

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

MARIA CAROLINA P. SCOZ

**Orfandade adulta:
vivências de luto antecipatório junto a genitor
com câncer em progressão**

**São Paulo
2012**

MARIA CAROLINA P. SCOZ

**Orfandade adulta:
vivências de luto antecipatório junto a genitor
com câncer em progressão**

(Versão original)

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de
São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Psicologia

Área de Concentração:
Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano

Orientadora:
Profa. Dra. Maria Júlia Kovács

**São Paulo
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Scoz, Maria Carolina P..

Orfandade adulta: vivências de luto antecipatório junto a genitor com câncer em progressão / Maria Carolina P. Scoz; orientadora Maria Júlia Kovács. -- São Paulo, 2012.

193f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Luto (Estado Emocional) 2. Neoplasias 3. Cuidados a doentes terminais 4. Psicanálise I. Título.

BF575.G7

SCOZ, M. C. P. **Orfandade adulta**: vivências de luto antecipatório junto a genitor com câncer em progressão. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Tese defendida e aprovada em: ____/____/2012.

Banca Examinadora

Profa. Dra. *Maria Júlia Kovács*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Belinda Piltcher Haber Mandelbaum*

Assinatura: _____

Profa. Dra. *Nely Guernelli Nucci*

Assinatura: _____

Prof. Dr. *Ronis Magdaleno Júnior*

Assinatura: _____

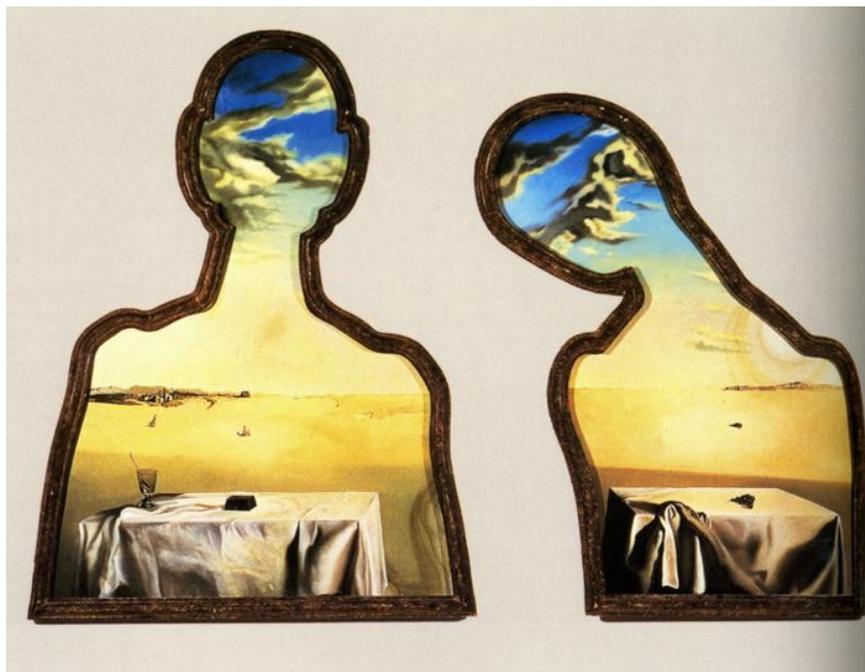
Prof. Dr. *Roosevelt Moisés Smeke Cassorla*

Assinatura: _____



Freud, poucos meses antes de morrer acometido por câncer, acompanhado de sua principal cuidadora, a filha Anna Freud (BULLETIN OF THE AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION, 1939).

AGRADECIMIENTOS



Salvador Dalí - 1936

À **Dra. Maria Júlia Kovács**, pela orientação dedicada e generosa ao longo dos anos do Doutorado – uma trajetória compartilhada no solo firme de seu conhecimento e sabedoria. Pela vida afora, levo-a comigo naquelas memórias mais resistentes ao tempo.

Aos amores, aqueles que assumem todas as suas concessões em silêncio e comemoram todos os nossos ganhos num entusiasmo desproporcional. Obrigada **Moacir Scoz** e **Maria Luiza**, meus pais, por tantos anos de apoio e estímulo. Obrigada **Carlos Monti**, meu companheiro – provavelmente essa pesquisa seria ainda hoje um desejo guardado para o futuro se não fosse sua amorosa paciência. Obrigada **Giovanni** e **Vincenzo**, filhos pequeninos, que trouxeram novos sentidos para tantos antigos conceitos e algum dia saberão que seus balbucios risonhos foram as melhores palavras de estímulo para quem escreve uma tese.

Aos amigos, pelo contexto paradoxal de aconchego e provocação que converte a amizade em terra fecunda para nossas ousadias e criações. Obrigada **Teresa Falanchi Salvi**, **Nely Nucci**, **Fernando Balbino**, **Teresa Krahenbuhl Leitão**, **Augusta Cristina Felix**, **Vicente Genovez** (*in memoriam*) e **Teresa Genovez**, **Lísias Castilho**, **Helena Diez Castilho**, **Olímpio** e **Maria Stella Maia**, **Abrahão** e **Lilian Brafman**. Obrigada **Márcia Gasperotto** (RADIUM Instituto de Oncologia), **Maria Olívia Rosa** (Instituto de Psicologia – USP) e **Michelle Gaiotto** (Escola

Superior de Educação Física), profissionais amorosas que tornam mais organizada e produtiva a vida de quem a elas recorre. Obrigada aos parceiros do grupo de orientação *Nancy Vaiciunas, Elaine Alves* e todos os colegas mestrandos e doutorandos – pelas ideias escritas a muitas mãos, naquelas tardes de terça-feira, diante de artigos e livros, cafés e chocolates. Obrigada *Davi Bagnatori Tavares*, que, tão dedicado à revisão final, “conversou” com cada parágrafo do trabalho, encorajando-me quando chegou a hora de imprimir o texto e deixá-lo voar solto ao alcance de leitores que certamente enxergarão outras falhas, lacunas e possibilidades.

Aos analistas que, ora interlocutores críticos, ora amigos estimuladores, foram referências constantes na tarefa difícil de realizar uma pesquisa acadêmica num campo que levanta a poeira de nossas próprias angústias e deflagra a insuficiência de nossos conhecimentos. Aproveitei como consegui as sugestões teórico-metodológicas de psicanalistas inspiradores que tive a sorte de conhecer nos últimos anos. Obrigada *Miguel de La Puente, Adriana Nagalli de Oliveira, Gabriela Casellato, Belinda Mandelbaum, Elenice Giannoni, Humberto Menezes Júnior, Nelson Nazaré Rocha, Ronis Magdaleno Júnior, Roosevelt Cassorla*. Também aos demais professores e colegas do *Grupo de Estudos Psicanalíticos de Campinas* sou grata por partilharem o que há de mais vivo na psicanálise que estudam e praticam.

Aos alunos, pacientes e colaboradores na pesquisa, que confiantemente desvelam suas intimidades diante de nossa escuta. Vão-se os anos e ficam suas histórias pulsando dentro de nós. De nomes aqui impubescíveis são a preciosa matéria-prima das descobertas e realizações que pouco a pouco vamos alcançando.

RESUMO

SCOZ, M. C. P. **Orfandade adulta**: vivências de luto antecipatório junto a genitor com câncer em progressão. 2012. 193f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

O presente estudo teve por objetivo compreender as vivências emocionais de filhos adultos de genitor (pai ou mãe) acometido por câncer em progressão. Sabe-se que o câncer atualmente é uma das principais causas de morte na vida adulta e que, a despeito dos avanços diagnósticos e terapêuticos, alguns tipos de câncer têm aumentado em incidência ou permanecem entre aqueles cuja letalidade é alta. A gravidade da doença, somada a maior expectativa de vida da população em diversos países, impõe a filhos adultos a experiência de acompanharem o processo de agravamento que culmina na morte do genitor. Diante desse fato, a literatura científica situada no campo do luto tem se voltado para esse grupo, que, segundo alguns autores, ainda é negligenciado, sob a alegação de que a maturidade favorece naturalmente um melhor enfrentamento de perdas e que, por isso, pesquisas acadêmicas e serviços de saúde devem zelar apenas pelas necessidades de crianças e adolescentes confrontados com o luto filial. Outro fator que contribui com a desatenção à situação de filhos adultos de genitor com câncer avançado é a causa da morte, já que, não se tratando de morte acidental, violenta ou súbita, aparenta menor poder de impactar psiquicamente o enlutado. O que desafia essas noções é o incremento de livros autobiográficos e/ou de autoajuda que, junto a estudos científicos, apontam para a vulnerabilidade emocional gerada pela perda de pais. Esses trabalhos fortalecem e disseminam particularmente dois conceitos: “luto antecipatório” e “orfandade adulta”. Utilizamos como referência metodológica o Método Clínico-Qualitativo, entrevistando participantes que, em sua maioria, voluntariaram-se para participar após lerem cartaz-convite em salas de espera de uma clínica oncológica. Um participante foi diretamente convidado pela pesquisadora e outros dois decidiram participar após sugestão de um familiar que soube do estudo. As entrevistas semidirigidas foram gravadas, transcritas e categorizadas, oferecendo elementos para uma discussão compreensiva da situação investigada. Os trechos selecionados foram compondo o que, ao todo, são cinco categorias: “o filho desamparado”, “o filho culpado”, “o filho impotente”, “o filho criativo”, “o filho onipotente”. Em uma análise detida de cada categoria, destacamos trechos mais representativos e buscamos discuti-los sustentados, em especial, por contribuições de Freud e Klein. A frequente referência a essas vivências emocionais – desamparo, culpa e impotência – ajuda a entender a necessidade desses filhos empregarem uma variedade de defesas psíquicas, algumas (chamadas aqui de “embates contra a morte”) utilizadas para a veemente negação da realidade imposta pela doença e outras, mais criativas (“esforços pela vida”), utilizadas para reparar danos imaginariamente causados à figura perdida, para preservá-la internamente como uma companhia perenizada e, também, para ligar-se a novas experiências que reduzam a dependência em relação a quem está morrendo. A multiplicidade de angústias relatadas por cada entrevistado sugere que o luto filial na vida adulta é um tema relevante de estudo e aplicação para profissionais de saúde mental, demandando um espaço de elaboração que ultrapassa ao largo o que um estudo acadêmico oferece a entrevistados.

Palavras-chave: Luto. Neoplasias. Cuidados a pacientes terminais. Psicanálise.

ABSTRACT

SCOZ, M. C. P. **Adult orphanhood**: experiences of anticipatory grief with parents suffering from advanced cancer. 2012. 193f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

The aim of this study was to understand the emotional experiences of adult children of parents (father or mother) affected by cancer in advanced stages. It is known that cancer is currently one of the leading causes of death in adults. Despite diagnostic and therapeutic advances, some types of cancer have increased in incidence or remained among those with high mortality rates. The severity of the disease, coupled with longer life expectancy of the population in various countries, imposes on adult children the experience of accompanying the degeneration process that ends with the death of the parent. Scientific literature in the field of grief, which historically has concentrated on children and adolescents, is now focusing on this group that, according to some authors, is still neglected due to the assumption that maturity favors better coping with loss. Another factor that contributes to the disregard of adult children of parents with advanced cancer is the cause of death, given that accidental, violent or sudden deaths seem more likely to impact the mourner psychologically. What challenges these misconceptions is the increase of autobiographical or self-help books as well as scientific studies that point to the emotional vulnerability generated by the loss of parents. These readings strengthen two concepts: “anticipatory grief” and “adult orphanhood”. The Clinical-Qualitative Method was used as a methodological reference, by interviewing participants who volunteered after reading a poster-invitation in the waiting room of an oncology clinic. One participant was directly invited by the researcher and two others decided to participate upon the recommendation of a relative who had heard about the study. The semi-structured interviews were taped, transcribed and categorized, providing elements for a comprehensive discussion of the circumstances investigated. The excerpts were arranged into five categories: “the desolate child”, “the guilty child”, “the powerless child”, “the creative child”, “the omnipotent child”. The analysis of each category highlighted the most representative sections of the interview and sought to discuss them based on Freud and Klein. The recurrent reference to these emotional experiences – vulnerability, guilt and helplessness – helps explain the need of these adult children to make use of several psychological defenses, such as vehement denial of the new reality imposed by the disease (“battles against death”), or the more creative attempt to: repair imaginary damage caused to the lost figure, internally preserve an eternal companion and reduce reliance on the dying person (“struggle for life”). The myriad of sorrows reported by each participant suggests that filial grief in adult life is a relevant topic of study and practice for mental health professionals, demanding an elaborate work that exceeds the possibilities of what an academic study may offer the interviewed subjects.

Keywords: Grief. Neoplasms. Care of terminally ill patients. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Apresentação	11
1.2	Objeto de estudo e campo teórico do trabalho	20
1.2.1	O câncer em progressão: células desordenadas, famílias desafiadas.....	20
1.2.2	Filhos adultos à beira do leito: uma silenciada confusão de sentimentos.....	30
1.2.3	“Maduros, independentes e preparados”: alguns contrapontos psicanalíticos ao mito da superação adulta.....	35
1.2.4	Algumas considerações sobre o “luto antecipatório” de filhos adultos.....	54
1.2.5	Perda do genitor: contribuições da pesquisa qualitativa.....	60
1.2.6	O método clínico-qualitativo e a escuta psicanalítica.....	67
1.3	Pressupostos e Objetivos	72
2	MÉTODO	74
2.1	Definição e delimitação da amostra	75
2.2	Planejamento e realização de entrevistas	82
2.3	Transcrição, organização e compreensão dos relatos	85
2.4	Alguns cuidados éticos na preparação do texto final	92
3	OBSERVAÇÕES E REFLEXÕES	94
3.1	Breve contextualização dos relatos	95
3.2	Composição final de categorias e subcategorias	105
3.3	Refletindo sobre observações	111
3.3.1	Dimensões psíquicas da orfandade adulta.....	111
3.3.2	Defesas psíquicas na orfandade adulta.....	139
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS: LAÇOS PROFUNDOS, LUTOS PULSANTES	157
	REFERÊNCIAS	164
	APÊNDICES	183
	ANEXOS	192

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Desde que essa pesquisa era uma ideia bastante imprecisa, não ainda um projeto com as especificações que lhe cabem, algumas perguntas insistiam: Qual a razão do interesse pelos “filhos adultos de pacientes oncológicos com doença em progressão” diante da infinidade de vivências psíquicas sobre as quais um trabalho de doutorado pode lançar-se a investigar? Por que encontro esses filhos-cuidadores silenciosamente aguardando seus pais-pacientes e imagino que, se lhes perguntássemos, eles desejariam falar sobre suas próprias experiências? Em que medida, afinal, essa pesquisa é autobiográfica, um estudo acadêmico que busca responder a questões pessoais que vão surgindo conforme meus próprios pais envelhecem e adoecem numa velocidade que, para mim, parece tão acelerada? São indagações curiosas para o pensamento, mas quase desconcertantes, já que nunca as conseguiremos responder precisamente – talvez porque todos os escritos, científicos ou não, sejam essencialmente autobiográficos, no sentido de que nenhum tema que percorremos é alheio à história que nos constitui.

Em alguns casos, o autor explicita razões pessoais ao leitor. Lembro, de imediato, de Karina Okajima Fukumitsu (2004) – autora de *Lessons from our losses: the experience of dealing with losses that one did not choose*¹. Interessada na ampla temática das perdas, apoiou-se na experiência pessoal para, na tese de doutorado (no prelo), escutar filhos adultos que cresceram em meio a tentativas de suicídio de pai ou mãe, portanto assombrados pela possibilidade de serem deixados sós por um genitor que anuncia a partida. No reverso dessa experiência, podemos citar o trabalho de Alda Rangel (2005) – *Do que foi vivido ao que foi perdido: o doloroso luto parental* – instigado pela morte brutal de seus dois únicos filhos. A ausência provocada a sensibilizou para aspectos do perder que hoje são focalizados em seus estudos, livros e grupos de ajuda a pais em luto. Em ambos os trabalhos, o prefácio compartilha um fragmento de história de vida, em uma honestidade metodológica necessária, já que uma parte dos pressupostos e das descobertas são, em alguma medida, assentados sobre dores pessoais. Diante dessas pesquisas lembramos que, apesar de toda a objetividade que

¹ Apresentado como dissertação de mestrado nos EUA, em 2001, o estudo foi publicado no Brasil sob o título “Uma visão fenomenológica do luto: um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano”.

possa alcançar, a ciência é uma atividade humana e humanizadora, realizada por pessoas individuais que trazem para o campo que estudam também as angústias que não puderam ser elaboradas. Lembramos que, talvez, a ciência seja um desses movimentos inventivos que surgem da necessidade de repararmos psiquicamente as perdas que mais desejaríamos reparar na realidade concreta se pudéssemos voltar o tempo e reescrever os fatos.

Em outros casos, a motivação íntima de quem escreveu permanecerá sendo apenas uma especulação de autores e leitores intrigados com possíveis conexões entre uma teoria e a vida de quem a produziu. É tentador, por exemplo, supor que Anna Freud, devido à intensa relação afetiva e profissional com seu pai, particularmente durante os anos de agravamento do câncer, que culminaria na morte de Freud em 1939, tenha hesitado em “*aventurar-se em águas profundas*” da mente humana, por isso defendendo uma psicanálise infantil dedicada à educação e prevenção, exatamente porque “*essa cautela era uma defesa contra o caos que ameaçava tragá-la*” (GROSSKURTH, 1992, p. 181). Parece fazer sentido que essa filha devotada a cuidar do pai idoso e doente tenha voltado seu trabalho para a divulgação das ideias de Freud, agarrando-se à casa e à obra do pai para mantê-lo vivo nos anos que seguiram sua morte porque essa perda tão dolorosa tornaria, para Anna, sua originalidade teórica algo equivalente a um desapareço precoce ou até uma traição ao patriarca da família e da psicanálise (EDMUNDSON, 2009). É sempre arriscado resvalarmos naquilo que o próprio Freud (1996/1910a) entendia como “análise selvagem” quando teorizamos sobre razões inconscientes, sem uma prolongada observação das resistências que mantêm tais razões distantes da consciência. Entender por que foi insuportável admitir uma ideia para si próprio (isto é, por que um conteúdo foi forçosamente mantido no inconsciente) seria, para Freud, mais importante que apenas traçar relações de causa e efeito entre vivências passadas e um comportamento atual que desejamos explicar. Mas, provavelmente, vez ou outra surjam hipóteses sobre os motivos subjacentes a um texto porque intuímos que predominem nas ciências humanas estudos impulsionados por uma mistura de razões, sobrepondo vivências acadêmicas, clínicas e pessoais. Como nos recordou Proust: “*Tudo o que existe de bom no mundo procede dos neuróticos. Desfrutamos mil manjares intelectuais, mas não temos ideia do preço pago por seus criadores sob a forma de noites insones, lágrimas, gargalhadas espasmódicas, erupções, asma, epilepsia e medo da morte, que é o pior de tudo*” (PROUST apud KUREISHI, 2010, p. 5). Uma pesquisa não é propriamente um “manjar intelectual” – no entanto, cabe o lembrete de Proust sobre a base de sofrimentos que, mesmo escamoteada pelo autor, em alguma medida apoia toda produção intelectual. E voltam à memória aqueles livros empoeirados pelos cantos da mente, que se lê sem esperar que forneçam elementos para

pesquisas, e que agora parecem sinais instigantes de que a perda talvez seja uma experiência tão dolorosa, e tão desorganizadora, que precisamos convertê-la em palavras para colocar alguma ordem no tumulto de sentimentos que ela própria engendrou. Roland Barthes (2011), em *Diário de Luto*, livro póstumo que encerra a produção do escritor, apresenta um relato sobre a perda de sua mãe, aos 84 anos, após prolongada doença. “*Meu luto é o de uma relação amorosa e não o de uma organização da vida*” (p. 38), anota no diário em 6 de novembro de 1977, lembrando-nos que a idade avançada pode naturalizar a morte para observadores distanciados, mas não para aquele que realmente perde uma figura de amor. Iniciadas um dia após a morte da mãe, as anotações no diário ao longo de dois anos são interrompidas pela morte súbita de Barthes, vítima de atropelamento. *Uma morte muito suave* (1984), de Simone de Beauvoir, é outro registro de pensamentos esparsos sobre o adoecimento e morte da mãe (ou, talvez, sobre as lembranças e transformações do filho que impotentemente testemunha o morrer). Em um reconhecimento do terrível impasse entre resignar-se à perda iminente ou prolongar a vida sob o veredito de um câncer debilitante e incurável, a autora compartilha: “*Entre a morte e a tortura iniciara-se uma corrida. Eu perguntava a mim mesma como se conseguirá sobreviver quando alguém que nos é querido nos suplicou em vão: piedade!*” (p. 57).

