “*É um presente pra você*”. Antes de sair da sala, Elisa reluta um pouco, pede para brincar mais, diz que não quer ir embora. Digo que iríamos nos ver novamente para brincar mais e ela concorda em sair.

Essa atitude de Elisa se repetiu nos três atendimentos que tivemos no ambulatório. Sempre ao fim do atendimento ela me pedia para fazer um desenho. Em um deles ela desenha um monstro verde. Ao me contar a história do desenho diz que o monstro não tinha olhos, então ele comia os olhos das outras crianças para poder enxergar. Ao fim do atendimento ela me entrega novamente o desenho e se recusa a sair da sala. Neste dia, enquanto aguardava na recepção para passar por outras consultas, sempre que me via abrindo a porta para chamar outro paciente, vinha correndo e entrava na sala, só saindo de lá bastante irritada quando sua mãe a buscava.

Nos dias de seu atendimento, assim que me via entrando pelo ambulatório, agarrava a minha perna e ia se arrastando até minha sala. Caso eu me abaixasse para abraçá-la, ela agarrava meu pescoço e não soltava até que sua mãe a tirasse a força. Recusava-se a aceitar que precisava aguardar na recepção pelo seu horário de atendimento, chegando a impedir uma outra criança de entrar na sala. Mesmo com o cuidado em explicar sobre o fim do atendimento e que no

próximo poderíamos brincar novamente, ou da necessidade de respeitar o horário de outro paciente, Elisa se recusava a sair.

O mesmo comportamento se repetia quando a menina me encontrava pelo hospital. Em uma ocasião, enquanto esperava o ônibus da casa de apoio, ela me encontrou saindo do hospital e veio correndo em minha direção com os braços abertos. Em uma brincadeira saio correndo para o outro lado, como se estivéssemos brincando de “pega-pega”, ela corre atrás de mim pela recepção do hospital até que me alcança e agarra minha perna como sempre faz. Abaixo, lhe dou um abraço e digo que tenho que ir, mas que a aguardo no dia seguinte no ambulatório para brincarmos. Novamente, ela só me solta quando sua mãe a puxa.

As crianças possuem uma forma de demonstrar carinho diferente dos adultos. Comumente elas não possuem o constrangimento que os adultos sentem em demonstrar afetos. Elisa abraça, beija, agarra e demonstra seus sentimentos de forma clara e sem restrições. Durante a prática clínica na pediatria pude observar as formas como as crianças expressam livremente seus sentimentos com aqueles que estão envolvidos em seus cuidados, e também o estranhamento que isso causa em algumas pessoas, que ficam constrangidas ao lidar com tal situação.

Nos atendimentos com Janaina, ela seguia ansiosa quanto a possibilidade de a sua filha estar com câncer. A primeira biópsia foi inconclusiva, sendo necessário realizar o procedimento novamente. Janaina relata o quanto sente falta de casa. Pergunto-lhe sobre sua família e ela diz que está preocupada com o seu casamento, pois não sabe o que seu esposo está fazendo na sua ausência. Sobre sua outra filha, Fernanda, diz estar tranquila, já que ela está com os avós, que cuidam bem dela.

Janaina me pede ajuda frente ao mau comportamento de Elisa. Segundo ela a menina é muito agitada, faz bagunça e a deixa muito cansada. Pergunto-lhe como ela lida com essa situação. Janaina responde: *“Ah, quando a gente tava na nossa casa, eu batia nela, mas agora que ela tá doente eu não bato mais, mas eu grito, ameaço, sei que é errado, mas... às vezes eu digo que o médico vai tirar o olho dela, se ela não se comportar!”*

Algum tempo depois, enquanto eu aguardava o elevador, encontro Janaina que me conta animada sobre o resultado da biópsia de Elisa. Mostra-me o papel do resultado que a médica havia lhe entregado na consulta: *“Olha Bárbara, é benigno! Tá escrito aqui, a médica disse que é benigno! Vai precisar observar e só!”*. Janaina explica que a médica informou ainda que em breve elas poderão retornar para casa. Naquela semana, atendo Elisa no ambulatório. Dessa vez, ao pedir folha para desenhar, me entrega também uma e me pede para fazer um desenho. Eu

desenho um jardim, com grama, algumas flores e uma casinha. Após uns minutos, ao me ver pintando meu desenho, pergunta se pode me ajudar. Pintamos o jardim com várias cores diferentes e, ao terminarmos, pergunto o que ela desenhou em sua folha. Ela me mostra que desenhou outro monstro, mas esse com vários olhos. Pega meu desenho e pergunta:

Elisa: Quem mora nessa casa?