Enquanto escrevo essa reflexão inicial, acompanho minha mãe em uma cirurgia que tenta preservar seu “pé diabético”, um ano depois da cirurgia que aliviou seus olhos do “glaucoma diabético”. Ela vai sobrevivendo a essas intervenções, de acordo com os prognósticos médicos, já que sua glicemia descontrolada não é propriamente uma ameaça à vida. O que perde, a cada vez que sua circulação falha tempo demais em um mesmo lugar do corpo, são as autonomias que, por tantos anos, definiram sua personalidade. Ler, escrever, cozinhar, dirigir, andar são atividades simples, quase automatizadas, que agora alguém precisa executar por ela (ou com ela). Diante da cama hospitalar, que parece um grande berço cercado por grades metálicas, em um hospital-maternidade com mães ensaiando passeios pelos corredores com seus pequenos bebês e enfermeiras cuidando de pacientes adultos com a delicadeza e paciência que aprenderam a dedicar aos recém-nascidos, é difícil não pensar que uma inversão de papéis lentamente se instaura à medida que os pais tornam-se mais frágeis e, com isso, dependentes da ajuda que acostumamos a receber enquanto filhos. Pentear os cabelos macios da minha mãe é uma dessas tarefas que atualmente parecem estranhas, talvez porque coloca-nos em lugares trocados: agora é ela, e não mais eu, quem recebe cuidados. Insisto para que durma de cabelos soltos, sem fivelas que possam machucá-la, enquanto repito a advertência do médico sobre a glicemia alta (conscientemente acrescentando itens que ele

não mencionou); ela não parece atemorizada com os riscos que vou citando e, ao contrário, ri da filha, assumindo um “típico discurso de mãe”. Quero mesmo é dizer “seja boazinha e faça o que estou pedindo”; quero produzir com minhas palavras duras uma impossível transgressão à lógica geracional: que seja minha filha obediente e, ao mesmo tempo, minha mãe protetora. Que seja sempre a mesma figura maternal guardada nessa mistura de recordações e fantasias que imaginamos como um arquivo objetivo, mas que, provavelmente, preserva desejos infantis dificílimos de abandonarmos à medida que tornamo-nos adultos. Revendo a cena, lembro-me dela olhando com aquela expressão meio dona de si, meio debochada, uma espécie de careta ambígua que faz desde que comecei a tentar controlar sua vida de mulher autônoma, que “sabe muito bem o que está fazendo”. Quando ela repete essa expressão, é engraçado para quem observa. Para mim, é o anúncio da inutilidade de minhas interferências bem-intencionadas, que muito provavelmente não passarão de uma ladainha cansativa. Saio do hospital querendo ter sido uma companhia mais leve e alegre, querendo ter sido apenas filha, com toda a falta de preocupações e responsabilidades que por muitos anos caracteriza a posição filial. Nesses momentos é uma redenção lembrar que ninguém permanece incólume ao adoecimento dos pais e que, cada um a seu modo, algum dia lidará intensamente com afetos ligados à perda dessas figuras.

Lembro a mim mesma que não posso iniciar um estudo usando experiências pessoais como convicções – preciso manter alguma ingenuidade sobre o fenômeno, preciso não saber o que vou encontrar. Do contrário, cairia na armadilha de somente confirmar ideias e impressões prévias, produzindo um texto eivado de um sentimentalismo transbordante – não importa se tendendo para a veneração ou para a mágoa –, o que, certamente, esvaziaria todo o sentido de realizar uma pesquisa. Mas, no lado oposto, recaímos em um intelectualismo excessivo que busca, sempre em vão, estudar objetivamente experiências humanas. Essa “atitude deslocada” indica a ausência de uma condição que, para o poeta Fernando Pessoa (1986/1935, p. 3), é uma condição fundamental à interpretação. “*Tem o intérprete que sentir simpatia pelo símbolo que se propõe a interpretar. A atitude cauta, irônica, deslocada – todas elas privam o intérprete da primeira condição para poder interpretar*”, aconselhava o autor. Desafia, portanto, a tarefa de produzir um estudo entre esses extremos. Essa tentativa de usar leituras prévias e vivências pessoais estritamente como hipóteses provisórias talvez seja a maior dificuldade de investigar uma temática que nos diz respeito. E a perda de pais na vida adulta necessariamente diz respeito a todos nós. Exceto quem sofreu perda parental na infância ou quem não viveu o suficiente para testemunhar a morte dos genitores, todos seremos impactados por partidas abruptas, sem “avisos”, ou presenciaremos pai ou mãe num

declínio progressivo cujo desfecho é a morte. Como uma consequência direta do aumento da expectativa de vida em quase todo o mundo, o luto pelos pais na vida adulta de filhos tornou-se uma experiência comum, uma espécie de separação vislumbrada à distância. Se ainda não é dentro de casa que essa perda se anuncia claramente, são os pacientes que nos fazem pensar na complexidade dessa experiência e, sem saber, colocam-nos em busca de chaves de compreensão para o que expressam na cena do atendimento. Pontalis (2002, p. 39-40) estranha o analista que, no exercício solitário da clínica, dispensa a escrita: como é possível que nada escape de sua compreensão imediata nas sessões, que nada transforme-se em uma anotação minúscula no canto de uma folha para que depois seja repensado?

[...] acho que um analista que jamais teria experimentado a necessidade de escrever, mesmo que para si próprio (se isso tem algum sentido, escrever para si mesmo), de transcrever em palavras, numa folha de papel, num caderno íntimo ou em folhas soltas, alguma coisa, estaria completa e problematicamente satisfeito. Um analista que poderia dizer que nas suas sessões não há resíduos, insuficiências, que suscitem a vontade de tentar resgatá-los sob outra forma, seria um analista, a meu ver, demasiado contente consigo mesmo.

“Resíduos” e “insuficiências” são evocados pelos registros no bloco de anotações, reconstituindo cenas clínicas que “ao vivo” não puderam ser compreendidas. Tais observações que o consultório permite não substituem um estudo sistematizado; bem ao contrário, geram indagações que convidam a novas pesquisas. Cenas clínicas ressurgem, evocando questões.

Uma mulher de aproximadamente 50 anos caminha devagar até a poltrona. Apresenta-se. Diz que o médico pneumologista a encaminhou. Pede para deitar. Quase não é possível compreender o que ela diz porque está encolhida no divã e sua fala é entremeada por choros e gemidos. “*Não vou conseguir; está doendo muito hoje*”. Ofereço a possibilidade de convidarmos a filha para entrar no consultório e ajudar a mãe a explicar o que está ocorrendo. A filha aceita, caminha até o divã, olha para sua mãe e diz: “*Isso não vai resolver nada; levante e fale direito com a doutora! Pare de reclamar e reaja, mãe! Saí do trabalho só para vir com você e agora vamos desperdiçar a consulta?*”. Era meu primeiro contato com aquelas duas mulheres. Não pude avaliar se havia um excesso de queixas da mãe, o que irritava a filha, ou um excesso de demandas sobrecarregando-a ou alguma outra razão para a impaciência com as alegações de sofrimento. Mas, sobre a dor, o tempo veio a provar que era real e intensa – pouco mais de um mês depois desse primeiro contato a paciente morreu já com o tumor de pulmão avançado e metástases ósseas disseminadas. Lembro da citação

poética de Freud (2006/1914b, p. 103) sobre a restrição que a dor física exerce sobre as relações com o mundo externo: “*A alma inteira encontra-se recolhida na estreita cavidade do molar*”. Parecia realmente tratar-se de uma terrível dor aquilo que a mantinha dobrada sobre o próprio corpo, insensível a qualquer coisa que a filha ou eu disséssemos. Se estávamos as três impotentes diante daquela crise (pela qual a mãe repetidamente desculpava-se), por que a filha – uma fisioterapeuta provavelmente capaz de compreender a natureza da doença e também a gravidade do caso – exigia que a mãe fosse controlada e cooperativa na consulta? Por que a coibiu em suas manifestações de sofrimento, como se presenciássemos nada além de manipulação e má-vontade? Por que trouxe a mãe até um atendimento psicológico – porque realmente acreditava que a melhora dependia de “atitude positiva”, ou porque, ao contrário, deixava-a angustiada perceber que a morte era iminente e inevitável?

Outra cena, essa mais recente. Há uma súbita mudança no tema da sessão. Depois de chegar compartilhando um vidro do molho de alecrim e maracujá que criou para saladas (é *chef* de cozinha, dedicado a eventos festivos), falando com entusiasmo sobre os trabalhos que realizou no final de semana, sobre o sucesso da empresa gastronômica, sobre as aulas que vem ministrando para jovens cozinheiros, Daniel² termina a sessão introduzindo um tema que está longe de ser dessas banalidades ou brincadeiras que geralmente iniciam ou encerram nossas interações com outros. Ao contrário, converte-se em uma figura séria, abruptamente, e chora ao dizer: “*Ele bebeu demais novamente. Senti raiva... vontade que ele caísse bêbado e morresse de uma vez. Mas, depois, quando ouvi o barulho e fui levantá-lo do chão, olhei para aquela expressão de criança desnorteada e senti muita pena*”. O pai enfrenta um câncer de fígado avançado, já com metástases pulmonares e, em função disso, absteve-se de álcool por alguns meses, até três dias antes dessa sessão, exatamente na noite da festa de aniversário em que Daniel cozinhou para familiares e amigos. “*Na verdade é uma bobagem minha achar que estou perdendo meu pai. Estou é perdendo o pai que poderia ter existido. Não existiu pai algum para mim. Mesmo agora que está em casa ele só joga palavras cruzadas e nem vê quando estou por perto. Exatamente como sempre foi, desde que eu era menino*”. Será que Daniel guarda afetos tão amargos sobre a relação com seu pai que é preciso “adoçar” a sessão com aquele molho colorido e aromático para, somente então, dizer o que sente? Será que o morrer instaura na família um terreno especialmente propício para a erupção de

² Vale lembrar que, com a finalidade de preservar o anonimato, são fictícios todos os nomes utilizados em exemplos clínicos e entrevistas da pesquisa ao longo desse trabalho – também sob essa preocupação ética as informações que pudessem sugerir a identidade do falante foram substituídas por equivalentes.

ressentimentos – nesse caso, a recaída do abuso de álcool na noite do aniversário desse filho teria reatualizado antigas memórias de abandono e solidão?

O desejo inicial desse estudo devo grandemente aos pacientes que expuseram suas reações psíquicas frente à ameaça de perder um genitor. Também é provável que sem os pais que tenho – e suas trajetórias de envelhecimento – não teria sido essa temática tão instigante como me tem sido nos últimos anos. Aos meus filhos, que nasceram “em dose dupla” no último ano de produção da tese, devo uma espécie de convicção carnal na ideia (antes puramente teórica para mim) de que entre pais e filhos estabelece-se diariamente um vínculo complexo e resiliente, que, ao atender necessidades emocionais mútuas, vai estruturando o que somos como talvez nenhum outro chegue a fazê-lo, tornando-se para ambos um vínculo imprescindível pela vida afora. Devo a eles também a possibilidade de reconsiderar a separação instaurada pela morte de genitores, porque agora olho para dois pequenos meninos e sem querer imagino a circunstância em que inevitavelmente nos separaremos, reeditando esse capítulo final no cenário permissivo da imaginação.

A indissociabilidade entre pesquisa e pesquisador – tão própria do método qualitativo – inviabiliza que projetemos como seria um texto nosso se fosse escrito por outra pessoa, ainda que seja uma outra pessoa que um dia fomos. Por isso não conseguiria subtrair desse trabalho as múltiplas influências de experiências pessoais, embora tenha buscado escapar de autorreferências simplificadoras durante a fase de análise de relatos. Entremendo essas experiências, estão conceitos psicanalíticos que, apesar das diferentes origens teóricas, apontam para um “eterno retorno” das relações afetivas estabelecidas desde o início da vida – daí não haver uma estrita “psicologia da fase adulta” que se fundamente na psicanálise já que dessa perspectiva entende-se que o desenvolvimento segue um curso apoiado sobre necessidades e capacidades bastante precoces, que ao longo de toda a vida reaparecerão mais elaboradas ou, ao contrário, mais repetitivas, nunca se esvanecendo completamente. “A doença neurótica posterior se liga ao prelúdio da infância”, defende Freud (1996/1940, p. 198) até o final de sua obra, salientando uma concepção que sobreviveu ao autor. Em *Nosso mundo adulto e suas raízes na infância*, por exemplo, Klein (1991/1959, p. 292) afirma que: “Uma demonstração interessante da influência das primeiras atitudes ao longo de toda a vida é o fato de que a relação com as figuras arcaicas reaparece com frequência e que problemas não resolvidos na infância são revividos, ainda que de maneira modificada”. Portanto, se a partir de um vértice psicanalítico os filhos adultos que acompanham a progressão de uma doença fatal em genitores são, antes de adultos, filhos perdendo o pai ou a mãe (que, para a psicanálise kleiniana, constituem as primeiras e principais figuras do mundo

interno), a escuta investigativa dessa vivência pode elucidar mecanismos psíquicos empregados nesse contexto específico de perda – provavelmente alguns mecanismos elaborativos, outros não. Podemos pensar também que, além desse interesse metapsicológico, há uma demanda prática: não observamos passivamente os entraves de uma relação afetiva; estamos no lugar de psicoterapeutas fundamentalmente para “*garantir as melhores condições psicológicas possíveis para as funções do ego*” (FREUD, 1996/1937, p. 267), condições essas que ampliem as possibilidades de relação do paciente consigo próprio e com outros. É esse impacto do autoconhecimento sobre a vida cotidiana que Ogden (2010, p. 18), assim como Freud, atribui à análise: “*O que o analista diz deve ser utilizável pelo paciente para propósitos de elaboração psicológica consciente e inconsciente, ou seja, para sonhar sua própria experiência, desse modo sonhando-se existir mais plenamente*”. Ouvir relatos angustiados de filhos adultos em face da morte de um genitor – uma experiência proporcionada pelo trabalho que realizo há alguns anos com familiares de pacientes oncológicos de uma instituição especializada no atendimento de tipos de câncer que acometem adultos (portanto, uma instituição onde frequentemente os cuidadores/acompanhantes são filhos) – tem o efeito de ampliar nossa inquietação teórica sobre uma infinidade de questões e, indissociavelmente, ampliar a necessidade por recursos clínicos.

Partindo dessas múltiplas provocações, o presente trabalho iniciou-se com a reunião de ideias fundamentais particularmente sobre: **a natureza da doença oncológica em progressão, o impacto psíquico das tarefas de cuidar sobre a família, a especificidade da posição de filhos adultos na constelação de cuidadores/acompanhantes, a complexidade das relações filiais-parentais, os processos psíquicos de perda e luto**. Certamente não haveria como representar exaustivamente as contribuições próprias de cada uma dessas temáticas – pretendeu-se somente indicar com suficiente respaldo o objeto de estudo, o campo teórico e os pressupostos desta pesquisa. A seguir, é descrito o aproveitamento da **metodologia clínico-qualitativa**, originalmente proposta por Turato (2008), como orientação principal da coleta e organização de dados. Dessa “*inspiração metodológica*” advêm os resultados que são expostos junto a uma **compreensão alicerçada especialmente na psicanálise de Freud e Klein** – em estado mais bruto (e aqui lembro de Turato advertindo que nas Humanidades não há “*dados*” de pesquisa que encontremos na natureza como coisas objetivas já que sempre interpretamos o que já são nossos próprios artefatos e recortes), trechos literais de entrevistas são citados ao longo do capítulo **Observações e Reflexões** para que o leitor possa avaliar a pertinência do raciocínio interpretativo apresentado (exigindo

certo atrevimento propositivo, uma tese lança-nos em uma tarefa menos segura e confortável que meramente hipotetizar, mas, em contrapartida, abre um estimulante campo de debate crítico). Sobretudo, expor parte dos relatos objetiva permitir que o leitor enxergue novas possibilidades de entendimento – algumas que me escaparam, outras que, talvez, não caibam nesse enquadre teórico-metodológico, mas possam ocorrer à alguém que considere esses fragmentos de experiência humana a partir de outra perspectiva. No início de alguns capítulos, há epígrafes de obras autobiográficas sobre a experiência de cuidar de um genitor com doença fatal em progressão – Péter Esterházy, Philip Roth, Roland Barthes e Simone de Beauvoir (autores, respectivamente, de *Os verbos auxiliares do coração*, *Patrimônio*, *Diário de luto* e *Uma morte muito suave*) algumas vezes provocaram minha atenção para a necessidade de uma categoria, outras vezes ilustraram com extraordinária beleza aquilo que outros entrevistados disseram improvisadamente, sem a preocupação de escolher as melhores palavras. Os trechos citados, portanto, antecipam ao leitor o aspecto central discutido logo a seguir e, além disso, sugerem, senão a universalidade do luto filial em adultos, pelo menos a relevância dessa experiência para além dos limites desta pesquisa.

Consola, ao final de um trabalho em que tantos conceitos e considerações ficaram excluídos, ouvir de Clarice Lispector (2010, p. 23) que as limitações de um texto acabado poderão ser, em algum momento, estímulos para outros escritores.

Nem tudo o que escrevo resulta numa realização; resulta numa tentativa. O que também é um prazer. Pois nem em tudo eu quero pegar. Às vezes quero apenas tocar. Depois o que toco às vezes floresce e os outros podem pegar com as duas mãos.

1.2 Objeto de estudo e campo teórico do trabalho

1.2.1 O câncer em progressão: células desordenadas, famílias desafiadas

a) Sobre tumores fora de controle

Não se morre por ter nascido, nem por ter vivido, nem de velhice. Morre-se de alguma coisa. Saber que minha mãe estava condenada por sua idade a um fim próximo não atenuou, em absoluto, a surpresa horrível: ela estava com um sarcoma (BEAUVOIR, 1984, p. 105).

Os avanços científico-tecnológicos que marcaram a modernidade agregaram à medicina uma crescente capacidade de diagnosticar e curar. Cada vez mais aumenta o arsenal de recursos necessários para a detecção precisa e o controle eficiente de doenças antes consideradas fatais. Embora esse quadro seja animador, algumas doenças continuam sendo incuráveis, seja porque agem de forma imprevisível no organismo, porque não respondem completamente às estratégias de combate existentes, porque tendem a ser descobertas em estágios avançados, porque resistem em regiões do mundo prejudicadas pela disparidade no oferecimento de serviços de saúde, ou, ainda, porque dependem de mudanças ambientais e comportamentais dificilmente atingíveis em curto prazo (NULAND, 1995; OMS, 2012). O câncer continua sendo um desafio para medicina porque frequentemente essas condições dificultadoras estão sobrepostas, sendo cabível afirmar, como o fez William Castle há mais de 50 anos a respeito da leucemia: “*Seu alívio é uma tarefa diária, sua cura é uma esperança fervorosa*” (apud MUKHERJEE, 2010, p. 11, trad.)³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), além de figurarem atualmente entre as principais causas de morte, é provável que, até 2030, alguns tipos de câncer ainda sejam fatores letais predominantes⁴. Uma das variáveis que contribui para isso é o aumento da

³ A partir dessa citação literal de obra em língua estrangeira, o leitor encontrará apenas a abreviatura “trad.” como sinônimo de “tradução nossa”.

⁴ Especificar os tipos de câncer é um detalhamento que ultrapassa o escopo da presente pesquisa, mas atualmente sabe-se que sob as denominações “câncer”, “carcinoma”, “tumor” ou “neoplasia” estão reunidas mais de cem diferentes doenças, cada qual relacionada a determinantes, sintomas, tratamentos

expectativa de vida – havendo mais pessoas com idades avançadas, há também maior ocorrência de doenças desencadeadas pelo envelhecimento. Pelo menos desde o século XXI, mais de 80% das mortes ocorridas na população norte-americana são provocadas por doenças crônicas, principalmente falência cardíaca, câncer, acidente vascular cerebral, doenças pulmonares e demências. Se em tempos passados predominavam as mortes de crianças e jovens devido a doenças súbitas e incontroláveis – por exemplo, pneumonia, tuberculose, infecções –, atualmente são prevalentes as mortes em idade adulta ou avançada, devido a doenças progressivas (ROBERTS, 2005; OMS, 2012). Outra variável é o aumento de fatores de risco intrínsecos a sociedades mais industrializadas; obesidade, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo são preconizados como fatores que aumentarão o número de casos de câncer no mundo de oito milhões por ano para cerca de 12 milhões até 2030. Portanto, mais pessoas enfrentarão a doença sem que necessariamente mais tumores sejam curáveis. Se o uso do “índice de sobrevida em cinco anos” é cada vez mais questionado – após um longo período sendo considerado o principal indicador de controle da doença, individual ou coletivamente –, é exatamente porque os avanços diagnósticos e terapêuticos têm oferecido condições para que pacientes superem a marca dos cinco anos após a detecção inicial, sem que isso indique necessariamente a cura da doença (WELCH et al., 2000; WEGWARTH et al., 2011). A tecnologia médica atual, embora impotente para a remissão total de alguns tumores, expandiu o tempo entre o diagnóstico e a morte, inclusive de pacientes que já apresentam metástases, o que implica um prolongamento do tratamento, geralmente em anos (SERVAN-SCHREIBER, 2009; WELCH et al., 2000). E aumentando a sobrevida, exige mais de pacientes e familiares que lidam com a doença em progressão – muitas vezes confusos sobre quando o tratamento deixou de visar à cura para assumir uma função paliativa (MACKILLOP et al., 1997; OTANI et al., 2011).

Conviver com o paciente oncológico significa compartilhar seus temores e sofrimentos. Embora o diagnóstico inicial possibilite tratamentos menos agressivos, o câncer quase sempre requer intervenções contundentes que reduzam a chance de expansão ou recidiva do tumor primário e, sobretudo, que previnam a disseminação de metástases, o que frequentemente torna inevitável a ocorrência de efeitos colaterais bastante debilitantes. Considerando que o desafio característico do tratamento oncológico seja encontrar uma intervenção que favoreça o paciente em termos de eficácia, sem com isso prejudicá-lo quanto

e prognósticos que não podem ser generalizados. O que é comum a tais doenças é a descontrolada criação de células anormais que crescem além do padrão e que, com isso, podem invadir partes adjacentes e/ou se disseminarem para outros órgãos. Essa disseminação, denominada metástase, é a principal causa de morte por câncer (OMS, 2012).

à comodidade, toxicidade e custo (SASSE, 2011), vislumbra-se a situação exigente em que médicos, pacientes e seus familiares precisam decidir os rumos do tratamento. Em casos de maior gravidade, nenhuma dessas variáveis é plenamente atendida, já que os tratamentos são incômodos, tóxicos, onerosos, sem, no entanto, garantir que o paciente esteja protegido de novas ocorrências da doença e, conseqüentemente, de novos abalos orgânicos. De acordo com a norma atual da *American Joint Committee on Cancer* (AJCC, 2010), os aspectos que indicam a gravidade da doença oncológica são basicamente três: a) grande dimensão ou extensão do tumor original; b) presença de linfonodos positivos (alojamento de células tumorais no sistema linfático); e c) presença de metástases (disseminação do tumor para áreas afastadas do tumor inicial). A importância desses fatores é tal que o sistema de classificação de gravidade mais amplamente utilizado em Oncologia é citado como TNM, uma referência a *Tumor-Node-Metastasis Staging System* (AJCC, 2010)⁵. Uma formação tumoral é considerada maligna exatamente pelo potencial de crescer localmente, invadir órgãos vizinhos, percorrer o sistema linfático e alojar-se em órgãos distantes – isso porque suas células são capazes de se reproduzirem vigorosamente no órgão de origem, uma vez que nem o sistema imunológico as detecta (portanto, não as destrói enquanto são pequenas e inofensivas), nem essas células são suscetíveis à “*senescência celular*”, processo de esgotamento reprodutivo que em condições normais refreia a multiplicação de células (LIN et al., 2010, p. 374). Somada a esses fatores, a indiferenciação celular de alguns tumores torna-os capazes de implantação e expansão em órgãos, até então saudáveis, para onde tenham migrado (NULAND, 1995). Por isso a detecção de células tumorais circulantes, embora ainda não indique novo tumor, sugere prognóstico desfavorável: não havendo como evitar confiavelmente a aderência dessas células noutros órgãos, é provável a formação de metástases mesmo se o tumor original for eliminado, daí o prognóstico da maioria dos cânceres depender mais da disseminação à distância do que da evolução do tumor primário (YOUNES, 2001). Exceto quando a doença já é diagnosticada em estágio avançado, o que os pacientes e familiares vivem é uma aposta de risco: uma sequência

⁵ Vale lembrar que os parâmetros de gravidade são específicos para cada órgão. Segundo levantamento do *National Cancer Institute* (NCI, 2010), entre 1999 e 2006, foi inferior a 35% a taxa de sobrevivência de pacientes acometidos pelo menos há cinco anos por câncer de pâncreas, fígado, bexiga, estômago, pulmão, útero ou cérebro. Tal dado não indica que sejam invariavelmente tumores incuráveis, mas, sim, que é alta a probabilidade de progressão dessas doenças no período de poucos anos. Sobre a realidade brasileira, um levantamento do *Instituto Nacional do Câncer* (INCA, 2010) informa que entre os tumores mais incidentes há alguns de alta letalidade, especialmente pulmão, estômago e colo do útero – outros tumores frequentes no país (mama, próstata, colón, reto e pele) são menos letais, principalmente devido ao diagnóstico precoce.

de intervenções debilitantes (cirúrgicas, quimioterápicas e radioterápicas), algumas também sequelantes, sem previsão da duração do processo ou de seus resultados finais.

b) Sobre familiares transformados em cuidadores

Desejam-me “coragem”. Mas o tempo da coragem foi aquele de sua doença, quando eu cuidava dela vendo seus sofrimentos, suas tristezas, e eu precisava esconder as lágrimas (BARTHES, 2011, p. 40).

Tavares e Trad (2005), em um estudo sobre significados do câncer de mama para pacientes e familiares, afirmam que a representação do câncer como algo “negativo, invasivo, traumático, limitante” seria uma das causas da

constante utilização de figuras de linguagem para referir-se ao câncer, dos pactos de silêncio desenvolvidos intra e extra grupo familiar, da evitação de comportamentos preventivos e da tendência a postergar a busca pelo diagnóstico (p. 431).

Tal representação provavelmente decorre da natureza imprevisível e ameaçadora do câncer. Em um ensaio sobre as metáforas utilizadas na referência a doenças graves, texto ao mesmo tempo acadêmico e autobiográfico em que Susan Sontag (2007, p. 58) defende que há concepções subjacentes ao vocabulário próprio de uma enfermidade, a escritora afirma:

As metáforas recorrentes nas descrições do câncer são, na verdade, extraídas não da economia, mas, sim, da linguagem da guerra: todo médico e todo paciente atento conhecem bem essa terminologia militar, mesmo que já estejam insensíveis a ela. Assim, as células cancerosas não se multiplicam, simplesmente; elas são “invasivas” (“Tumores malignos invadem, mesmo quando crescem muito devagar”, como diz um manual). As células cancerosas, partindo do tumor original, “colonizam” regiões remotas do corpo, primeiro fixando pequenos postos avançados (“micrometástases”), cuja presença é presumida, embora não possa ser detectada. Raramente as “defesas” do corpo são vigorosas o bastante para eliminar um tumor que estabeleceu seu próprio abastecimento de sangue e que consiste em bilhões de células destrutivas. Por mais “radical” que seja a intervenção cirúrgica, por mais “rastreamentos” que se façam na paisagem do corpo, a remissão na maioria das vezes é temporária; espera-se que a “invasão” do tumor continue e que as células malfeitosas mais cedo ou mais tarde se reagrupem e organizem um novo ataque contra o organismo.

Inseridos abruptamente nesse contexto de “luta” contra uma “invasão”, familiares assumem cada vez mais a função de cuidar do doente durante o percurso entre o diagnóstico inicial e o estágio final da vida – um longo e incerto percurso. Por isso, atualmente é controverso o uso da expressão “doente terminal” para designar quem apresenta doença fatal em situação progressiva. Mesmo diante dos gráficos de sobrevida que indicam porcentagem de mortes ao longo do tempo para cada tipo de câncer, é impossível precisar qual o período de sobrevida de um indivíduo específico, portanto é impossível prever o término da doença e, com isso, da vida do doente (CHRISTAKIS et al., 2000; ROBERTS, 2005). O aumento da sobrevida do doente oncológico é, em parte, uma animadora decorrência de avanços em pesquisa e tecnologia, que aumentam, não apenas a sobrevivência após o surgimento da doença, mas, também, a qualidade de vida durante o processo de agravamento do quadro. Contudo, tais avanços ocorrem em um momento histórico em que é comum uma obstinação para impedir a morte, atitude própria de uma mentalidade que o historiador Philippe Ariès (1975) denominou “morte selvagem”: a morte progressivamente deixando de ser uma ocorrência natural para tornar-se um infortúnio adiável. Em algumas famílias, observa-se férreo empenho em se lançar mão de recursos médico-hospitalares, de tal modo que cuidar do paciente é quase sinônimo de submetê-lo a algum tratamento. Tamanha foi a naturalização desse modo de enfrentar uma doença grave que se adensaram os debates acerca das implicações éticas da chamada “distanásia”: a distensão da vida para além dos limites em que o paciente ainda consegue minimamente exercitar sua autonomia e usufruir de satisfações (KOVÁCS, 2009; PESSINI, 2009).

Embora o agravamento final da doença em geral demande maior frequência de hospitalizações – e algumas vezes isso signifique que o paciente morre na instituição hospitalar, distanciado do ambiente físico e humano que lhe é familiar –, é característico do câncer o envolvimento da família desde o diagnóstico até o desfecho do quadro, seja a remissão da doença ou a morte do paciente. Considerando que a progressão do câncer, nos casos em que a doença não pôde ser controlada pelas intervenções médicas, ocorre ao longo de meses ou anos, os familiares mais próximos são expostos a uma condição desgastante física e emocionalmente. Isso, somado à tendência atual de manter o paciente em casa durante a maior parte do tratamento, implica uma sobrecarga para a família do paciente devido à exigência súbita e constante de conhecimentos e competências “não-familiares” que são fundamentais para o bem-estar do doente (KISSANE; BLOCK, 2002; AOUN et al., 2005). A morte volta ao lar, mas agora como uma “morte selvagem”, uma morte que precisa ser combatida e adiada com todos os recursos possíveis. Para Ariès, essa atual mentalidade sobre

o morrer contrapõe-se à tradição de séculos que fazia da morte uma experiência consciente, ritualizada e aceita. Sabendo que a morte se aproximava, o doente e seus familiares planejavam cerimônias de despedida e cuidavam de aspectos práticos, tais como doações e heranças. Não havia segredo na morte próxima, nem um caráter de tragédia familiar. Atualmente, não havendo condições favoráveis a uma convivência resignada com a morte, a família vê-se envolvida em um combate inesperado e difícil (AOUN et al., 2005, p. 551, trad.):

[...] cada vez mais as famílias estão assumindo complexas tarefas não-familiares no lugar de profissionais de saúde especializados. O papel do cuidador mudou dramaticamente de promover convalescença para, no domicílio, prover cuidado de alta tecnologia e apoio psicológico.

Além do envolvimento emocional com a fragilidade progressiva do paciente e com a aproximação de sua morte, familiares agora assumem deveres contínuos e, algumas vezes, bastante complexos. A cada dia, uma sequência de procedimentos; a cada instante, uma tarefa; e sempre a possibilidade de intercorrências que precisarão de algum modo ser manejadas. A estrutura e funcionamento da casa são alterados em prol do paciente e, com isso, destaca Sherman (1998 p. 358, trad.), o ambiente, até então seguro, torna-se contexto de impotência, medo e confusão:

Diante da dor e sofrimento do paciente, cuidadores familiares podem sentir-se impotentes e frequentemente estão amedrontados e confusos com as dramáticas alterações corporais e emocionais que percebem na pessoa amada à medida que a doença progride. Pode haver estresse adicional com a presença de estranhos em casa, com as mudanças físicas em sua organização e com o afastamento do trabalho e dos amigos.

Por isso a autora defende que familiares do paciente sob cuidados paliativos, apesar de cuidadores, ocupam também o lugar de pacientes. Tal reconhecimento da vulnerabilidade daqueles que estão diretamente envolvidos com o paciente fomentou estudos que buscam identificar fatores de risco e estratégias psicoterapêuticas. Em uma extensa revisão da literatura, Pitceathly e Maguire (2003) propuseram-se a investigar a relação entre a função de cuidar prolongadamente de um paciente e o surgimento de transtornos psiquiátricos, tais como ansiedade e depressão. Não parece claro para os autores em que medida os cuidadores apresentam maior índice desses quadros. Estudos que obtiveram resultados mais expressivos sobre a morbidade nessa população basearam-se na autoavaliação dos participantes, sendo os índices menores naqueles estudos que empregaram instrumentos padronizados. É impossível

interpretar esses dados sem acesso ao critério de seleção de participantes, ao instrumento utilizado e ao parâmetro de comparação dos resultados. Além disso, apontam os autores, as medidas são pontuais ou cobrem um curto intervalo de tempo, o que dificulta o entendimento de uma condição emocional provavelmente lábil, já que inserida num contexto de tantas irregularidades e imprevisibilidades. Porém, nos estudos citados há uma diferença marcante nos resultados relativos a cuidadores de pacientes recém-diagnosticados e de pacientes com doença avançada, o que sugere que os problemas psicológicos do cuidador também progridem durante o curso da doença de seu familiar. Para os autores dessa revisão, o desgaste emocional dos familiares tende a se prolongar porque esses desconsideram seus problemas ao priorizarem as necessidades do paciente. É raro que compartilhem seus incômodos e, sobretudo, que solicitem ajuda profissional para si próprios.

Alguns fatores de risco investigados nessa literatura são apresentados e discutidos na citada revisão. Segundo os autores, considerando o cuidador em seus aspectos intrapessoais e interpessoais, parece haver mais clareza sobre o efeito das seguintes variáveis:

- História prévia de transtorno afetivo
- Alteração das rotinas e papéis
- Padrão esquivo de enfrentamento da doença
- Percepção negativa da doença e do tratamento
- Escassez de apoio informal (amigos, parentes,...)
- Escassez de apoio formal (profissionais de saúde)
- Dificuldades prévias no relacionamento com o doente

Também interessados em identificar aspectos que tornam mais exigente a vivência de familiares cuidadores de pacientes terminais, Proot et al. (2003) realizaram entrevistas com um familiar indicado por cada um dos 13 pacientes oncológicos em fase avançada (cujo prognóstico médico estimava até três meses de sobrevida). Um dos pacientes solicitou que duas filhas fossem entrevistadas, portanto foram 14 os familiares ouvidos. Categorizando tematicamente os depoimentos, os pesquisadores indicaram algumas áreas de fragilidade dos cuidadores entrevistados:

- Excesso de responsabilidades
- Restrição de atividades pessoais
- Fantasias negativas sobre a morte do doente

- Impossibilidade de manter uma rotina
- Insegurança sobre o desempenho enquanto cuidador
- Sentimentos de desamparo e solidão (pelo paciente, que tende a esquivar-se do cuidador para poupá-lo, e também por familiares e visitas, que geralmente não estão presentes nas intercorrências e emergências)
- Inviabilidade de continuar negando a aproximação da morte do paciente
- Insensibilidade de outros a suas necessidades (paciente, familiares, profissionais e convênios)

Os estudos acerca do impacto de doenças progressivas sobre os familiares do paciente mostram que a família como um todo e cada membro em particular têm seus recursos desafiados pelo agravamento do quadro – é esse agrupamento de modos de sentir, pensar e agir que compõe o enredo psicológico construído dia a dia em torno da doença, um enredo que tende menos à comunicação aberta e mais a algum tipo de organização defensiva que proteja seus membros do contato com a dor mental intrínseca a situações de perda (MANDELBAUM, 2008). Sem uma visão mais aproximada e objetiva desses arranjos psíquicos, as intervenções oferecidas são potencialmente nocivas, defende Fisher (2003, p. 257, trad.).