Bárbara: Não sei, quem você acha que pode morar nela?

Elisa: O meu monstro! Ele tá sozinho, não tem casa não... (mostra seu desenho)

Bárbara: O que você acha de desenharmos ele aqui então, do lado da casa?

E assim, Elisa desenha seu “*monstro-que-comia-olho*” no meio do jardim colorido, e o pinta de várias cores, segundo ela para combinar com as flores: “*Ele vai comer essa grama agora, igual as vaquinhas lá da casa do meu pai.*”

Anuncio o fim do atendimento e após relutar para sair, Elisa me pede para levar o desenho que fizemos juntas.

Alguns dias depois, sua mãe me informa que a médica permitiu que elas voltassem para sua cidade e que a partir de agora Elisa só precisaria tomar as medicações em casa e ir as consultas esporadicamente.

Os atendimentos parecem ter servido para Elisa e Janaina elaborarem a angústia que estavam passando. Mãe e filha vivem a experiência do adoecimento longe de sua cidade, onde repentinamente se veem morando em uma casa onde todos os moradores estão atravessados pela doença. Janaina, imersa em ansiedade e medo, sem uma rede de apoio familiar por perto, compartilha com Elisa o pavor de que o diagnóstico oncológico seja confirmado. Elisa, por sua vez, encontra no brincar durante os atendimentos uma maneira de esclarecer suas dúvidas sobre aquele ambiente estranho em que estava vivendo, podendo enquadrar seu monstro e a ameaça que ele encarnava para ela de devorar seu olho, ameaça que ela vivia na realidade do tratamento oncológico, de forma fantasmática. Agora o monstro, na transferência, não come mais olhos, ele já possui vários, pode se satisfazer com a grama do jardim da casa de seu pai, lugar que para Elisa é tão familiar.

4.5. Transferência e cuidados paliativos: As sutilezas do encontro com Lucas

Um menino bastante tímido, de olhar desconfiado, cabeça baixa e com um sotaque mineiro forte. Esse é Lucas, que em seu primeiro dia no INCA me diz apenas que tem 9 anos e que veio do interior de Minas Gerais. Ao conversar com sua mãe, Larissa, ela me conta um pouco do seu percurso até chegar ao hospital. Diz que há algumas semanas, Lucas vomitou sangue e que, ao ser levado para o posto de saúde, ouviu do médico que aquilo não era sangue e sim beterraba que tinha comido no dia anterior. Como o filho não apresentou outros sintomas, a mãe não buscou outro médico. Larissa conta que há alguns meses conheceu seu atual namorado através de uma rede social, e ele a convidou para morar na casa dele, em uma favela no Rio de Janeiro. Assim, Larissa se muda para o Rio com Lucas e Ana, sua outra filha, de 6 anos. Após 3 dias da mudança de cidade, Lucas começa a se queixar de fortes dores na barriga e volta a vomitar sangue, além de reclamar de dores nas costas também. Procura então um hospital municipal, que encaminha o menino para o INCA.

Naquele mesmo dia o caso de Lucas é discutido em mesa redonda⁷ e enquanto apresentam seus exames na tela do computador, os médicos se assustam e se mostram chocados com a quantidade de tumores que o menino tinha. Segundo os exames, Lucas tinha metástases em mediastino, fígado, pulmão, estômago e muitos nódulos em coluna, que estavam causando uma compressão medular. Todos os médicos concordam que o caso de Lucas já é considerado de cuidados paliativos, e que não é possível operá-lo, apenas realizar uma biópsia para definição de diagnóstico. Todos pareciam perplexos ao saber que mesmo com tanta doença, o menino estava aparentemente bem e fazia suas atividades normalmente.

No outro dia a médica de referência do caso conversa com Larissa sobre o diagnóstico e a gravidade do caso. Encontro com Larissa logo em seguida, chorando muito, que me conta um pouco de sua vida. Relata um passado difícil com o pai de Lucas, que agrediu ela e os filhos por anos. Quando conseguiu fugir, passou a trabalhar bastante para sustentar a família, mas em sua cidade pequena estava difícil conseguir um bom emprego e sempre quis morar em uma cidade maior. Diz que encontrou em seu novo parceiro uma chance de se sentir amada novamente e a vinda para o Rio de Janeiro era a grande chance de ser feliz – “*Eu achei que ia*

⁷ Mesa redonda é uma reunião entre diversos profissionais, predominantemente médicos, onde são avaliados os exames e histórico do paciente e posteriormente tomada a decisão em conjunto sobre a melhor conduta de tratamento. Na pediatria do INCA ela ocorre semanalmente.

ser tão feliz aqui, agora que a gente finalmente ia viver como uma família feliz, eu recebo essa notícia”.