A pesquisa sobre cuidados paliativos vigente concebe a unidade familiar como sendo funcional, articulada, coesa e, então, capaz de adaptar-se ao impacto do diagnóstico terminal, ainda que seja necessária intervenção profissional. Essa noção de família como algo monolítico e resolvido mascara a existência de questões familiares que têm o potencial de impactar negativamente no cuidado que pacientes recebem, o que limita o profissional paliativista em seu esforço de oferecer cuidado terminal qualificado.

Enquanto ilustração, o autor (idem, p. 261) discute o risco de agrupar os membros da família em intervenções coletivas. No intuito de promover capacidades, tais como a expressão de sentimentos, o respeito a diferenças e a atenção a necessidades do outro, o pesquisador pode inadvertidamente estimular uma interação esquivada e superficial, ou, ainda, criar condições para que um membro dominador tenha acesso a informações que fortalecerão suas atuações.

Em algumas famílias, a imagem de cuidado e conforto é projetada em conversas grupais e conferências familiares, mas apenas quando os membros falam com privacidade e profundidade é que emergem pontos de vista divergentes, intolerâncias e conflitos. [...] Profissionais de cuidados

paliativos podem ainda não observar que tais práticas em algumas situações compactuam com o perpetrador de abusos.

A preocupação do autor com uma visão simplista do funcionamento familiar é consonante com estudos que penetram sua dinâmica, defendendo que compreender o *modus operandi* de uma família instrumentaliza o profissional a facilitar a vivência de uma crise – situação em que as estratégias de solução de problemas são exaustivamente colocadas à prova. “*Todas as famílias felizes se parecem; cada família infeliz é infeliz à sua maneira*”, escreveu Tolstoi (1997/1878, p. 17)⁶ – por isso são justificáveis estudos que ampliem a compreensão da diversidade de mecanismos familiares acionados em situações críticas.

Verificando os efeitos de atendimento preventivo a famílias consideradas disfuncionais, Kissane et al. (1998) comentam que pesquisas anteriores sobre atendimento familiar em situação de doença terminal obtiveram resultados inconsistentes exatamente por aplicarem indiscriminadamente um modelo de ajuda psicológica padronizado, sem a avaliação prévia das necessidades e recursos de cada família. Como contraponto a uma excessiva generalização da família, Kissane e Bloch (2002), pesquisadores em um amplo projeto de estudos longitudinais conhecido como *Melbourne Family Grief Studies*, propõem uma tipologia simplificada para o entendimento de famílias em luto. Segundo os autores, as famílias podem ser entendidas como funcionais ou disfuncionais, dependendo dos níveis de coesão, comunicação e conflitos. As famílias funcionais são aquelas que apresentam alta coesão, boa comunicação e pouco conflito (por isso chamadas de *supportive*), ou que, embora apresentem frequentes conflitos, são capazes de coesão e comunicação (*conflict-resolving*). As famílias disfuncionais, ao contrário, são aquelas incapazes de solucionar conflitos devido à impossibilidade de coesão e comunicação (*hostile*), ou aquelas que inibem manifestações agressivas e, com isso, conservam emudecidas suas discordâncias e ressentimentos (*sullen*), de modo que também não conseguem resolver coletivamente problemas impostos pelo adoecimento do familiar. Os autores entendem que algumas famílias estariam entre as funcionais e as disfuncionais, já que apresentam escores médios nas dimensões avaliadas (daí serem chamadas de *ordinary* ou *intermediate*).

Note-se que tais categorias não tipificam definitivamente o que a família é, mas a percepção de cada membro sobre como a família está funcionando em um dado momento. Embora a referência a um funcionamento adequado ou intermediário predomine em todas as fases estudadas, isto é, durante os cuidados paliativos (*palliative care*), nos primeiros 6 meses

⁶ Quando é citada uma obra originalmente publicada há pelo menos 50 anos, o leitor tem acesso ao ano da versão consultada e ao ano da primeira edição.

após a morte (*early bereavement*) e entre 6 e 13 meses após a morte (*late bereavement*), há um aumento de famílias em que seus membros a classificam como “disfuncionais” quando a morte se concretiza. Uma possível explicação aponta para um impacto desorganizador da morte, que tornaria as relações familiares temporariamente mais retraídas ou agressivas. É também cabível supor que, na fase de cuidados paliativos, as relações sejam percebidas como “funcionais” principalmente porque as decisões e ajustes impostos cotidianamente por uma doença grave exigiriam da família o máximo de suas capacidades psíquicas e sociais. Dessa perspectiva, finda a fase de cuidados com o familiar adoecido, haveria um retorno aos padrões habituais de relacionamento.

Não é difícil compreender a relevância desses estudos que não apenas confirmam, mas desenvolvem uma observação frequente na clínica: a família é desafiada pelo adoecimento progressivo de um familiar, não importando se o sofrimento psíquico predomina antes ou depois da morte. “*A família é inegavelmente nosso foco central, pois com frequência é a base de cuidados para quem morre e constitui-se daqueles mais dolorosamente afetados pela morte*” (KISSANE; BLOCH, 2002, p. 6, trad.) – justificam os autores. Mas também consideram que há vivências psíquicas singulares de cada membro da família – fato evidenciado, por exemplo, pela diferença na percepção da família quando se compara o genitor sobrevivente e seus filhos. Atentos para essa possível diferença, Kissane et al. (1998, trad.) calcularam a porcentagem de cônjuges sobreviventes (fosse o viúvo ou a viúva) que classificaram a família em cada um dos cinco tipos (*supportive, conflict-resolving, intermediate, sullen* e *hostile* – respectivamente, “apoiadora”, “solucionadora de conflitos”, “intermediária”, “retraída” e “hostil”), fazendo o mesmo com as avaliações respondidas pelos filhos. Uma única discrepância é bastante saliente: entre os indivíduos que classificaram a família como “hostil”, 87% são filhos. Explicam os autores que “*esses filhos tornam-se problemáticos à medida que a família aponta erros, reclama, culpabiliza e se recusa a conversar*” – por isso sentem “*carregar a raiva de toda a família*” (p. 656). Diante dos resultados, faz sentido considerar que filhos possam ser mais francos na crítica à família, conseguindo denunciar a precariedade de comunicação e acolhimento, mas também é possível cogitar que necessidades próprias de filhos (ainda que adultos) sejam frustradas quando um genitor adocece ou morre, o que pode torná-los ressentidos com perdas e exigências que a nova circunstância impõe. Note-se que, por um lado, a literatura sublinha o papel da dinâmica familiar na definição do luto vivido individualmente por seus membros; mas, por outro, salienta a particularidade de cada vivência inserida na “*arena de luto*” em que a família converte-se frente a uma perda (GILBERT, 1996, p. 269, trad.). Dessa perspectiva focalizada

em experiências individuais, Gilbert (idem) defende que os “*lutos diferenciais*” são mais comuns que os “*lutos combinados*”, o que torna arriscada a expectativa de que familiares que “*tiveram a mesma perda, vivam o luto da mesma maneira*”.

1.2.2 Filhos adultos à beira do leito: uma silenciada confusão de sentimentos

É inútil pretendermos integrar a morte na vida e conduzirmo-nos de maneira racional em face de uma coisa que não o é: que cada um se vire como possa na confusão de seus sentimentos (BEAUVOIR, 1984, p. 98).

Tem havido um adensamento de estudos sobre a experiência psíquica de perder pai ou mãe durante a vida adulta, principalmente porque o aumento da expectativa de vida trouxe consigo um aumento da idade em que filhos tendem a perder seus genitores. No entanto, continua prevalecendo na literatura acadêmica estudos sobre a perda parental durante a infância. A título de ilustração: em uma matéria publicada no jornal *O Estado de São Paulo* (2008), lê-se o seguinte comentário sobre o que a reportagem denominou “gradações do luto”:

Segundo Forbes [referindo-se ao psicanalista Jorge Forbes], o luto dura habitualmente de dois a seis meses para pessoas não muito próximas. No caso de filhos que perdem os pais, leva mais de um ano quando a morte é imprevisível. A dificuldade em lidar com a perda é maior entre 5 e 15 anos de idade, quando a pessoa ainda está construindo a identidade. “Se for antes, fica mais fácil de substituir; depois já se tem recursos para trabalhar o luto.” Se a morte dos pais é natural, decorrente da velhice, a dor é amenizada pela previsibilidade. “O filho vai se preparando durante toda a vida para a perda dos pais. O trabalho de luto é constante. Ele vai constituindo outra família, repete nomes de antepassados nos filhos, muda de posição em relação aos pais, passa a ser provedor, começa a falar de herança etc.”

A intenção provavelmente era salientar o impacto da perda de pais na infância, pois nessa fase já se constituiu forte vínculo emocional, do qual o filho depende para sentir-se seguro. Daí a extensa produção científica sobre efeitos da perda precoce de pais (KOVÁCS, 1992; HARRIS, 1995; TORRES, 1999; MAZORRA; TINOCO, 2005), apoiada sobre teóricos – tais como Bowlby, Winnicott, Klein – que preconizavam o vínculo mãe-filho como a base do desenvolvimento emocional. Não é difícil justificar a relevância desses estudos: perder pai

ou mãe significa enfrentar as demandas da vida sem a proteção concreta daquele que morreu e, ao mesmo tempo, sem recursos psíquicos amadurecidos. Um golpe aterrador, tal como relata a escritora inglesa Virginia Woolf (1985, p. 40, trad.) sobre a perda de sua mãe ao final da infância:

[...] sua morte foi o maior desastre que poderia ocorrer, como se num dia radiante de sol primaveril as nuvens abruptas de uma tempestade se formassem, tornando-se escuras e escondendo-se; o vento se agitasse e todas as criaturas da terra urrassem ou vagassem sem rumo.

A falta de reconhecimento das necessidades próprias do enlutado é o elemento que favorece o *luto não validado*, termo proposto por Doka (1989, trad.⁷) para designar as experiências de perda socialmente desvalorizadas, seja porque se supõem que ali o sofrimento seja menor ou porque a razão da morte envolve preconceitos. O autor explica que “*o conceito de luto invalidado reconhece que as sociedades têm conjuntos de normas, ou seja, ‘regras de luto’ que tentam especificar quem, quando, onde, por quanto tempo e por quem é adequado enlutar-se*” (p. 4, trad.). A incorporação desses parâmetros ao longo da aprendizagem social criaria uma base de julgamento para as manifestações de dor que presenciamos e, conseqüentemente, uma disposição para oferecer acolhimento à medida que são “justificáveis”, por exemplo, quando se trata da morte de um filho ou marido, de pai ou mãe com filhos pequenos, e especialmente se a circunstância da morte for abrupta – acidente pessoal, doença aguda, catástrofe natural, violência urbana. No avesso desse lugar de compaixão e solidariedade, estão as mortes que ocorrem quase despercebidas, não porque sejam “silenciosas” para quem perdeu uma figura de afeto – problematiza Casellato (2005) –, mas porque são “silenciadas” por aqueles que cercam o enlutado. Entendendo-se que não há razão para sofrer intensamente, não são favorecidas as necessárias manifestações de dor naquele que está em luto. Foi essa a experiência de Smith (2003, p. 2, trad.) quando, já adulto, viveu pessoalmente a morte de sua mãe:

Como um educador na área de luto, encorajo o luto vivenciado por completo. Sem luto “light”, sem atalhos, sem esforços para comportar-se bem. O trabalho do luto dia após dia é necessário. Infelizmente, enlutei numa sociedade que limita agressivamente o luto, que repreende: “você já deveria ter superado a morte de sua mãe” (algumas vezes com ponto de exclamação ao final). É como se em algum lugar um cronômetro determinasse a quanto tempo de luto a pessoa tem direito.

⁷ No original em inglês a expressão utilizada é “disenfranchised grief”, que poderia ser traduzida como “luto não reconhecido”, “luto não autorizado” ou “luto não validado”.

Vale lembrar que em uma sociedade que estabelece um combate com a finitude, essa se torna cada vez mais um processo negado e escondido. Sendo incontrollável enquanto fato, a morte pode, ao menos, ser ocultada, perdendo seu caráter de experiência social compartilhada. Nos termos de Ariès, quando a morte tornou-se “selvagem”, foi “invertida” em termos de seu significado e, conseqüentemente, também em termos das práticas culturais que cercam sua ocorrência. Ao invés gerar “pena”, a morte começa a causar “repugnância”; ao invés de suscitar vínculos afetivos, “o luto solitário e envergonhado é o único recurso, como uma espécie de masturbação” (1975, p. 90, trad.). As conferências de Philippe Ariès proferidas nos Estados Unidos em 1973 e depois publicadas sob o título *Western attitudes toward death: from the Middle Ages to the present* (tornando-se, no Brasil, *A história da morte no ocidente*) deram ampla voz a uma preocupação crescente na literatura das ciências humanas. O antropólogo inglês Geoffrey Gorer, por exemplo, em 1965 publicava *Death, grief and mourning in contemporary Britain*, em que defendia que a resistência a manifestações públicas de luto era resultado de um novo “dever ético de divertir-se”, um “novo imperativo para que não se faça nada que possa diminuir a alegria dos outros”, o que explicaria a tendência contemporânea a “tratar o luto como um capricho mórbido” (GORER, 1965, apud DIDION, 2006, p. 61-62) e a situar a morte como tema interdito, equivalentemente ao vigoroso tabu que cercara a sexualidade por séculos.

A invalidação do luto de filhos que perdem os pais na vida adulta também se deve, em alguma medida, a uma noção alentadora, mas equivocada. Uma vez que pais tendem a anteceder os filhos na morte, espera-se que filhos adultos estejam preparados para o momento em que enfrentarão essa perda. Tal preparo provavelmente é exigido inclusive de filhos adolescentes, já que autores problematizam a escassez de pesquisas que atentem especificamente para as vivências de jovens que enfrentam adoecimento de pai ou mãe (GRABIAK; BENDER; PUSKAR, 2007). Fundamentalmente, espera-se que o acúmulo de experiências, conhecimentos e vínculos garanta uma espécie de resiliência a essa morte, que, talvez, seja realmente “a mais comum de todas as mortes” quando a própria morte já é, em si, “o fato mais comum que há no mundo” – como escreveu a ensaísta norte-americana Madeleine L’Engle (1974, p. 29) no livro sobre os últimos meses vividos com sua mãe idosa e doente. Contudo, sobre essa morte “comum” a escritora narra uma história intensa de memórias e elaborações, mostrando que a frequência de um fato não o torna banal quando vivido pessoalmente – é sempre a “primeira vez” quando se perde o pai ou a mãe; e embora seja uma perda cronologicamente cada vez mais provável, pode ser contundente para quem a vivencia.

A jornalista norte-americana Joan Didion (2006, p. 29) admitiu sobre a morte dos pais, ambos em idades avançadas, que entendia claramente sua inevitabilidade – “*a minha vida inteira eu passei esperando (temendo, suspeitando, prevendo) por aquelas mortes*”. Contudo, essa percepção não esvaziou a experiência dolorosa de vê-los efetivamente morrendo.

O que senti, em ambos os casos, foi tristeza e solidão (a solidão do filho abandonado em qualquer idade), me lamentando pelo tempo que passou, pelas coisas que não foram ditas, pela minha falta de capacidade de dividir ou mesmo de qualquer modo reconhecer, enfim, o sofrimento, a vulnerabilidade e a humilhação física que os dois tiveram que suportar.

Tais relatos íntimos e confessionais – reduzidos aqui a exemplos mínimos dentro do universo de obras biográficas que abordam a perda de pai ou mãe – problematizam a convicção em uma capacidade adulta para a perda de pais, ainda que seja uma morte comum, esperada e gradual. Alguns outros depoimentos valem ser lembrados aqui, pois, sugerindo que há um aspecto mobilizador intrínseco na morte do genitor, recolocam todos nós em uma situação de vulnerabilidade que não parece tratar-se de falta de “preparo”, “conhecimento” ou “maturidade”.

Elisabeth Kübler-Ross – autora do pioneiro *Sobre a Morte e o Morrer*, provavelmente o livro mais consultado e citado sobre a temática desde sua publicação em 1969, psiquiatra dedicada a atendimentos, *workshops* e publicações que expandiram e popularizaram reflexões acerca do que seja uma morte humanizada – já no final de sua obra apresenta um relato pessoal sobre o adoecimento de sua mãe. Para Kübler-Ross, a morte foi excepcionalmente comum – desde o início de sua atuação médica até morrer, aos 78 anos, esteve envolvida com pacientes terminais, familiares e profissionais de saúde, combatendo omissões e distorções que visam, inutilmente, reduzir sofrimentos. Mas acompanhar por anos a morte da mãe, inteiramente paralisada por um derrame cerebral, evoca sentimentos que são, afinal, suas experiências de filha (KÜBLER-ROSS, 1999, p. 146-148, grifo da autora, trad.).

Você sabe o que é doar cada coisa e todas as coisas que pertencem à sua mãe? Ela ainda está viva, mas você sabe que nunca mais poderá se mover... Quadros, livros, roupas, absolutamente tudo. Era também *meu* último lar, então eu estava abandonando a chance de voltar para casa, não importando o que isso significasse. [...] ela *existiu* desse modo por quatro anos. Quatro anos! Nenhum som. Nenhum modo de se expressar. Ela me encarava e eu me sentia culpada.

Marie de Hennezel – psicóloga cuja atuação foi determinante para a consolidação dos cuidados paliativos na França – também já tinha um envolvimento cotidiano com a morte quando perdeu seu pai. Em um pequeno trecho de seu livro *A morte íntima*, compartilha a profusão de sentimentos ligados a uma perda que, talvez, já lhe parecesse devidamente superada (HENNEZEL, 2004, p. 81-82):

Estou afundada na cama, com uma dupla conjuntivite aguda. A dor e a impossibilidade de abrir os olhos obrigam-me a permanecer sob as cobertas. Mas há outra dor, que aumenta. Acabo de conscientizar-me de que esta infecção manifestou-se no aniversário da morte de meu pai. Estou, portanto, pregada na cama, com esse pensamento, e, de repente, as emoções retornam com força, como uma onda que vem das profundezas e me submerge. Não paro de chorar. Todas as lágrimas que não pude derramar no momento de sua morte, derramei-as hoje. Tanta dor recalçada... [...] debaixo das cobertas, cega por uns dias, não parava de pensar em tudo o que me havia deixado esse homem tão discreto. Todas as alegrias, os gestos de ternura, os pequenos sinais de sua imensa bondade, tudo o que iluminou minha infância enlaça-se com outras lembranças dolorosas ligadas à melancolia profunda dos últimos anos. Sua tristeza de envelhecer que não pude aquecer. Tudo isso me dilata o coração.

O que faltou dizer, resolver, aliviar; o que ficou para sempre inacabado e, por isso, permanece como lembrete acusador, isso é o que parece comum a esses relatos. O que não se fez diante do sofrimento final dos pais, mesmo sendo adulto e, sobretudo, profissional de saúde mental, é o que relembram esses filhos que vivenciam uma experiência da qual cuidaram tantas vezes “do lado de fora”. E exatamente na situação em que vivenciam a perda parental “do lado de dentro”, seus conhecimentos e capacidades não os tornam imunes. É esse despreparo que confessa Harold Smith (2003, p. 2, trad.), autor de *Grieving the death of a mother*.

As orientações de minha mãe ao longo da minha infância podem ser resumidas com seu pedido de sempre: “Agora, quero que você seja um menino crescido”. Tentar ser um “menino crescido” durante a morte de minha mãe e depois a reunião familiar, o funeral e o enterro provou-se muito desafiador. Era como se a morte tivesse me surpreendido numa emboscada: “Você não sabe nada, rapaz!”.

Moss e Moss (1989), no texto seminal *The death of a parent*, já afirmavam que uma das razões para a negligência a essa experiência da vida adulta era a culpa inerente ao reconhecimento de que perder um genitor significa aliviar-se das exigências de cuidado com o doente e também livrar-se das expectativas parentais irrealizáveis. Dane (1989) salientou que

o aparente desinteresse pelo enlutamento de filhos adultos era, na realidade, uma obliteração realizada pelo cientista, já que estudar o luto pelos genitores demandava admitir-se cada vez mais suscetível a essa experiência. Medo de considerar a aproximação dessa morte e culpa pelo alívio de se imaginar livre do papel de cuidador do genitor parecem ser faces do luto filial que, ao invés de estimularem seu estudo, somam-se a outros fatores que determinam o silêncio ao redor do tema.

1.2.3 “Maduros, independentes e preparados”: alguns contrapontos psicanalíticos ao mito da superação adulta

a) O “trabalho do luto” como tarefa interminável

Assusta-me absolutamente o caráter *descontínuo* do luto
(BARTHES, 2011, p. 65, grifo do autor)

Em 1994, a jornalista Hope Edelman (2006) publicou *Motherless daughters: the legacy of loss*, um levantamento de relatos femininos sobre a perda da mãe, entremeados por depoimentos biográficos da própria autora. A segunda edição informa que as vendas já ultrapassavam 500.000 exemplares, tornando a obra um *The New York Times Bestseller*. Embora apreciado por diversos jornais norte-americanos expressivos, o livro foi criticado por alguns: publicar depoimentos de mulheres lamentosas (“choronas”) dificultaria a superação da perda materna pelas leitoras. Tal alegação é correta pelo menos em um sentido: para a autora, o luto pela mãe constitui uma experiência contínua e fluida, transformada ao longo do tempo, porém nunca encerrada.

O luto funciona como todas as sequências de ciclos: um termina e outro começa, um pouco diferente do anterior, mas com o mesmo curso fundamental. Uma filha que perde a mãe atravessa estágios de negação, raiva, confusão e reorientação, mas essas reações se repetem circularmente à medida que novas tarefas do desenvolvimento reacendem sua necessidade da genitora. [...] É possível que volte ao papel de enlutada quando prepara o casamento, ou tem o primeiro filho, ou é diagnosticada com uma doença séria ou ainda quando atinge a idade em que sua mãe morreu. Nesses marcos da vida há desafios que fazem uma filha desejar o apoio materno – porém,

quando procura, a mãe não está. Com isso retornam sentimentos de perda ou abandono e o ciclo recomeça (p. 7).

Sobre as críticas ao livro de Edelman (2006), a psicóloga Julianne Oktay (2005) comenta, em seu estudo *Breast Cancer: daughters tell their stories*, que a exortação à superação do luto traz implícita a noção de que há uma maneira mais correta ou saudável de reagir à morte de alguém amado – nesse caso, seria “normal” que filhas adultas tivessem se recuperado do impacto inicial da perda a ponto de não mais precisarem falar (ou ler) sobre essa experiência. Superar é, nessa acepção, o esvanecimento de pensamentos e sentimentos relativos à figura perdida, não imediatamente à perda, mas tão logo seja possível. Considerada socialmente como uma perda esperada – uma vez que é natural que pais precedam os filhos na morte –, haveria uma delimitação de intensidade e duração para o luto que a acompanha. Fora desses parâmetros, constituiria um luto inadequado. Sobre a perda do pai acometido por câncer, Diamond (2006, p. xii, trad.) relata, em *Fatherless sons: healing the legacy of loss*, um gradual enfraquecimento da rede de apoio que o envolveu imediatamente após a morte do genitor. Para familiares e amigos, o tempo do luto já tinha se encerrado, mas essa ainda era uma experiência viva para o autor: “*Se o tempo cura, ele opera em etapas bem mais amplas: cinco anos são como uma batida de coração*”.

Esta é a percepção de filhos adultos no estudo de Klapper, Moss, Moss e Rubinstein (1994) sobre a perda de pais idosos: há uma expectativa social de rápido ajustamento à vida sem o genitor perdido. Quando se trata de filhos adultos que também já têm seus próprios filhos, o impacto emocional da perda do genitor idoso é ainda menos valorizado (DANE, 1989). Especialmente quando houve um longo período de adoecimento, tende-se a considerar que a morte é uma espécie de “bênção” ou “alívio” para o doente e para aqueles que o cercam – o que automaticamente equaciona o sofrimento a uma dificuldade individual de adaptação (DOKA; DAVIDSON, 1997). Talvez por isso o fotógrafo Phillip Toledano tenha se surpreendido com o impacto do site que manteve durante alguns anos para compartilhar o processo de declínio de seu pai, que, ao final, morreu aos 99 anos. Ao longo de três anos, seu site *Days with my father* (www.dayswithmyfather.com) foi, inesperadamente para o autor, visto e comentado por tantas pessoas que o diário fotográfico exposto por Toledano transformou-se em livro de imagens e reflexões, atraindo novos leitores. Nem ele próprio, narrador dessa experiência pessoal, conseguiu dimensionar o contingente de pessoas que viriam a identificar-se com aquele tipo de perda (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Moss e Moss (1989, p. 91) reconheceram há mais de duas décadas que havia uma lacuna na ampla produção de pesquisas sobre morte e luto – os filhos adultos seriam negligenciados especialmente por vivenciarem uma perda “esperada, apropriada e justa”. Na mesma direção, Wellisch, Hoffman e Gritz (1996) observaram em pesquisas sobre câncer de mama uma desatenção ao estudo de filhas de pacientes, o que é especialmente intrigante já que a provável identificação entre mulheres (mãe e filha), somada ao atual reconhecimento da potencial transmissão genética desse tipo de câncer, justificaria o foco na população de filhas adultas – “*A literatura psicológica é minúscula naquilo que tange a filhas de pacientes com câncer de mama, o que está totalmente fora de proporção com o tamanho provável dessa população*” (p. 289, trad.), comentam os autores.

Além da noção de que há um “preparo” para a perda dos pais, já que é uma morte esperada por filhos, em alguma medida estamos todos envolvidos pelo *zeitgeist* da pós-modernidade que favorece a ideia de superação. Bauman (2004), refletindo sobre a fragilização das relações afetivas, comenta que a extensão do vocabulário computacional a relacionamentos interpessoais revela um anseio bastante atual: “conectar” e “deletar” tão logo se deseje fazê-lo, sem maior esforço ou comprometimento. E isso vale, lembra o autor, não para o relacionamento com uma única pessoa, mas para listas, redes, comunidades, que são criadas, desfeitas ou restauradas em instantes. Embora esse modelo seja fortemente inspirador em uma cultura avessa ao sofrimento, provavelmente a capacidade de romper laços amorosos em um movimento ágil, eficiente e indolor está longe das reais vivências humanas de perda.

Um difundido contraponto a essa concepção é apresentado em *Luto e Melancolia* – um texto publicado originalmente em 1917, mas ainda bastante vigoroso na interlocução com pesquisas científicas e ensaios clínicos. A escolha da palavra alemã “*trauer*” comunica ao leitor, já no título *Trauer und melancholie*, que o sofrimento da perda será discutido pelo autor como um fenômeno amplo, que inclui a tristeza profunda do enlutado e as manifestações públicas de sua dor. Sob esse estado, desligar-se de um objeto amoroso é um processo longo e laborioso, um “trabalho de luto” que exige lentamente construir relações de amor à medida que a perda irreversível é reconhecida internamente (FREUD, 2006/1917, p. 104-105):

E no que consiste então o trabalho realizado pelo luto? Acho que não parecerá forçado apresentá-lo da seguinte forma: o teste de realidade mostrou que o objeto amado não mais existe, de modo que o respeito pela realidade passa a exigir a retirada de toda a libido das relações anteriormente mantidas com esse objeto. [...] Entretanto, essas exigências da realidade não são atendidas de imediato. Ao contrário, isso só ocorre pouco a pouco e com

grande dispêndio de tempo e energia, enquanto, em paralelo, a existência psíquica do objeto perdido continua a ser sustentada.

Se há aqui a ideia de uma progressiva ligação com outros objetos de amor, há também o reconhecimento do custo psíquico dessa difícil conciliação entre se desligar do objeto amado e mantê-lo vivo com pelo menos parte de sua carga libidinal. Isso porque “[...] *a libido se apega a seus objetos e não renuncia àqueles que se perderam, mesmo quando um substituto se acha bem à mão. Assim é o luto*” (FREUD, 1916/1996). Em um extremo dessas polaridades há o risco de uma exclusão precipitada e, portanto, precária do objeto perdido – o que apenas ilusoriamente é uma superação da perda. No outro extremo, há a possibilidade de um sobreinvestimento de libido em lembranças e expectativas que envolvem a figura perdida, a despeito de constantes exigências da realidade – podendo culminar em uma “psicose alucinatória de desejo” (FREUD, 2006/1917, p. 104). Em nenhum dos casos estamos diante do que Freud entende como luto, já que essa não é uma experiência de desligamento e, tampouco, de dependência. O que interessa particularmente à Freud é contrapor o luto ao resistente vínculo que chamou de melancolia, defendendo que a capacidade de reconhecer inteiramente uma separação, reconstruindo internamente a presença daquele que morreu e construindo novas relações, depende de condições psíquicas estabelecidas desde a infância. Se tais condições fortalecerem um vínculo excessivamente ambivalente, pode ser impossível que em uma situação de perda o sobrevivente escape do impasse entre ajustar-se criativamente à ausência ou forçar repetidamente a manutenção da presença daquele que já não está.

Para a psicanálise, nenhuma relação afetiva é puramente amorosa ou odiosa: ambos os sentimentos são polaridades pelas quais se transita à medida que transcorrem as interações. A relação de filhos com seus pais não é uma exceção e, bem ao contrário, é especialmente favorável a uma efervescência de sentimentos contraditórios. Para a psicanálise, um tema central é a competição com o genitor pelo amor do outro genitor – uma rivalidade angustiante, pois o duelo é travado com alguém que não pode ser eliminado, uma vez que também é uma figura de amor. A criança reivindica para si aquilo que o pai e a mãe compartilham na dupla conjugal, porém dentro de limites que não coloquem em risco a relação com cada genitor. Trata-se de um movimento duplo de competição por amor e contenção da hostilidade, o que constitui uma experiência formadora da personalidade adulta, pelo menos daquela que escapa aos deslimites das psicoses e perversões. No entanto, quando é exacerbada a ambivalência afetiva, a perda desencadeia reações que acabam por revigorar o vínculo com o objeto perdido – cita Laplanche (2001) como algumas possibilidades: a negação da morte, a culpabilização

por deixar o outro morrer, a sensação de que o morto está presente e a percepção fantasiosa de doenças em si próprio geralmente iguais às aquelas que acometeram quem morreu.

A ambivalência seria promovida, por exemplo, quando há vínculo identificatório em lugar de uma escolha objetual, isto é, quando há a percepção do outro como parte constituinte de si. É esperado que a criança pequena inicialmente assimile a figura materna pela via da oralidade (daí Freud referir-se a uma relação “canibalística”), sob a satisfação de ao mesmo tempo incorporar o objeto pelo qual anseia e aniquilar esse objeto que a frustra – contudo, se essa modalidade de vínculo perdura em idade adulta, a morte do outro coloca o sobrevivente em uma condição de terrível ameaça. “*Aqui a introjeção do objeto é inequivocamente clara*” (FREUD, 1996/1921, p. 119), por isso perder esse objeto afetivo significa perder aspectos de si próprio, a que o psiquismo reage defensivamente. Por isso, também, o sobrevivente volta contra si recriminações e depreciações (“autoenvilecimento”), direcionando sua agressividade à parcela internalizada daquele que morreu. Há uma infinidade de mecanismos psíquicos empregados contra a inaceitável ameaça que é o aniquilamento da própria vida ou da vida de figuras amadas (CASSORLA, 2009), mas na melancolia sequer há uma defesa contra a morte (que pudesse afrouxar-se mediante a persuasiva realidade da perda), pois a separação é inconcebível psiquicamente. Defende Ogden (2010, p. 55) que

a experiência dolorosa de perda entra em curto-circuito pela identificação do melancólico com o objeto, assim negando a separação do objeto: o objeto sou eu e eu sou o objeto. Não existe perda; um objeto externo (o objeto perdido) é onipotentemente substituído por outro interno (o ego-identificado-com-o-objeto).

Com isso, segue o autor, “*o melancólico evita a dor da perda e, por extensão, outras formas de sofrimento psicológico, mas o faz a um custo imenso – a perda de boa parte de sua própria vitalidade emocional*” (p. 59).

Na esteira da concepção freudiana, Abraham analisou as condições psíquicas que favorecem o trabalho de luto – ou o luto normal⁸. Fundamentalmente, o autor questiona o que é preciso para que, ao longo do tempo, o indivíduo enlutado consiga desapegar-se do objeto perdido. Sua hipótese era que o “luto normal” ocorreria por meio de um processo de reparação, isto é, de reconstrução interna do objeto perdido. Apenas quando o morto

⁸ A expressão “luto normal” viria a ser bastante criticada nos anos seguintes, principalmente por sugerir que há uma forma única e adequada de enlutar-se. Porém, originalmente, o objetivo era apenas contrapor diferentes reações a uma perda afetiva e apontar que em alguns casos o funcionamento psíquico cria entraves às relações objetuais, sejam intrassubjetivas ou intersubjetivas.

recuperasse a integridade e vitalidade na esfera psíquica, a realidade da perda concreta poderia ser enfrentada e, com isso, o luto elaborado. Considerando a perspectiva de Abraham sobre as possibilidades de enlutamento, De Masi (2004, p. 135, trad.) defende que: “A diferença essencial entre luto normal e patológico, tal como a melancolia, é que nesse o processo de reanimação, que é a base do trabalho do luto, não pode ocorrer já que é impedido pelo ódio inconsciente”. A saliência que Abraham atribui à destrutividade na dinâmica dos processos psíquicos – inclusive aqueles relativos ao luto – seria amplamente explorada por Melanie Klein, paciente de Abraham que, sob a influência de suas ideias, iniciou atendimentos clínicos, matéria-prima do que viria a ser uma extensa produção teórica.

Klein (1996/1940) concorda com a centralidade da ambivalência afetiva enquanto determinante da experiência de perder e expande essa ideia ao defender que o luto necessariamente implica uma revivência de perdas ocorridas no início da vida: dependendo dos recursos mentais empregados no primeiro cenário de perdas – a própria relação mãe e filho –, os lutos na vida adulta serão vividos de maneira culposa e ameaçadora em maior ou menor dimensão. Isso porque a perda do objeto externo recapitula a fantasia inconsciente infantil de que a agressividade voltada a esse objeto foi capaz de destruí-lo também internamente e, com isso, afastá-lo para sempre. Para a autora, a realidade interna é, em certa medida, construída e ajustada a partir da realidade externa. Não criamos uma interioridade exclusivamente a partir de conteúdos inconscientes filogenéticos; também não interiorizamos os objetos como se mecanicamente fizéssemos cópias da realidade externa. Para a autora, há uma constante interação entre essas duas dimensões – a realidade externa e a realidade interna –, e a normalidade psíquica dependeria da medida em que os objetos internos são colocados à prova pelas reais experiências. Se as experiências de cuidado são íntimas e alegres, uma criança psiquicamente normal descobre que o objeto amado está preservado, isto é, que não foi danificado pelos sentimentos agressivos voltados a tal objeto – “Ao ser amado e sentir prazer e conforto junto a outras pessoas, sua confiança na bondade dos outros e de si mesmo é fortalecida” (1996/1940, p. 389). Ao contrário, quando há falta de experiências afetivas prazerosas, aumenta a ambivalência da criança em relação à mãe e, com isso, sua ansiedade de perseguição e retaliação – o que, para Klein, talvez comprometa definitivamente seu senso de segurança psíquica. Isto aponta para uma transição no desenvolvimento infantil que é central na teoria kleiniana e que, para a autora, fundamenta a capacidade de enfrentamento de perdas na vida adulta: a transição da posição esquizo-paranóide, predominante no início da infância, para a posição depressiva. Nos comentários introdutórios das *Obras Completas de Melanie Klein*, há uma nota explicativa referente a *Uma contribuição à psicogênese dos*

estados maníaco-depressivos (publicado em 1935, é o texto em que pela primeira vez há uma distinção clara entre tais posições egóicas) que descreve bem essa original ideia de que os recursos com os quais reagimos a ameaças são parte de um acervo psíquico constituído desde o nascimento.

Resumidamente, a teoria postula que no primeiro ano de vida, em torno dos quatro aos cinco meses, ocorre uma mudança significativa nas relações de objeto do bebê, uma mudança da relação com um objeto parcial para um objeto total. Essa mudança coloca o ego em uma nova posição, onde consegue se identificar com seu objeto; assim, se antes as ansiedades do bebê eram de tipo paranóico e envolviam a preservação de seu ego, ele agora possui um conjunto mais complexo de sentimentos ambivalentes e ansiedades depressivas sobre a condição de seu objeto. Ele passa a ter medo de perder o objeto amado bom e, além das ansiedades persecutórias, começa a sentir culpa pela sua agressividade contra o objeto, tendo o ímpeto de repará-lo por amor. A isso se relaciona uma mudança em suas defesas: ele passa a mobilizar as defesas maníacas para aniquilar os perseguidores e lida com a nova experiência de culpa e de desespero. Melanie Klein deu a este grupo específico de relações de objeto, ansiedades e defesas o nome de posição depressiva (O'SHAUGHNESSY in KLEIN, 1996, p. 301-302).