O resultado da biópsia de Lucas conclui por um Carcinoma Renal Metastático, um câncer nos rins mais comum em adultos e que não possuía relatos de outros casos com o mesmo diagnóstico na pediatria do INCA. Devido a isso, os médicos passam a estudar sobre esse tema, para definir o melhor cuidado para Lucas. O caso é discutido novamente em mesa redonda, onde é apresentado um artigo de um médico americano que fez um estudo com 5 crianças com este diagnóstico, no qual foi realizada ressecção do tumor primário no rim e uma quimioterapia paliativa oral, que resultou em um aumento da sobrevida em alguns meses para os pacientes. É definido então que será aplicada a mesma conduta ao caso de Lucas.

Após a cirurgia, Lucas fica internado no CTIP. Vou visitá-lo diariamente e, aos poucos, Lucas passa a interagir comigo. A equipe estava preocupada pois ele não comia nada e estava bastante fraco. Pergunto-lhe o que ele gosta de comer. Lucas me fala o nome de várias comidas típicas de Minas e uma pizza especial de sardinha que seu avô preparava para ele. Falo para ele que não tínhamos aquelas comidas e que infelizmente a copeira só havia deixado um picolé, mas que era um picolé feito com muito carinho. Lucas diz então: *“É um picolé de carinho?”* e eu respondo: *“É sim, tem escrito aqui, sabor carinho!”* Lucas ri bastante e pede o picolé. No outro dia, quando chego no leito, ele diz: *“De que é o picolé hoje?”*. Entro na brincadeira e respondo: *“Hoje tem picolé sabor felicidade e picolé sabor amor. Qual você quer?”*. Lucas responde: *“Hoje eu quero sabor amor!”* e cai na gargalhada novamente.

Lucas se recupera da cirurgia e vai para casa, com a orientação para todo mês retornar ao INCA para consulta e tomar uma quimioterapia oral em casa. A relação de Larissa com o namorado carioca termina e ela decide voltar para Minas Gerais, onde teria o apoio de sua família. A médica de Lucas autoriza o retorno para a cidade e faz uma articulação com a prefeitura do local para que disponibilize um transporte para trazer mãe e filho mensalmente ao INCA para acompanhamento.

Larissa afirma que está disposta a dar ao filho um fim de vida digno, e que deixará de trabalhar para ficar mais perto de Lucas. Larissa mostra-se ciente de toda a gravidade do caso de e afirma que não quer falar sobre isso: *“Eu sei tudo que ele tem, mas não quero ficar falando só nisso. Eu sei que ele pode morrer em breve, mas eu não quero pensar o tempo todo que ele está morrendo.”* Diversas vezes fui questionada pela equipe se Larissa teria dimensão da gravidade do caso do filho. Isso geralmente acontecia logo após esses profissionais verem o exame de Lucas e se depararem com uma mãe que não falava de morte, nem deixava Lucas

apenas deitado na cama. Larissa o colocava para andar, brincar, cozinhava comidas maravilhosas para ele. Larissa só falava de vida, nunca de morte.

A postura de Larissa não significava que ela desconhecesse a doença do filho ou que negava a sua gravidade. Pelo contrário, Larissa sempre fez muitas perguntas para a médica de referência e se apropriou da doença do filho. Essa postura de Larissa expunha, na verdade, que ela não sabia quanto tempo de vida o filho teria, mas que, apesar do risco de morte iminente, ela daria a ele momentos de vida até o fim.

Passo a atender Lucas também mensalmente. Sempre tímido, aos poucos vai me contando um pouco sobre si através dos jogos e desenhos. Diz que gosta muito de animais e sempre escolhe os jogos relacionados a eles. Segundo ele, sua mãe estava planejando levá-lo ao zoológico, mas como ficou doente eles não puderam ir. Em um atendimento, enquanto brincávamos com um jogo de “fazendinha” na brinquedoteca, Lucas pergunta: “*será que no zoológico tem todos esses animais? O meu sonho é ver um leão de pertinho*”.