A posição depressiva é o nascedouro da ambivalência afetiva que perdura pela vida afora e que, em situações de luto, afeta diretamente a capacidade de elaboração. A capacidade de estabelecer e preservar vínculos amorosos – apesar da frustração e solidão que lhes são inerentes – está sendo desenvolvida especialmente nessa fase de intensos afetos, sendo exigida a cada nova situação em que um afastamento ou perda se anuncia. Para Klein, a primeira experiência de perda ocorre durante o desmame, quando o afastamento do corpo da mãe é sentido pela criança como a perda de sua principal fonte de “amor, bondade e segurança” (KLEIN, 1996/1940, p. 388), o que, em suas fantasias, é associado aos impulsos hostis dirigidos à mãe (agora percebida como um objeto total, e não mais como pedaços que o bebê consome ou rejeita na justa medida de suas necessidades). Isso significa uma ameaça extrema, já que o sentimento de que a mãe foi perdida significa, também, a perda do objeto bom interno, o que gera, na criança, o medo de sua própria morte (KLEIN, 1991/1963b). Posteriormente, essa experiência é duplamente vivida, agora em relação a pai e mãe, quando a situação edípica recoloca a criança em um contexto afetivo de exclusão e culpabilização. Exatamente porque a criança depende vitalmente dessas figuras, haveria um inconsciente desejo de triunfo. *“Na fantasia da criança, haverá um dia em que ela será forte, alta e adulta, poderosa, rica e potente; o pai e a mãe terão se transformado em crianças indefesas ou, como acontece em outras fantasias, estarão muito velhos, pobres, fracos e rejeitados”*

(KLEIN, 1996/1940, p. 394). O ponto salientado pela autora é que a necessidade de triunfo sobre esses objetos amados (e temidos) impede o trabalho de luto no início da vida na medida em que reativa continuamente sentimentos persecutórios; por consequência, exige do indivíduo a repetida utilização de mecanismos de defesa. Seria assim impedido um “círculo benigno” (1996/1940, p. 394) entre perda, culpa e reparação – no contexto específico do luto adulto, isso significa a própria impossibilidade de elaboração psíquica. Significa, ainda, um empobrecimento das relações afetivas, já que “*lutando contra o caos interior*”, defende a autora, “*muitas pessoas de luto só conseguem restabelecer seus laços com o mundo externo muito lentamente*” (1996/1940, p. 404). “Caos interior” é uma expressão bastante representativa do pensamento kleiniano, pois denota o estado de conflitos em que a mente opera quando a parcialidade dos objetos finalmente cede lugar a figuras integradas, que, exatamente por ganharem cada vez mais valor enquanto pessoas, também adquirem maior poder. Agora há uma figura materna capaz de cuidar e proteger – no entanto, no universo de fantasias da criança, também há uma figura capaz de acusar e abandonar. Por isso, falta, medo e culpa, entram fortemente para esse cenário que a autora caracteriza como um “caos”.

A dificuldade de vivenciar o luto, para Klein, não é derivada originalmente da ambivalência emocional na relação com o objeto perdido (já que essa é uma característica de todas as relações objetais estabelecidas desde o nascimento, particularmente daquelas que envolvem figuras de cuidado). O luto é dificultado (assemelhando-se à neurose obsessivo-compulsiva) especificamente se, ainda enquanto criança, o indivíduo não desenvolveu confiança em que os “objetos bons” estavam assegurados a despeito da hostilidade voltada aos “objetos maus” (o que na terminologia kleiniana significa uma vivência precária da posição depressiva). Para Klein, a elaboração do luto apoia-se sobre a capacidade de confiar na relação com uma figura perdida que foi internalizada de forma ambivalente – isto é, sentir que a morte não é um abandono ou punição por sentimentos hostis. O enlutado não precisa temer uma retaliação e engajar-se repetidamente em mecanismos reparatórios, já que se sente menos onipotente em sua agressividade e necessita menos da idealização de quem morreu (o que é um recurso de alívio temporário, uma vez que a extremada valorização de uma figura de amor a torna mais resistente à hostilidade, mas também aumenta seu poder de culpabilização e retaliação em relação a quem lhe dirige sentimentos negativos). Embora defesas psíquicas sejam mobilizadas especialmente em situações de dor e desespero, é necessário que cedam espaço às atividades de reparação, o que implica ter havido predominância da posição depressiva sobre a posição esquizo-paranóide – em outros termos, a predominância da capacidade de “*lidar com esse terrível veredito da realidade que é a transitoriedade de tudo*”

(CINTRA; FIGUEIREDO, 2004, p. 93), não apenas da presença materna constante, para Klein o primeiro objeto de perda e luto, mas também de outros inúmeros objetos que adquirem valor ao longo do desenvolvimento. Depende desse avanço psíquico a capacidade de criar internamente um espaço ameno para a figura perdida, preservando-a.

Dessa capacidade de ampliar relações objetais, própria da elaboração normal do luto, decorreria um movimento sublimatório, criativo, que para algumas pessoas estimula produções artísticas, literárias, científicas ou, como destaca a autora, as “*tornam mais produtivas de uma maneira diferente: mais capazes de apreciar as coisas e as pessoas, mais tolerantes na sua relação com os outros, elas se tornam mais sábias*” (KLEIN, 1996/1940, p. 403). Sob a ótica psicanalítica, não se detendo aqui a especificidades teóricas próprias de cada modelo, a normalidade do luto está relacionada à capacidade de preservar objetos internos e vincular-se a novos objetos externos. Luto normal não é, portanto, uma resolução simples para situações de perda. Envolve sofrimento, algumas vezes intenso e prolongado. Diante das faltas que a morte instaura, o luto seria a longa trajetória de elaboração em que ligações afetivas são lentamente recompostas. “*No luto, o mundo tornou-se pobre e vazio*” (FREUD, 2006/1917, p. 105) – temporariamente há uma suspensão de interesses e um recolhimento do indivíduo ao próprio Eu enquanto o repetido confronto com a realidade da perda e a retomada de contato com satisfações narcísicas possam ir “*dissolvendo os liames com o objeto aniquilado*” (idem, p. 114). Mas, ao contrário da incapacitante turbulência emocional gerada pelas formas patológicas de luto, permite ao indivíduo um enriquecimento de ligações afetivas.

Para Franco e Mazorra (2007) o conceito psicanalítico de trabalho de luto é bastante inovador na compreensão do enlutamento.

Anteriormente visto, especialmente pelo senso comum, como uma atenuação espontânea e progressiva da dor desencadeada pela perda de um ente querido, é descrito por Freud como um processo elaborativo que depende da atividade do sujeito e pode ser ou não bem-sucedido.

Contudo, alguns autores entendem que a concepção freudiana de luto, embora valiosa por inaugurar um profícuo campo de estudo, inclui-se no conjunto de teorias que equivocadamente supõe a possibilidade de encerramento do luto à medida que novas relações de amor são construídas – para Parkes (2006, p. 3, trad.) um desfecho impossível. “*Poucos cientistas continuam utilizando o ambíguo termo ‘libido’ e o mais recente termo ‘relações objetais’ é demasiadamente impessoal; pessoas não são objetos*”. E segue problematizando:

[...] cada pessoa que amamos tem um valor incalculável. Não podemos medir seu valor tal como fazemos com outros objetos que são substituíveis e utilitários. Essas qualidades – importância vital, exclusividade e persistência – constituem a natureza muito especial das relações de amor.

Não é incomum que, vistos de fora, conceitos psicanalíticos sejam equivocadamente compreendidos. Tomados “ao pé da letra”, são vulneráveis a críticas e refutações. O conceito de “trabalho do luto” é uma dessas expressões que sugerem, a diferentes autores, diferentes processos psíquicos – o que explicaria, pelo menos em parte, as discrepantes conclusões de estudos correlacionais ou experimentais que declaradamente investigaram o “trabalho do luto”, porém, cada qual a partir de uma operacionalização própria do conceito (STROEBE, 1992; STROEBE; BOUT; SCHUT, 1994). Pennebaker e O’Heeron (1984 apud STROEBE, 1992)⁹, por exemplo, encontraram correlação positiva entre melhora da saúde orgânica e trabalho do luto, já que os participantes do estudo que mantinham confidências com outras pessoas a respeito da perda, e que relatavam menos ruminação (pensamentos solitários), demonstraram menor incidência de doenças físicas. Essa é uma interessante evidência sobre o benefício do apoio social em situações de morte, mas, cabe salientar, parece distinta de uma compreensão psicanalítica de trabalho do luto, pois esse não se resume ao hábito de confidenciar-se com outros. Também se trata de uma compreensão muito particular equacionar trabalho do luto à necessidade de pensar ou sonhar a respeito de uma situação dolorosa. Kaminer e Lavie (1988 apud STROEBE, 1992)¹⁰ observaram que sobreviventes do holocausto melhor ajustados à vida cotidiana eram aqueles que relatavam não sonhar com eventos testemunhados durante a guerra, o que, para os autores, sugeria que suprimir experiências traumáticas talvez fosse mais benéfico que “trabalhar sobre” elas – mais uma vez um fato instigante que, no entanto, sustenta conclusões sobre “trabalho do luto” em uma acepção que provavelmente guarda pouca semelhança com seu significado teórico original (será, afinal, útil o escrutínio de conceitos fora do domínio em que fazem sentido, no presente caso, uma apropriação não-psicanalítica da psicanálise, seja para testá-la, seja para criticá-la?).

Embora a diversidade conceitual seja clara no campo do luto – algumas vezes extrapolando para confrontos atordoantes, como brevemente se exemplificou há pouco – uma

⁹ PENNEBAKER, J.; O’HEERON, R. C. Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accident death victims. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 93, p. 473-476, 1984.

¹⁰ KAMINER, H.; LAVIE, P. Holocaust survivors’ coping with bereavement as reflected in sleep and dreaming forty years later. Comunicação apresentada na **International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society**, Londres, Julho 12-15, 1988.

noção compartilhada é que enlutar-se denota um processo de experiências psíquicas não necessariamente regular e positivo. Nos termos de Parkes (1998, p. 23-24):

Parte da dificuldade de colocar o luto entre as categorias de doenças descritas deriva do fato de ele ser um processo e não um estado. Não é um conjunto de sintomas que tem início depois de uma perda e, depois, gradualmente se desvanece. Envolve uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem. [...] o entorpecimento, que é a primeira fase, dá lugar à saudade ou procura pelo outro, e estes dão lugar à desorganização e ao desespero, e é só depois da fase de desorganização que se dá a recuperação. Assim sendo, em qualquer uma das fases a pessoa pode apresentar um dos quatro diferentes aspectos.

Kübler-Ross (2002/1969) – em uma das primeiras sistematizações sobre o enfrentamento da morte por doentes, familiares e profissionais – defendia que perder uma figura afetiva é ameaçador, a ponto do indivíduo agir inicialmente como se pudesse impedir ou reverter os fatos. A “negação” da morte, ou de sua iminência, é o primeiro mecanismo psíquico empregado na proteção contra o sofrimento da perda. Contudo, progressivamente a realidade da morte se impõe com uma tal diversidade de sinais concretos que resta ao indivíduo lamentar-se com toda a sua “raiva” pela injustiça daquela morte. Uma vez que a agressão à realidade é impotente para modificá-la, tende a surgir uma negociação (ou “barganha”) imaginária, na qual se faz algo acreditando ser o suficiente para anular o veredito da morte. Apenas ao final dessa trajetória frustrada ocorreria um enfrentamento mais realístico da perda, sob um estado de “depressão” que pode evoluir para o que a autora entende como “aceitação”. No entanto, essas fases – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação – não são preconizadas como uma sequência linear em que uma supera plenamente a outra rumo a um desligamento total daquilo que a morte atinge. Outros autores somaram novas compreensões à teorização original de Kübler-Ross (2002/1969), mas manteve-se a noção de reações adaptativas que tendemos a vivenciar durante o processo adaptativo de luto, embora não necessariamente em uma sequência padronizada (RANDO, 1993; WORDEN, 2009). Analisando um amplo conjunto de teorias sobre luto, Stroebe, Bout e Schut (1994) destacam que um ponto de convergência é o entendimento de fases, estados ou tarefas enquanto recursos descritivos, não prescritivos.

Uma teoria atual que marca fortemente essa ideia de que o luto seja um processo interminável de adaptação (como contraponto a concepção de que seja uma evolução de um estado de choque até o restabelecimento definitivo da produtividade e bem-estar anteriores à perda) é o “Modelo Dual de Luto”. Proposto por Stroebe e Schut (1999), preconiza que o

enlutado transita entre dois processos – perda e restauração. Segundo os autores, a experiência de luto envolve a repetida transição entre significar a perda e estabelecer novas relações significativas com pessoas, objetos e atividades. Ambos os processos são necessários – por isso a coação social a expressões de sofrimento do enlutado é tão equivocada quanto a complacência com uma vida excessivamente concentrada no objeto perdido. Para Freud, é a libido que transita: o termo utilizado pelo autor para designar o alvo do que denominou “trabalho do luto” é “*bindung*”, palavra alemã que compartilha a mesma raiz da inglesa “*boundary*”, que aqui designa “*limite ou fronteira*” (LAPLANCHE, 2001). Sob luto, a energia libidinal, antes restritamente ligada ao objeto perdido, torna-se disponível para investimento em outras relações objetais – o que não torna irrelevante ou esquecido o objeto ao qual a libido estava originalmente ligada.

Também a partir de uma perspectiva psicanalítica, Fédida (2009) defende que o trabalho do luto envolve a necessidade de garantir a permanência da lembrança, o que compara a um sepultamento interno que, ao circunscrever um espaço de lembrança e celebração do morto, combate a terrível percepção de que restou somente um corpo decompondo-se: “*A obra de sepultura significa que o enterro do morto evita o risco de seu desaparecimento. Trata-se de tornar o esquecimento impossível*” (p. 104). A título de exemplo: Pierre Pachet, autor de *Autobiographie de mon père*¹¹ (*Autobiografia de meu pai*), a partir da experiência de psicanalista e também da vivência pessoal de filho, retorna ao tema do esquecimento, mais precisamente, à impossibilidade psíquica do esquecimento, em um texto que denominou *O apagar de um pai* (2008, p. 19). Embora o pensamento possa ocupar-se de questões práticas da vida e, assim, soterrar ideias carregadas de afetividade, a aproximação ou a concretização da morte cria uma intensa demanda de reintegrar fragmentos de memória forçosamente mantidos fora da consciência.

Quando meu pai morreu, em 1965, eu vivia a milhares de quilômetros dele. Não estive presente em seus últimos momentos, nem em seu funeral. Minha vida me arrastara para longe. Ele também já não era mais que uma lembrança para mim, mesmo eu sabendo que ele vivia em Paris e recebendo regularmente notícias suas (mas, considerando seu estado, estava fora de questão receber uma carta dele ou ouvir sua voz ao telefone). Uma recordação, em outras palavras, uma abstração, um ser em vias de se apagar, ao mesmo tempo que um velho homem que vivia em outro lugar, em estado de infortúnio, vigiado e assistido por minha mãe. Isso não significa,

¹¹ PACHET, P. **Autobiographie de mon père**, nova edição com prefácio de J.-B. Pontalis, Paris, Autrement, 1994/1987.

evidentemente, que eu não tivesse sentimentos intensos por ele. Mas falo aqui somente da questão do esquecimento.

Considerando textos em que o tema do luto é desenvolvido por Freud, torna-se saliente a noção de que a perda definitiva é inaceitável psiquicamente, por isso a ligação com a figura perdida é sempre mantida viva mesmo quando todas as tentativas de negação já cederam à realidade da morte. Em uma correspondência a Sandor Ferenczi escrita logo após o falecimento de Sophie Freud, filha do autor morta subitamente quando esperava o terceiro filho (apenas cinco dias depois da morte do psicanalista Anton von Freund, amigo de Freud acometido por um câncer), Freud confessa: “*A hora eternamente invariável do dever [citação de Schiller, Os Piccolomini] e o doce hábito de viver [citação de Goethe, Egmont] farão com que tudo continue. Mas, bem no fundo do meu ser, detecto o sentimento de uma ofensa narcísica irreparável*” (apud MAJOR; TALAGRAND, 2007, p. 187)¹². Para Freud, o trabalho do luto cria novas possibilidades de ligações afetivas, mas, ao mesmo tempo, preserva tenazmente algum vínculo com a figura amada – trata-se, portanto, de uma conciliação entre a sobrevivência psíquica do sujeito que perdeu e a sobrevivência afetiva do objeto perdido. É provável que, em alguns momentos, a escrita de Freud tenha servido de autoconsolo para o autor diante das perdas sucessivas que sofreu e que, por isso, a ideia de um encerramento do luto apareça esparsamente em alguns textos desse autor, que testemunhou diversas mortes em seu círculo pessoal e, mais extensamente, em uma Europa ameaçada pela I Guerra Mundial e pela invasão nazista precursora da II Guerra. Ao final de um pequeno texto intitulado *Sobre a transitoriedade* (1996/1916, p. 319), por exemplo, ele afirma:

O luto, como sabemos, por mais doloroso que possa ser, chega a um fim espontâneo. [...] É de esperar que isso também seja verdade em relação às perdas causadas pela presente guerra. Quando o luto tiver terminado, verificar-se-á que o alto conceito em que tínhamos as riquezas da civilização nada perdeu com a descoberta de sua fragilidade. Reconstruiremos tudo o que a guerra destruiu, e talvez em terreno mais firme e de forma mais duradoura que antes.

Exceto nessas breves aparições esperançosas, a noção de superação da perda certamente não tem lugar em uma teoria que preconiza a impossibilidade de representação da morte pelo inconsciente, que, sendo regido pelo princípio do prazer, segue incólume às evidências de que a morte – a mais definitiva forma de castração – ao final sempre se impõe. Para a psicanálise freudiana, a ideia de uma morte absoluta (não a morte como falência do

¹² **Correspondance avec Sandor Ferenczi.** Paris: Calmann-Lévy, 2000.

funcionamento biológico, mas a morte como aniquilamento irreversível de todas as dimensões da existência) é estranha ao aparelho psíquico. Por isso a morte, ainda que racionalmente seja admitida inevitável e necessária, tende sempre a assumir um caráter de acidente ou antecipação. Em seu texto *Reflexões para os tempos de guerra e morte*, Freud (1996/1915, p. 300) entende que ocorra um “colapso quando a morte abate alguém que amamos – um progenitor ou um cônjuge, um irmão ou irmã, um filho ou amigo íntimo”. Sob o impacto da perda, prossegue o autor, “nossas esperanças, nossos desejos e nossos prazeres jazem no túmulo com essa pessoa, nada nos consola, nada preenche o vazio deixado pelo ente querido”. A dor de vivenciar uma separação definitiva, somada ao temor de conceber-se a si próprio como morto, criou a necessidade de um meio-termo: admitir a morte como uma espécie de transição para outro tipo de existência, com isso, negando a possibilidade de aniquilamento. Lembra Green (1988, p. 276) que a noção existencialista de *ser-para-a-morte* retrata uma característica intrínseca à vida humana, mas, na dimensão psíquica, seu pleno reconhecimento é intolerável, pois exige uma concessão que violenta o funcionamento da mente.

O homem não pode saber o que é a morte, nem consciente nem inconscientemente. No inconsciente, somente representações de desejos e afetos. Uma pura positividade, cuja função é justamente responder às frustrações que a realidade impõe à realização de nossos anseios, fazendo-nos viver cotidianamente a experiência dessas faltas, grandes ou pequenas, onde a morte é apenas, no fim das contas, a máxima atualização.