A cada mês a mudança no estado de saúde de Lucas era nítida: muito emagrecido e apático, com o abdômen cada vez maior. Em uma das idas ao ambulatório a médica comenta comigo que a doença estava cada vez mais avançada e que provavelmente agora ele iria ficar cada vez mais debilitado. Comento com a médica sobre o sonho de Lucas em conhecer um zoológico e o quanto isso poderia ser importante para ele e sua mãe. A médica me informa que aquele seria o momento ideal para que ele realizasse essa visita, pois ainda estava caminhando. Assim, através de uma articulação da equipe, organizamos a ida ao zoológico para Lucas e sua mãe. Os dois estavam eufóricos no momento do passeio, que foi acompanhado por uma enfermeira e por mim. Ao chegarmos na jaula do leão, o menino que sempre foi de poucas palavras, não parava de falar o quanto o animal era lindo e grande.

O trabalho em cuidados paliativos em uma instituição marcada pela produção de conhecimento médico e com um discurso curativo, se apresenta como um desafio. Um desafio que talvez só possa ser superado com a visão cuidadosa de cada caso e através de parcerias entre profissionais que se proponham a prestar um atendimento integral para esses pacientes sem possibilidade de cura. Os cuidados paliativos quando encarados como uma maneira de cuidar que seja sensível ao sujeito, e que possa ser realizada por todos os profissionais e com qualquer paciente, faz com que pequenos detalhes como uma ida ao zoológico sejam considerados e sustentados pela equipe envolvida neste cuidado.

Acredito que os atendimentos com Lucas sempre foram marcados por pequenas sutilezas. Lucas dizia poucas palavras, mas se expressava bastante de outras maneiras. Em uma

das idas ao hospital me entregou, de cabeça baixa, uma rosa vermelha. Sua mãe diz que estavam passando pela floricultura na praça da cruz vermelha e que ele pediu para comprar uma flor para me entregar. Lucas apenas dá um sorriso tímido. Ele sempre gostava de ir até a brinquedoteca, apontava silenciosamente o brinquedo que queria, ou apenas esperava que eu escolhesse os bonecos com que ele sempre brincava. Sorria quando eu inventava falas para os bonecos e gostava de ficar observando minuciosamente os detalhes deles. Em outras ocasiões, quando os sintomas da doença estavam mais presentes em seu corpo, apenas ficávamos calados. Ele me chamava, mas não brincava ou conversava. Mesmo em silêncio muito era dito. Lucas mostrava-se irritado com pessoas desconhecidas por ele que insistiam em uma conversa ou que tentavam animá-lo, como os palhaços ou visitantes. Lucas era receptivo com quem respeitava seu espaço, com quem testemunhava seus momentos, mesmo que em silêncio.

Dois meses após a ida ao zoológico encontro Lucas e Larissa chegando ao INCA. Ele estava sendo carregado por um maqueiro, parecia ainda mais magro, olhos fundos e a barriga imensa. Acompanho-os até a emergência, onde os primeiros cuidados são realizados e Lucas é medicado. Nesta ocasião, a enfermaria pediátrica estava lotada, não havendo um leito para que Lucas fosse hospitalizado e, por isso, ele permaneceu na emergência.

No outro dia, encontro Lucas com a respiração muito lenta, e gemendo de dor. Ao seu lado está sua mãe e o mesmo maqueiro do dia anterior, que se chama João. Lucas segura a mão de João a todo momento e não permite que ele saia de perto. Ao me ver, Lucas me pede que pegue na brinquedoteca “*aqueles bonecos*”, os que eu conhecia tão bem em nossas brincadeiras. Faço isso e os coloco ao lado de sua cama.

Passo toda aquela tarde ao lado de Lucas, que estava com muita dor. O menino grita desesperado para que algo seja feito. Larissa tenta conter o choro a todo momento e Lucas não permite que ela se afaste do leito. Quando os gritos de dor ficam mais intensos, Larissa se desespera. Lucas a consola: “*Mãe, não fica com medo, senão eu fico também! Mãe, eu não quero morrer!*” As medicações são dadas, mas a dor de Lucas parece não cessar. Lucas segura minha mão e fala com dificuldade: “*Tia, parece que eu vou quebrar no meio, ninguém me disse que morrer doía tanto!*”.

A cena é de muita angústia para todos que estavam presentes naquela emergência, apenas com uma cortina fechada, os gritos de dor de Lucas e suas frases sobre a morte ecoavam naquele espaço pequeno, fazendo com que outras mães também chorassem ao ouvir o desespero do menino. Eu, como profissional, também não consigo permanecer naquela cena, e saio um pouco, onde divido com minha supervisora a angústia de testemunhar as súplicas de Lucas.

Retorno depois com minha supervisora, que também tenta ajudar Lucas naquela situação, com massagens e conforto. O maqueiro João também permanece ao lado do menino, segurando sua mão e fazendo carinho. Em um momento, ao se referir a João, Lucas diz: “*Esse aqui é mais que um amigo, é como se fosse um pai*”. João nos conta emocionado que no dia dos pais, Lucas havia lhe dado uma caneca de presente.

No fim da tarde, com a respiração muito fraca e já sem forças para expressar suas queixas de dor, Lucas pede para mãe deitar com ele na cama. Eles ficam sozinhos no leito e após algum tempo, Lucas falece.

Quando retorno, encontro Larissa chorando copiosamente. Ela parece finalmente expressar todo o choro que estava escondendo do filho durante aquele dia. Arruma suas coisas e me pede para tirá-la do hospital o mais rápido possível. Junto com a assistente social, fazemos contato com a família de Larissa que providencia um carro para buscá-la.

Após dois meses da morte de Lucas, recebo uma mensagem de Larissa. Ela diz que está morando no Rio de Janeiro novamente e me manda uma foto onde aparece beijando João, com sua filha ao lado. Diz estar tentando recomeçar a vida e acredita que Lucas gostaria que ela tivesse seguindo em frente.

Larissa sempre relatava que Lucas era um grande amigo e agia de forma muito madura para sua idade, chegando a defendê-la diversas vezes das agressões de seu ex-marido. Afirmava também que, certa vez, terminou um relacionamento com um namorado, devido ao filho não ter aprovado o rapaz. Podemos pensar que Lucas viu em João um parceiro em suas idas ao hospital, que cuidou dele e de sua família durante o tratamento. No início da doença de Lucas, Larissa sempre relatava seu desejo de morar em uma cidade grande como o Rio de Janeiro e de viver um relacionamento feliz. Aprovado pelo seu filho, Larissa pode então se permitir uma nova chance de recomeçar, ao lado de um novo companheiro, após experiências de relacionamentos difíceis.

5. CONCLUSÕES PRELIMINARES

Esse estudo surgiu a partir de questões levantadas durante a prática clínica e nas supervisões para discussões de casos. O atendimento psicológico orientado por psicanálise a crianças e adolescentes em uma instituição de oncologia me trouxe inquietações e dúvidas. Busquei na escrita desse trabalho construir uma reflexão sobre elas.

A partir da exposição de um apanhado teórico sobre a transferência em Freud e Lacan, foi apresentado as peculiaridades de um trabalho dentro de uma instituição hospitalar, mostrando como é possível manejar o laço transferencial endereçado por crianças e adolescentes neste contexto.

Acredito que a conclusão primordial que este trabalho me proporcionou, está relacionada a importância do olhar sobre cada caso, pautado na singularidade desses sujeitos e seus arranjos familiares. Os casos mostram que, diante da realidade dura e limítrofe da doença, cada sujeito encontrará sua forma de vivenciar esse momento. Seja um curativo dolorido, a perda de um filho, o reinício de um tratamento, a distância de sua casa ou um corpo que é tomado por uma doença incurável. Posso afirmar que Sophia, Guilherme, Maria, Elisa e Lucas atravessaram essas experiências de formas específicas e da maneira que foi possível para cada um.

Os fragmentos de casos aqui apresentados expõem que talvez as parcerias criadas por esses sujeitos com a psicóloga e também com os outros profissionais, puderam auxiliar neste processo. Seja uma enfermeira que dedica um tempo a mais de sua rotina para realizar um procedimento que é sofrido para aquela criança ou um maqueiro que assume uma posição paterna que era tão frágil para um garoto à beira da morte. Todos esses sujeitos, trabalhadores, foram dissonantes ao que é esperado deles em uma instituição onde um discurso rígido e protocolar impera. Esse furo causado na rotina hospitalar produz efeito também para esses sujeitos, como pudemos observar nos fragmentos de caso relatados aqui.