Como haveríamos de conscientemente aceitar o próprio fim se nossos impulsos de vida favorecem, mais que a sobrevivência, inúmeras formas de continuarmos sendo lembrados e valorizados? E como aceitar a morte de outros se essas perdas quase sempre confrontam premissas às quais nos agarramos fortemente – por exemplo, a noção de que, para as boas pessoas, a vida sempre será justa e benevolente (PARKES, 1988; BEDER, 2004-05)? Por isso os mecanismos de defesa são acionados de uma infinidade de maneiras quando uma morte é anunciada: precisamos defender-nos da falta de sentido que é própria da morte, o que fantasiosamente é possível quando negamos a inexorabilidade da morte (afastando do convívio ou da consciência o que faz lembrar que a morte se aproxima), ou quando criamos um roteiro triunfante para a morte (a morte como passagem para uma existência livre de sofrimentos, como encontro com pessoas amadas que já morreram, etc.) –, isto é, não suportando abrir mão do senso de segurança duramente construído ao longo da vida, cada

indivíduo reagirá às ameaças da morte empregando os recursos psíquicos que desenvolveu desde as primeiras experiências de separação (CASSORLA, 2009).

Para Melanie Klein, é bastante precoce a defensividade humana à ameaça da morte, seja de si próprio ou do outro. Mesmo quando o conceito do que seja morrer ainda é inalcançável para a mente do bebê, entende a autora que haja uma percepção muito rudimentar de que estamos à mercê da destruição quando a mãe se afasta. Uma vez que as primeiras experiências de separação ocorrem quando o psiquismo começa a ser constituído – portanto, quando os aspectos “bons” e “maus” da realidade não são ainda representados integradamente –, a perda temporária da mãe é vivida como a destruição do objeto que oferece conforto e segurança, o que implica o sentimento de destruição também da parcela introjetada desse bom objeto materno. Ao afastar-se do bebê, a mãe cria, para seu filho, a primeira experiência humana de sentir-se ameaçado de morte pela iminência da morte do outro.

Sempre que a mãe não está presente, ela pode ser sentida pelo bebê como perdida, seja porque está danificada, seja porque se transformou num perseguidor. O sentimento de que ela está perdida é equivalente ao medo de sua morte. Devido à introjeção, a morte da mãe externa significa também a perda do objeto bom interno e isso reforça o medo do bebê de sua própria morte (KLEIN, 1991/1963b, p. 345).

Mazzora (2001) demonstrou em crianças pequenas (no estudo os participantes tinham de 3 a 8 anos) que há um precoce atrelamento entre o medo de perder o genitor e o medo da própria aniquilação. A autora observou fantasias bastante atemorizantes sobre a morte do pai ou da mãe em crianças recentemente enlutadas, por exemplo, que é culpada pela morte, que a morte ocorreu porque o genitor a rejeitou, que é capaz de trazer quem morreu à vida, que o morto voltará para atacar o filho, entre outras. Para a autora, a elaboração desse luto é um processo longo, que depende de recursos emocionais e cognitivos da criança; também depende da atmosfera fantasmática inconsciente que a família constituiu ao redor daquela perda. Esse tipo de observação remete à noção psicanalítica de um “trabalho do luto” que guarda características especiais quando se trata dessa separação temida desde o início da vida emocional: a perda parental.

b) Ninguém é tão adulto – a ameaça da perda parental

[...] ao menos em minhas fantasias eu viveria eternamente como seu filho pequeno, com a consciência de um filho pequeno, tal como nelas ele continuaria vivo não apenas como meu pai, mas como *o* pai, proferindo sentenças sobre tudo que eu faço (ROTH, 2012, p. 191).

Não é fortuito que Freud tenha diversas vezes se utilizado da perda parental para discutir a formação de sintomas neuróticos. Em *Estudos sobre a Histeria* (1996/1893, p. 166), entre os casos que acabaram por constituir o alicerce da psicanálise, Freud apresenta excertos do atendimento da *Srta. Elisabeth von R.* – uma jovem cuja intensa dor na perna é entendida como uma conversão que a defende de mover-se no terreno difícil dos desejos adultos, no qual se vê desamparada após a morte do pai.

A lacuna causada na vida dessa família de quatro mulheres pela morte do pai, seu isolamento social, a interrupção de tantas relações que prometiam trazer-lhe interesse e diversão, a saúde precária da mãe, que então se tornou mais acentuada – tudo isso lançou uma sombra sobre o estado de espírito da paciente; mas, ao mesmo tempo, despertou-lhe um vivo desejo de que sua família logo pudesse encontrar algo para substituir a felicidade perdida, levando-a a concentrar toda a sua afeição e cuidado na mãe que ainda vivia.

Mas, o que poderia “substituir a felicidade perdida” de ter um pai, para quem ela era considerada um filho e um amigo? Que novas configurações afetivas seriam possíveis se, na companhia do pai, nenhuma escolha amorosa era pensável? Que perturbadora sequência de fatos é a perda do pai seguida ao adoecimento da mãe, que, considera Freud, é uma figura de apego exagerado pela paciente histérica exatamente pela necessidade de uma “contrarreação” à intensa rivalidade na disputa pelo pai (FREUD, 1996/1900, p. 286)? Se a morte do pai doente a libertou das inúmeras tarefas de cuidadora e da restritiva condição de filha predileta, também lhe retirou as prerrogativas asseguradoras e reconfortantes dessa condição, lançando-a em um universo de relações angustiantes.

Em diversos textos, Freud atenta para aspectos particulares da relação pais-filhos que tornam a convivência, e também a perda, inescapavelmente uma mistura de sentimentos conflitivos. Ainda que a rivalidade entre crianças e seus genitores possa parecer uma ideia “monstruosa”, o autor defende que “*devemos distinguir entre o que os padrões culturais de*

devoção filial exigem dessa relação e o que a observação cotidiana mostra ser a realidade” (FREUD, 1996/1900, p. 283). Sem considerar essa precoce mistura de amor e ódio, não é possível compreender os sonhos de adultos que retratam a morte dos pais, que, para o autor, frequentemente são impulsionados por hostilidades antigas e recalçadas, apenas despertadas (e não criadas) pelas experiências presentes. Em *Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico* (2006/1911, p. 40, grifo do autor), por exemplo, Freud apresenta o seguinte sonho para ilustrar o papel de conteúdos inconscientes no sentimento de culpa:

Um homem que cuidou do pai durante longa e dolorosa doença terminal conta que, nos meses seguintes à morte deste, sonhou repetidamente que *o pai estava de novo vivo e falava com ele como de costume. No entanto, sentia com extrema dor que o pai já havia falecido, sem ter se dado conta da própria morte.* Nenhum outro caminho leva à compreensão do sonho – que soaria sem sentido – senão o acréscimo, após as palavras “que o pai há havia falecido”, do complemento “conforme seu desejo”, ou “em consequência de seu desejo” e, ainda a estas últimas palavras, o acréscimo de “que era ele, o sonhador, que o desejara”. Assim, a ideia onírica passa a ser: é uma lembrança dolorosa para ele o fato de, quando o pai ainda vivia, ter tido que desejar a morte do pai (como uma redenção), e de como teria sido terrível se o pai tivesse suspeitado disso. Trata-se aqui do conhecido caso de auto-recriminação após a perda de uma pessoa amada, e nesse exemplo a recriminação remete ao significado infantil do desejo da morte do pai.

Longe do domínio da consciência, mas nem por isso inofensivo à dinâmica dos afetos (daí aparecer em sonhos), o desejo da morte do pai é elemento fundamental da ambiguidade que caracteriza a relação pais-filhos. É preciso substituir essa figura inicial de identificação e erotismo para que o desenvolvimento psicosssexual avance. Inclusive no nível da cultura, Freud (1996/1913) teoriza, em *Totem e Tabu*, que foi a eliminação do pai que permitiu aos filhos a superação de uma relação desigual e, com isso, a criação de regras sociais que permitiram a convivência dos membros. As interdições e tabus teriam surgido apenas quando o grupo se viu livre da figura de autoridade que guardava para si todos os direitos. “*Odiavam o pai, que representava um obstáculo tão formidável ao seu anseio de poder e aos desejos sexuais; mas amavam-no e admiravam-no também*” (p. 146) – em meio a essa tensão, teriam sido criados rituais totêmicos em que o corpo do pai era partilhado e ingerido, atestando que algum recurso foi necessário para aplacar a culpa pelo assassinato parricida. Sob efeito desse remorso, instaura-se uma reverência que perdurará pela vida afora: “*O pai morto tornou-se mais forte do que o fora vivo – pois os acontecimentos tomaram o curso que com tanta frequência o vemos tomar nos assuntos humanos ainda hoje*” (p. 146). Aniquilado o pai em

sua opressiva presença, seus valores e poderes sobreviviam incorporados nos filhos que assim eram, ao mesmo tempo, absolvidos e protegidos.

Utilizando a literatura como ilustração da ambígua relação entre pais e filhos, Freud elabora o conceito de “Complexo de Édipo”, porque acredita que todos encarnamos inconscientemente os desejos e impulsos que tornam trágica a história dessa figura mitológica, daí a vigorosa sobrevivência da obra ao longo dos séculos: “*deve haver algo que faz uma voz dentro de nós ficar pronta a reconhecer a força compulsiva do destino de Oedipus*” – “*seu destino comove-nos apenas porque poderia ter sido o nosso*”, afirma Freud (1996/1900, p. 289) sobre essa obra que, juntamente com *Hamlet*, de Shakespeare, e *Os Irmãos Karamazov*, de Dostoievski, aparece em textos freudianos quando o autor defende que o terreno afetivo sobre o qual são construídos e desenvolvidos os laços com os pais é uma ambígua mistura de dependência, amor e rivalidade. Édipo é filho natural dos reis de Tebas, Laio e Jocasta, advertidos pelo oráculo que o menino haveria de matar o pai e desposar a mãe. Aterrorizados, ordenam a um servo que leve a criança para um lugar distante e a deixe morrer ao relento com os pés amarrados (daí seu nome vir a ser *Oedipus*, “pés feridos”). Mas a criança é encontrada por um pastor e levada até os reis de Corinto, Pólibo e Mérope, que a adotam sem nunca contarem ao filho sobre sua chegada à família. Já adulto, Édipo ouve em uma festa um comentário debochado a respeito de sua ilegitimidade e vai ao oráculo para compreender tal revelação, feita por um convidado bêbado. O que ouvirá é exatamente o que Laio e Jocasta ouviram no passado: que seria o assassino do pai e marido da mãe. Para poupar aqueles que supunha serem seus pais, Édipo foge da cidade tentando evitar a terrível profecia, sem saber que com isso a concretizaria. Pela estrada em que caminhava, ocorre um desentendimento com o Laio e seus servos, culminando em um violento confronto que será fatal para o rei e que deixa Jocasta viúva. Seria o novo rei de Tebas aquele que decifrasse o enigma proposto pela esfinge, uma mistura de fera e mulher, que vinha atemorizando a cidade com sua avidez em matar aqueles que tentavam adentrá-la. “Decifra-me ou te devoro”: para o acerto, o casamento com a rainha Jocasta como recompensa; para o erro, a morte como punição. Édipo não é devorado e, com isso, cumpre por completo o destino anunciado: tendo há pouco cometido parricídio, agora cometerá incesto. Muitos anos à frente, já pai de quatro filhos adultos gerados com Jocasta, descobre que ele próprio é o criminoso impune responsável pelas pragas que assolam Tebas, daí rasgar os próprios olhos e, cego, deixar a cidade para nunca mais voltar. A ingenuidade de Édipo não o inocenta, e isso propriamente constitui a tragédia: são exatamente as vivências psíquicas mais inconscientes – portanto mais insubmissas – que determinam nossos atos. Édipo é entendido como um protótipo mitológico

do psiquismo humano, porque denuncia, com suas escolhas, que equivocadamente consideramo-nos reis e rainhas da própria vida, quando, na realidade, estamos à mercê de desejos infantis e persistentes.

Mas não é apenas a rivalidade que caracteriza tais desejos – se há uma ambiguidade central na relação com os pais é porque são figuras de apego e identificação que preservam esses papéis muito depois de encerrada a infância. Defende Freud (1996/1909, p. 219) que “*ao crescer, o indivíduo liberta-se da autoridade dos pais, o que constitui um dos mais necessários, ainda que mais dolorosos, resultados do curso de seu desenvolvimento*”. Embora os anos imprimam na relação pais-filhos um caráter mais realista, de modo que se desfaz a imagem de pais onipotentes e oniscientes, Freud acreditava que nunca conseguimos abrir mão completamente de intensas satisfações registradas na instância do aparelho psíquico que denominou *id* (no alemão: isso ou aquilo) – uma complexa trama de impulsos advindos da história evolutiva da espécie e de vivências recalcadas do indivíduo. Ilustra Laplanche (2001, p. 219) que quando dizemos “aquilo foi mais forte do que eu” ou “isto me veio de repente” estamos fazendo referência a essas forças que constantemente buscam realizar-se e que, por isso, manteriam o indivíduo em um estado de perene gratificação se não fosse o conflito com o *ego* e o *superego*, instâncias que modulam a vazão do *id*. Considerando os primeiros anos de vida, em que precariamente a criança enfrenta um mundo confuso e ameaçador, é nos pais que encontra recursos para significar e dominar cada novo objeto que descobre, incluindo seu próprio corpo e sua individualidade; é também nos pais que geralmente encontra as maiores fontes de aceitação e valorização que experimentará durante seu desenvolvimento. Por isso continuará a recriar essas figuras de cuidado e afeto pela vida afora – o que, para Freud, explica tanto o vigor das religiões monoteístas quanto a sucessão de governantes totalitários. Em textos como *Psicologia de grupo e análise do ego* (1996/1921), *O futuro de uma ilusão* (1996/1927), *O mal-estar na civilização* (1996/1930), *Por que a guerra?* (1996/1933), o autor defende uma visão pouco otimista sobre o que se poderia considerar um amadurecimento social. Estamos condenados a crenças fundamentalistas e a líderes despóticos porque, uns e outros, assumem com vantagem a função protetora exercida pelos pais na infância e, com isso, aliviam a angústia talvez insuportável de uma existência em que nos víssemos à deriva das circunstâncias. “*Quando o indivíduo em crescimento descobre que está destinado a permanecer uma criança para sempre, que nunca poderá viver sem proteção contra estranhos poderes superiores, empresta a esses poderes as características pertencentes à figura do pai [...]*” – afirma Freud (1996/1927, p. 33) em um entendimento da religião

enquanto, fundamentalmente, uma estratégia para reviver a satisfação advinda do cuidado integral por alguém mais forte e mais sábio que nós mesmos.

Pelo menos a partir de uma perspectiva psicanalítica – aqui bastante sintetizada – a noção de maturidade psíquica é cabível somente em termos de uma diferenciação de recursos psíquicos dos quais lançamos mão para lidar com as demandas da vida, o que, lembra Freud (1996/1926, p. 146), nem sempre nos poupa completamente de reviver situações infantis – “[...] *o ser adulto não oferece qualquer proteção absoluta contra um retorno da situação de ansiedade traumática original. Todo indivíduo tem, com toda probabilidade, um limite além do qual seu aparelho mental falha [...]*”. A ideia é que as perdas emocionalmente impactantes na vida adulta reinstalam afetos e fantasias intensamente vivenciados na infância que, talvez, nunca cheguem a desaparecer.

Considerando que a elaboração de perdas – ou trabalho do luto – seja um processo longo e exigente, particularmente quando decorre de uma separação angustiante e temida, como é a morte das figuras parentais, ganham sentido as explorações sobre mobilizações psíquicas em filhos adultos que perdem ou estão à beira de perder um genitor. Ganham sentido, em especial, sob uma escuta compreensiva que os recoloca tão somente na posição de filhos e, com isso, seja sensível a impressões e sentimentos que não estão plenamente amadurecidos, ainda que o indivíduo seja adulto.

1.2.4 Algumas considerações sobre o “luto antecipatório” de filhos adultos

Para mim, minha mãe existira sempre e eu jamais pensara seriamente que a veria desaparecer um dia, bem cedo. O seu fim, tal como o seu nascimento, situava-se num tempo mítico. Quando dizia de mim para mim: “ela está na idade de morrer”, eram palavras vazias, como tantas outras. Pela primeira vez, no entanto, eu percebia nela um cadáver adiado (BEAUVOIR, 1984, p. 20).

Até este ponto defendeu-se que a experiência de perda parental na vida adulta é um objeto necessário de estudos e reflexões fundamentalmente por duas razões: a) a idade cronológica não implica necessariamente um garantido abreviamento do luto e b) para a psicanálise, as rápidas superações sugerem menos uma base amadurecida para enfrentar

perdas e mais uma forma imatura de vinculação com os objetos. Ao lado disso, cabe considerar que cuidar de pai ou mãe acometidos por doença oncológica incurável situa filhos adultos na desafiadora posição de se relacionarem com alguém que lentamente morre sob seus cuidados, o que pode misturar despedidas imaginárias e decisões práticas, ressentimentos e culpas em relação ao doente, apelos sociais a novas vivências e resistência a voltar-se para qualquer outra direção que não seja o adoecimento do genitor. Filhos adultos, geralmente envolvidos com atividades e relacionamentos que pouco a pouco ocupam o tempo antes destinado à convivência familiar, voltam para casa quando há um genitor doente ou, em um sentido menos literal, voltam-se para questões familiares suscitadas pela nova condição que a doença instaurou. É provável que essa experiência, ao recolocar pais e filhos em uma relação extraordinariamente cotidiana e íntima, seja reveladora sobre aspectos prévios do relacionamento e seja também impactante sobre o que sobreviverá, no filho, à perda do genitor.

O processo de agravamento de uma doença, na maioria dos casos, ocupa emocionalmente os familiares durante meses ou anos. Examinando esse aspecto a partir de uma perspectiva psicanalítica, o próprio adoecimento de Freud é um exemplo que irrompe à lembrança. Embora não se saiba exatamente desde qual momento o próprio autor suspeitou que desenvolvera um tumor na cavidade oral, a detecção médica por um especialista ocorreu em 1923, desencadeando uma sequência de cirurgias e radioterapias, às quais se submeteria até que se tornasse insuportável o avanço final da doença, descrito como uma somatória de dor intensa, fragilidade orgânica, limitações para falar e ouvir, além das consequências imagináveis de um tumor tão extenso, invasivo e ulcerado que acabou tornando-se inoperável e, mais que isso, intratável mediante os recursos terapêuticos disponíveis na época. Ao final, sua vida se tornara, como escreveu à Marie Bonaparte, “*uma pequena ilha de dor flutuando num oceano de indiferença*” (EDMUNDSON, 2009, p. 205). Nesse crescente espaço de sofrimento físico e psíquico, é Anna Freud quem figura como a principal cuidadora do pai, destaca Mannoni (1994, p. 181) em uma das diversas biografias de Freud.

Quando, porém, [Freud] teve de fugir da Áustria e procurar refúgio na Inglaterra, acompanhado da filha Anna, de quem não podia prescindir por causa das tantas operações mutilantes; quando aquele que os vienenses deixaram partir como um criminoso se viu acolhido em Londres como um herói, diante desse último e breve sorriso do destino, é impossível que não tenha pensado mais uma vez em Édipo e no santuário de Colono. Se não pensou, é que essa identificação era mesmo a mais profunda.