O trabalho possível de um psicanalista no hospital é marcado por diversas nuances e exige que esse profissional articule seu fazer entre equipe e paciente. Apesar das peculiaridades que o hospital traz ao analista, a aposta da psicanálise neste lugar é de resgatar no paciente, aquilo que por tantas vezes é calado durante o tratamento oncológico: seu desejo. E isso só é possível quando este profissional se propõe a sustentar o laço transferencial a ele endereçado. Sustentar esse laço em um hospital nem sempre é fácil, mas pode ser uma saída importante e significativa para aqueles que estão lutando contra uma doença que acomete seu corpo.

Assim, através de uma digressão sobre a transferência em Freud e Lacan, neste trabalho pensamos sua pertinência ou não ao contexto da clínica oncológica com crianças e adolescentes. Encontramos pontos de aproximação, tais como a postura dissimétrica que o psicólogo precisa sustentar neste contexto para colher o saber particular presente em cada caso e pontos de divergência, tais como o curto-circuito provocado pelo adoecimento orgânico (que aqui aproximamos do sintoma somático) na cadeia significante, da qual advém um sujeito.

Termino este trabalho com conclusões preliminares e talvez com mais questões suscitadas do que quando o iniciei. É possível afirmar após este estudo teórico-clínico que a transferência dentro de uma instituição hospitalar pode sim ser estabelecida e manejada. Mas questões relacionadas ao Sujeito Suposto Saber neste local ainda necessitam de um maior aprofundamento, podendo este ser um material importante para um possível estudo posterior: Será que o saber particular a que se tem acesso a partir da sustentação do laço transferencial no hospital, conforme apresentado nesses fragmentos de casos, é o mesmo saber inconsciente teorizado por Lacan? Pode-se afirmar que a transferência que se estabelece no hospital é uma transferência diferente?

Por fim, acredito que este trabalho reafirma que o encontro do paciente em um hospital com um psicólogo orientado pela psicanálise, pode resgatar o lugar do lúdico e da fala, permitindo que através do enlace transferencial crianças, adolescentes e familiares enderecem e elaborem suas questões, quando considerados como sujeitos que têm algo particular a nos dizer e a nos ensinar para além de seus corpos doentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO CÂNCER (2007). **Sobre o Câncer**. Acesso em 11/12//2017. Disponível em: <http://www.abcancer.org.br/sobre.php?c=8&s=18&lang=16>

CLAVREUL, J. A **Ordem Médica - Poder e impotência do Discurso Médico**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

FIGUEIREDO, A. C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997.

FREUD, S. **A interpretação dos Sonhos** (1900). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. IV e V. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. **Fragmento da análise de um caso de histeria** (1905). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. VII). Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos** (1909). Edição Standard Brasileira de Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. X. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Imago, 1977.

_____. **Recomendações aos médicos que praticam a psicanálise** (1912ba). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1969.

_____. **A dinâmica da transferência** (1912b). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Recordar, repetir e elaborar** (1914). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Observações sobre o amor transferencial** (1915). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. **Além do Princípio de Prazer**(1920). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

_____. **Esboço de Psicanálise** (1940). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Controle de tabagismo – Falando Sobre Câncer e seus Fatores de Risco**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1996.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2007). **Particularidades do câncer infantil**. Acesso em 11/12/2017. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2008). Ministério da Saúde. Disponível em < http://www.inca.gov.br/cgi/notatecnica_11012007.pdf. > Acesso em 12/12/2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Ministério da Saúde. **Incidência, Mortalidade e Morbidade Hospitalar por Câncer em Crianças, Adolescentes e Adultos Jovens no Brasil: Informações dos Registros de Câncer e do Sistema de Mortalidade**. Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LACAN, J. **A direção do tratamento e os princípios de seu poder** (1958) In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. **O seminário, livro 8: a transferência** (1960 – 1961). 2.ed. - Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

_____. **O seminário, livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** (1964). Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. **Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola** (1967). Outros Escritos – Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

_____. **Duas notas sobre a criança** (1969). Opção Lacaniana, 21, 5 e 6, 1998.

MILLER, J.-A. **Percursos de Lacan – Uma Introdução**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **A criança entre a mulher e a mãe**. In: Opção Lacaniana, 21, 7-12, 2014.

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

MOURA, M.D. (org.) **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ONCOGUIA. Tudo sobre os tipos de Câncer. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br> - Acesso 15/12/2017, às 18:00.

REGO BARROS, R. **Redes e Laços: Impasses e Desafios**. In: Cadernos de Psicologia. O sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico? Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva: Rio de Janeiro, 2014.

REGO BARROS, R. **Os Cuidados Paliativos e o Tempo**. In: Cadernos de Psicologia - Os tempos no hospital oncológico. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

SELBY P, GILLIS C. Haward R. **Benefits from specialized cancer center**. Lancet. 1996;348(9023):313-8

STILLER, C. A. **Centralization of treatment and survival rates for cancer**. Arch Dis Child. 1988;63(1):23-30

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O manejo da transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas.

Você e seu filho(a) estão sendo convidados (as) a participar de uma pesquisa e para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências de sua participação voluntária na mesma.

Leia as informações abaixo com atenção e converse com Bárbara Mello (Psicóloga-pesquisadora responsável) ou com Ana Beatriz Bernat (orientadora da presente pesquisa) sobre quaisquer dúvidas que você tenha.

Após receber todas as informações, e depois que todas as dúvidas tenham sido esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Esta pesquisa tem como objetivo compreender como se dão os laços que ligam os pacientes e seus familiares a equipe de cuidados durante o tratamento oncohematológico. Tem ainda o objetivo de ilustrar de que maneira o manejo dos sentimentos envolvidos nessas relações podem afetar o cuidado de crianças e adolescentes com câncer.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Durante os atendimentos psicológicos habituais serão coletados fragmentos de fala ou correlatos nos quais você ou seu filho (a) se referem à sua relação com a equipe assistente, tais como aqueles nos quais vocês se referem aos sentimentos direcionados aos profissionais envolvidos no cuidado ao seu filho.

Tais fragmentos de fala, depois de autorizados e preservado o sigilo do caso e dos sujeitos envolvidos, serão ilustrativos das modalidades de laço que ligam os pacientes e seus familiares à equipe assistente e seus efeitos sobre o tratamento oncohematológico dos mesmos.

BENEFÍCIOS

Se você concordar com a sua participação e a de seu filho (a) nessa pesquisa, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes da mesma.

O benefício principal da sua participação é possibilitar a construção de conhecimento na área da psicologia acerca do tema proposto, proporcionando uma reflexão sobre a temática, não apenas para o aprimoramento do atendimento psicológico dos pacientes e familiares, mas do serviço assistencial dos

diversos profissionais como um todo.

RISCOS

Não estão previstos riscos adicionais aos participantes pela participação nesta pesquisa. Porém, é possível a manifestação de sentimentos mobilizadores durante os atendimentos, como tristeza ou ansiedade. Caso isso ocorra, será ofertada ao participante a possibilidade de acompanhamento pela psicóloga orientadora do presente estudo.

CUSTOS

Você não terá quaisquer custos ou despesas pela sua participação nessa pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a saúde de seu filho (a) e seus dados pessoais serão mantidos sob sigilo. Os dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Mesmo que sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A participação de seu filho é condicionada à assinatura deste TCLE por você na condição de pai ou mãe e/ou responsável e a recusa em autorizá-la não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios ao qual seu filho e você têm direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a utilização do conteúdo dos atendimentos psicológicos na pesquisa será imediatamente interrompida.

ACESSO AOS RESULTADOS

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa. Se tiver interesse, poderá receber uma cópia dos mesmos.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que surgirem novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, a qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para a psicóloga Responsável Bárbara Mello,

através do celular (21) 980503329, ou para a orientadora da pesquisa Ana Beatriz Bernat, através do celular (21) 993021846 de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00 hs.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do INCA, que está formado por profissionais de diferentes áreas, que revisam os projetos de pesquisa que envolve seres humanos, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam a participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o CEP do INCA na Rua do Resende N°128, Sala 203, de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, nos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão para o uso das informações oriundas dos atendimentos psicológicos meus e de meu (minha) filho (a). Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são os procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

_____ Nome e Assinatura do participante	Data
_____ Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

_____ Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	Data
--	------

Anexo II

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTES (13 A 17 ANOS)

O manejo da transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas.

Nome do participante: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa realizada dentro do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) que tem como objetivo compreender o laço de tratamento estabelecido pelo paciente e seus familiares com a equipe assistente ao longo do tratamento oncohematológico e quais os efeitos desse laço para o cuidado das crianças e adolescentes com câncer. Esta pesquisa está sendo conduzida pela psicóloga Bárbara Mello (CRP: 05/49623) com a orientação da psicóloga Ana Beatriz Bernat (CRP 05/24586). Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer um pouco desta pesquisa para dar seu assentimento por escrito, caso aceite participar.

Se você concordar em participar, poderemos ilustrar o tema estudado com falas provenientes dos atendimentos psicológicos nas quais você ou seus pais expressem seus sentimentos ou afetos relativos aos profissionais que cuidam de você durante o seu tratamento. Esta pesquisa será fruto de atendimentos psicológicos realizados tanto na enfermaria, quanto no ambulatório da seção de oncologia e hematologia pediátrica do INCA. A partir destes dados e de um estudo teórico sobre o tema pesquisado, a partir da psicanálise que é uma das linhas de pensamento na psicologia, será construído um trabalho final. É muito importante explicar que o seu nome não será revelado na divulgação deste trabalho, garantindo que ninguém poderá lhe identificar.

Durante os atendimentos psicológicos, que transcorrerão da forma habitual, se por algum motivo você se sentir prejudicado, pode escolher não participar ou sair desta pesquisa a qualquer momento. Basta falar comigo e nada sobre seus atendimentos será usado na pesquisa. Seu atendimento psicológico continuará sendo feito sem mudanças. Além disto, caso haja algum desconforto de sua parte, você poderá ser atendido pela psicóloga orientadora da pesquisa, Ana Beatriz Bernat, se assim desejar.

Apesar de não haver um benefício direto a você, sua participação na pesquisa possibilitará a construção de conhecimento na área da psicologia acerca do tema proposto, proporcionando uma reflexão sobre a temática, não apenas para o aprimoramento do atendimento psicológico dos pacientes e familiares, mas do serviço assistencial dos diversos profissionais como um todo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa que lhe apresentou este Termo de Assentimento explicou o que está escrito nele e lhe deixou à vontade para perguntar o que quiser a qualquer momento. Para tirar dúvidas sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com a psicóloga responsável Bárbara Mello, através do celular (21) 980503329 ou com a orientadora da pesquisa Ana Beatriz Bernat, através do celular (21) 993021846 de segunda a sexta, das 8:00 às 17:00 hs. Se você tiver perguntas sobre os seus direitos como participante deste projeto, também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (CEP/INCA) em sua sede, na Rua do Resende N°128, Sala 203, ou pelos telefones (21) 3207-4550 ou 3207-4556 de segunda a sexta de 9:00 a 17:00 hs, ou também pelo e-mail: cep@inca.gov.br. O CEP é um comitê formado por vários profissionais que avaliam todos os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes.

ASSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi esta pesquisa e o que está envolvido nela. Ficou claro que não vou ter nenhum gasto para participar. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Entendo que meu nome e o dos meus responsáveis não serão publicados, preservando nossa identidade e privacidade. Eu, através da assinatura deste, concordo em participar desta pesquisa e declaro que recebi uma cópia deste termo de assentimento.

Nome e assinatura do participante / /
Data

Nome e Assinatura do Responsável Legal / /
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento para a participação do mesmo nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo / /
Data

Anexo III

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS (6 A 12 ANOS)

O manejo da transferência na Oncologia e Hematologia Pediátricas.

Olá _____

Você está sendo convidado a participar de um estudo que vai ser feito dentro do hospital onde você está fazendo tratamento (HC1-INCA). A responsável por este estudo é a psicóloga Bárbara Mello com a orientação da psicóloga Ana Beatriz Bernat.

Neste estudo gostaríamos de saber como é a sua relação e a de seus pais (ou responsáveis) com os profissionais que cuidam de você aqui no hospital.

Se você concordar em participar desta pesquisa, eu vou escrever um trabalho onde vão aparecer algumas coisas que você disse durante nossos encontros, jogos, desenhos e brincadeiras, sobre os sentimentos que você ou seus pais têm em relação às pessoas da equipe que cuida de você. Neste trabalho, o seu nome e o dos seus pais (ou responsáveis) não vão aparecer. Vamos usar um nome de mentirinha para ninguém saber que é de você que estamos falando, e você pode escolher seu nome de mentirinha se quiser.

Se você não quiser que a gente fale de você neste estudo, você pode dizer que não quer participar. Você também pode desistir de participar ou tirar qualquer dúvida a hora que quiser. É só falar com os seus pais (ou responsáveis) ou com a psicóloga Bárbara sobre isso. Ninguém ficará chateado com você e seus atendimentos continuarão normalmente.

Se você entendeu como vai ser esse estudo e quer participar, é só assinar aqui embaixo:

Nome e assinatura do participante / /
Data

Nome e Assinatura do Responsável Legal / /
Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o assentimento para a participação do mesmo nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo / /
Data