Essa filha que Freud comparava a Cordélia, filha devotada ao Rei Lear de Shakespeare, e a Antígona, filha que acompanha pelo exílio o Édipo de Sófocles até sua morte em Colono, frequentemente aparece em relatos biográficos no papel de guardiã das ideias e obras do pai, em especial após a morte de Freud, em 1939. Também é apresentada como aquela que diligentemente cuidou do pai, sendo, por exemplo, a única pessoa que ele permitia retirar e recolocar a prótese que usava para separar a boca da cavidade nasal – equipamento apelidado por ambos de “o monstro”. “*Santa Anna [...] a virtuosa solteirona que, no que ela mesma chamou de ‘rendição altruísta’, abre mão de si própria para cuidar de Freud e de seu legado [...]*”, aquela que é “*a boca e a fala do cada vez mais silencioso inventor da cura pela palavra*”, aquela que “*guia o seu enfermo Édipo para longe dos perigos da Viena nazista em direção à segurança da Inglaterra*” – descrevem Appignanesi e Forrester (2010, p. 411) em um estudo biográfico que ratifica a imagem de Anna como principal cuidadora do pai, principalmente nas últimas décadas de vida do autor, culminadas pelo adoecimento que duraria, a partir da cirurgia mais radical, que o obrigou ao uso da prótese, “*16 anos de aflição, tensão e dor*”, tal como disse ao amigo Ernest Jones (EDMUNDSON, 2009, p. 170).

Situações de prolongado agravamento de uma doença, cada vez mais comuns à medida que a medicina avança, remetem ao conceito de “luto antecipatório”, desenvolvido principalmente por Therese Rando a partir das observações de Erich Lindemann (1994/1944) sobre as reações de familiares de militares desaparecidos durante operações de guerra. Para o autor, os familiares demonstravam reações próprias do luto agudo (estresse somático, preocupação com a imagem da figura perdida, culpa pela ocorrência da morte, hostilidade nas relações, inibição dos hábitos sociais, identificação com sofrimentos ou comportamentos do morto) enquanto um movimento adaptativo à morte que – tendo ou não efetivamente ocorrido – permanecia por longo tempo sendo uma ameaçadora possibilidade. Tais reações favoreceriam um desligamento gradual e a construção de novos vínculos, funcionando como uma salvaguarda contra o impacto de uma súbita notícia. Para algumas pessoas, constituiria um trabalho de luto tão intenso que, havendo o retorno do familiar desaparecido em missão militar, esse encontrava uma completa rejeição a sua aproximação, o que demonstraria que psiquicamente o luto pode ser desencadeado pela ameaça da morte. Em *Loss and Anticipatory Grief* (1986, p. 5, trad.), Rando justifica a importância do estudo desse fenômeno no contexto das doenças fatais em progressão:

É amplamente reconhecido que a experiência da doença terminal – aquele período em que o luto antecipatório acontece – tem uma profunda influência

no luto após a morte. À medida que possam ser promovidos durante esse período saudáveis comportamentos, interações e processos, o luto pós-morte do indivíduo pode ser relativamente melhor do que seria se à tal experiência faltassem os benefícios terapêuticos de um apropriado luto antecipatório.

Presenciar o envelhecimento de genitores implica cogitar sua morte. Essa é uma memória que o poeta Vinícius de Moraes (2005, p. 144) compartilha no poema que escreve sobre a morte do pai:

Diante de ti homem não sou, não quero ser. És pai do menino que eu fui.
 Entre minha barba viva e a tua morta, todavia crescendo
 Há um toque irrealizado. No entanto, meu pai
 Quantas vezes ao ver-te dormir na cadeira de balanço de muitas salas
 de muitas casas de muitas ruas
 Não te beijei em meu pensamento! Já então teu sono
 Prenunciava o morto que és, e minha angústia
 Buscava ressuscitar-te.

Mas são pensamentos geralmente eventuais e temporários, sobretudo porque é quase intolerável lidar prolongadamente com a hipótese de uma pessoa amada morrer a qualquer instante. Esse tipo de pensamento doloroso está fortemente presente na experiência denominada “luto antecipatório”, porém aqui há um envolvimento mais constante e complexo com a aproximação da morte de alguém. Rando (1991) salienta que o luto “*demandava muito mais do que meramente experimentar as reações à perda de modo passivo*” (p. 16) – trata-se de uma adaptação a uma diversidade de situações que a perda implica: cuidar do genitor que sobreviverá ao genitor adoecido, compartilhar decisões com irmãos, assumir responsabilidades financeiras e práticas, renunciar a cuidados que até então recebia da figura que adoeceu e, sobretudo, ajustar a própria identidade à nova situação que a doença instaurou. O conceito de luto antecipatório coloca-nos, portanto, diante de um processo de elaboração de múltiplas perdas (RANDO, 1986, p. 12, trad.):

[...] perda de funcionamento, saúde, habilidades e partes do corpo; perda do futuro planejado com e para a figura amada; perda de esperanças, sonhos e expectativas que foram investidos na relação e na pessoa; perda de segurança, previsibilidade e controle; perda do senso de invulnerabilidade pessoal.

A gravidade de uma trajetória de variadas e cumulativas perdas já vinha sendo discutida por Berenzin (1970, 1977), que, com o conceito de “lutos parciais”, enfatizou que há uma sequência de lutos antes que a morte ocorra – uma “*sucessão de pequenas mortes*”

enquanto a debilitação reduz os horizontes”, nos termos de Knott e Wild (1986, p. 58, trad.). Para Berenzin (1970, 1977), a morte seria a última perda após o enfrentamento de inúmeras outras perdas, que, se por um lado situam o filho na realidade da morte próxima, por outro criam um estado de limbo, já que não há a possibilidade de luto pleno enquanto o doente está vivo. Exatamente por constituir um enlutamento progressivo diante de alguém que demanda cuidados, a condição referida como “lutos parciais” seria caracterizada por “*sentimentos de desamparo, culpa, ambivalência, depressão, atitudes irracionais ou hostis e oscilação da esperança*” (KNOTT; WILD, 1986, p. 194, trad.). Boss (1999) defende que são “*perdas ambíguas*” – por isso psiquicamente mobilizantes – as situações em que há “*separação sem despedida*” ou “*despedida sem separação*”. No primeiro caso, situa especialmente os crimes, sequestros, guerras e catástrofes que retiram uma pessoa da convivência familiar sem permitir um ritual de despedida, já que a morte é somente presumida; não havendo, portanto, a materialidade do corpo que comprove a morte e possibilite uma despedida face a face, pode ocorrer apenas uma despedida imaginária, mas, em algum nível, continua vigorando a fantasia de que a figura desaparecida poderá voltar. No segundo caso, estão as doenças incapacitantes que evoluem afetando a memória, o humor, a autonomia, o desejo de conviver – com isso os familiares perdem uma figura de relacionamento, embora essa continue fisicamente presente. Ainda que seja um período de incertezas, sem garantias sobre a reversibilidade das perdas e a eficiência de novos tratamentos, esses familiares precisam “apostar” em alguma forma específica de cuidado (optando, seja por uma intervenção supostamente curativa, seja por uma abordagem paliativa), precisando decidir em lugar do paciente, ou, pelo menos, junto a ele, o que favorece tensões e divergências entre os membros da família (BOSS, 1999).

É trabalhoso o enfrentamento de uma doença crônica na família (daí Rando retomar a expressão psicanalítica “trabalho do luto”), também porque o indivíduo é confrontado com diversas dimensões de perda; algumas imediatas, outras projetadas no futuro, e outras, ainda, emergidas de memórias antigas que já pareciam esquecidas. Por isso, defende a autora, “*o termo ‘luto antecipatório’ é uma designação imprecisa*” (RANDO, 1986, p. 13, trad.):

Em contraste com as implicações do termo *antecipatório*, uma indicação de que apenas uma perda futura é sofrida, no luto antecipatório há perdas em três planos temporais: passado, presente e futuro. Isso significa que o luto experimentado durante a doença terminal do ente amado é efetivamente estimulado pelas perdas que ocorreram no passado, aquelas que estão ocorrendo na atualidade e aquelas que ainda surgirão (RANDO, 1991, p. 95, grifo da autora, trad.).

Não que essa antecipação diminua o luto posterior à morte, pois a ideia de luto antecipatório não se assenta sobre a premissa de que exista uma quantidade fixa de sofrimento cujo escoamento poderia ser iniciado previamente de modo a atenuar sua força ao longo do tempo. O luto antecipatório é entendido como um lidar gradual com a perda, em uma situação de progressão da doença que, se por um lado aumenta as exigências práticas e psíquicas sobre cada membro da família, por outro permite um ajustamento paulatino a um novo estado de coisas. A autora lembra que é exatamente a falta desse tempo de ajustamento que torna traumática a vivência de perdas súbitas – como aquelas decorrentes de infartos, derrames, acidentes, catástrofes, suicídios, crimes, etc. –, o que não significa, no entanto, que nesses casos o luto pós-morte seja maior em intensidade ou duração. A questão fundamental concerne à natureza da experiência psíquica: o que o lento agravamento de uma doença favorece naqueles que acompanham o processo de morrer? Já em 1974, Aldrich defendia que as particularidades do luto antecipatório referem-se a dinâmicas psíquicas inerentes às circunstâncias do adoecimento crônico – dinâmicas essas que, salienta o autor, não necessariamente convertem essa experiência em uma modalidade facilitada e abreviada de sofrer uma perda. Ao contrário, há impasses próprios da perda gradual que tornam o luto antecipatório uma somatória de complexas tarefas psíquicas. Somente quem testemunha a evolução de uma doença fatal pode culposamente desconfiar que sentimentos negativos pelo doente tenham sido nocivos ao bem-estar ou sobrevivência desse. Somente nessa circunstância de melhoras e recaídas pode temer, nas melhoras, que tenha precocemente aceitado a morte; nas recaídas, que a tenha teimosamente negado – o que deixa o cuidador sem saída: a esperança e a desesperança funcionam, cada qual em um momento, como fontes de culpabilização. Ressalta, ainda, Aldrich (1974) que no luto antecipatório pode haver maior mobilização de mecanismos de defesa à medida que a morte se aproxima, o que soma, às perdas inerentes a uma morte, a angústia que impulsiona o emprego de defesas neuróticas.

“O luto deve ser entendido como algo que se distribui num amplo continuum de reações potenciais”, sintetiza Fulton (apud RANDO, 1986, p. xi). A partir dessa perspectiva, a vivência do adoecimento progressivo de pai ou mãe constitui-se de um contingente de perdas, exigências e ajustes bastante subjetivo e individual. Diante da multiplicidade de reações possíveis ao adoecimento progressivo de uma figura de afeto – *“the beginning of the ending”*, como Smith (2003, p. 13) descreveu a fase de cuidados da mãe cada vez mais paralisada e dependente –, cabe perguntar: quais são as vivências apresentadas por filhos adultos de pacientes oncológicos que enfrentam o agravamento da doença? O que tais vivências elucidam sobre o funcionamento psíquico do adulto, particularmente sobre suas

necessidades emocionais e sua capacidade de elaboração? E o que cabe sugerir às instituições de saúde que recebem filhos como acompanhantes de pais severamente doentes? Embora estudos indiquem que essa seja uma perda menos disruptiva que aquelas causadas por mortes precoces, abruptas ou violentas, ou ainda por mortes de cônjuges ou filhos (SANDERS, 1980; POLLOCK, 1994; PARKES, 1998), os estudos acadêmicos e relatos autobiográficos sobre essa experiência apontam para significados e mobilizações que merecem aprofundamento.

1.2.5 Perda do genitor: contribuições da pesquisa qualitativa

Todos calculam – eu o sinto – o grau de intensidade do luto. Mas é impossível (sinais irrisórios, contraditórios) medir quanto alguém está atingido (BARTHES, 2011, p. 10).

A relevância da perda de pais tem sido revista ao longo dos anos principalmente devido a três fenômenos crescentes: a publicação de obras não acadêmicas (autobiográficas e jornalísticas), a realização de estudos acadêmicos e o surgimento de grupos de ajuda¹³ – iniciativas que, em conjunto, converteram essa perda específica em tema de pesquisa na esfera da ciência psicológica ao apoiarem-se no reconhecimento de que filhos adultos podem experimentar vivências internamente mobilizantes quando enfrentam a perda dos pais.

Algumas características de filhos adultos têm sido estudadas em termos da correlação com maior grau de sofrimento posterior à morte do genitor. Afirma-se que a perda de pai ou mãe na vida adulta é uma variável ligada, por exemplo, a depressão, suicídio, consumo de álcool e adoecimento orgânico (UMBERSON; CHEN, 1994). Em uma comparação entre dois grupos de filhos adultos em luto – divididos em função da procura ou dispensa de ajuda psicológica –, Horowitz, Krupnick e Kaltreidwer (1981) identificaram que filhas jovens são mais suscetíveis a solicitar ajuda. Além disso, afirmam os autores, tanto filhas como filhos tendem a demonstrar maior fragilidade se forem solteiros ou descasados.

¹³ Sobre a existência dessa demanda, Parkes (2006) comenta que o maior número de solicitações de atendimento na *Cruse Bereavement Care* – principal instituição inglesa de apoio a pessoas em luto – provêm de filhos adultos, embora a organização tenha sido originalmente criada para o atendimento a viúvas.

Umberson (2003) analisou avaliações de 204 adultos que haviam perdido recentemente pelo menos um dos genitores, identificando algumas relações que caracterizam experiências de filhos adultos em luto. Entre as variáveis estudadas, a autora investiga, por exemplo, a relação entre gênero do filho e suas alterações orgânico-comportamentais. Algumas observações são as que seguem:

- Para filhos e filhas, sintomas de estresse são mais frequentes quando se perde a mãe (e não o pai);
- Filhas apresentam menos sintomas de estresse pela morte do genitor quando este enfrentou adoecimento físico ou mental se comparadas a filhos do sexo masculino. Tal efeito amplifica-se quando a doença e morte acometem o pai, isto é, produz maior alteração sobre filhos que sobre filhas a perda paterna quando houve adoecimento, principalmente se o pai apresentava comportamentos disruptivos (agressividade, distanciamento, consumo de álcool,...);
- Filhas apresentam mais iniciativas de cuidado com o doente e também mais expressão verbal de suas dificuldades ao longo do processo de cuidar;
- Filhos apresentam mais comportamentos de esquiva, tais como abuso de álcool, exercício ou trabalho.

A verificação de correlações como essas é útil tanto ao pesquisador – que em face dessas descobertas pode focalizar suas investigações em questões específicas – como ao profissional que utiliza na prática clínica conhecimentos sobre risco psicológico, seja para dirigir intervenções individuais ou para implantar programas de atendimento. Portanto, propor um estudo qualitativo não se fundamenta em uma oposição à pesquisa quantitativa. Bauer, Gaskell e Allum (2003, p. 27, trad.), descrentes na disputa entre métodos, apontam os prejuízos da “hipertrofia epistemológica” que teria originado “*posicionamentos e contraposicionamentos dentro de um campo competitivo, com mais obscurantismo e jargões que com esclarecimento e, ao final das contas, inúteis quando se trata de saber o que fazer quando se faz pesquisa qualitativa*”. Contudo, reconhecer a legitimidade de ambos os modelos – quantitativo e qualitativo – não implica perder de vista que um possa ser mais adequado que outro a depender do fenômeno que interessa ao pesquisador. Freud reconheceu, já no início de sua obra (1996/1893, p. 183), que o empreendimento a que estava se lançando demandava um tipo de pesquisa distinto daquele que vigorava na medicina:

Nem sempre fui psicoterapeuta. Como outros neuropatologistas, fui preparado para empregar diagnósticos locais e eletroprognósticos, e ainda me causa estranheza que os relatos de casos que escrevo pareçam contos e que, como se poderia dizer, falte-lhes a marca de seriedade da ciência. Tenho de consolar-me com a reflexão de que a natureza do assunto é evidentemente a responsável por isso, e não qualquer preferência minha.

Não havia na época um modelo de pesquisa sistematizado que servisse aos propósitos de Freud, por isso devemos à inventividade e ousadia do autor a criação de uma teoria pioneira sobre o psiquismo. Atualmente, tais “*relatos de pesquisa que parecem contos*” constituem a pesquisa qualitativa, uma proposta amplamente debatida e aplicada. Realizada sob chancela acadêmica, é uma abordagem metodológica já sistematizada e cada vez mais submetida ao escrutínio de praticantes e críticos¹⁴.

Minayo (2010, p. 10, grifo da autora) a define por sua capacidade fundamental: “*incorporar a questão do ‘significado’ e da ‘intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais*”. Devido a essa habilidade para caracterizar uma experiência humana, a pesquisa qualitativa pode indicar importantes questões a serem investigadas em estudos que empreguem amostras numerosas, grupo-controle e estratégias quantitativas de coleta e análise de dados (STROEBE; STROEBE; SCHUT, 2003). Mas também se relacionam em sentido inverso: pesquisas qualitativas são úteis para identificar significados que expliquem correlações traçadas em estudos quantitativos. No referido estudo de Umberson (2003), por exemplo, a autora realizou entrevistas individuais para teorizar sobre as correlações previamente encontradas, nesse segundo momento utilizando como matéria-prima os depoimentos da população sob foco. Como entender, por exemplo, que filhas apresentem menos indicadores de estresse após a morte de pai ou mãe quando comparadas a filhos? A autora entrevistou filhos e filhas que haviam perdido um dos genitores há pelo menos seis meses, colocando lado a lado os diversos relatos com base no gênero do descendente enlutado. Com isso, observou que as filhas tendiam a concentrar seus depoimentos no enfrentamento cotidiano da doença. Provavelmente a função de cuidar, tipicamente exercida por filhas, permitiria uma “preparação” para a morte, já que o contato com a evolução da doença impede a negação da fragilidade do genitor, ao impor, ainda em vida, “lutos parciais” (BERENZIN, 1970) ou “pequenas mortes” (KNOTT; WILD, 1986) à medida que a filha assume tarefas até então desempenhadas por seus pais. Transformar-se em “mãe” dos próprios pais retiraria a mulher da posição de filha e, desse modo, anteciparia a situação que enfrenta após a morte dos genitores.

¹⁴ Turato (2005) comenta que seu artigo *Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*, desde a publicação, em julho de 2005, até aquele momento, ocupava a primeira posição em termos de número de consultas a artigos da *Revista de Saúde Pública*. Esse fato sugere, senão maior aceitação do método qualitativo, pelo menos maior interesse em suas particularidades.

Aqueles dois últimos meses foram realmente difíceis porque ela sofreu demais... Eu estava no limite das minhas forças e não sabia mais o que fazer... Quando ela morreu, eu me sentia culpada por estar aliviada, mas era bom ao mesmo tempo. Eu estava aliviada também por mim porque enfrentei muita pressão. Era um peso na minha cabeça – agora não penso em mais nada (UMBERSON, 2003, p. 28-29, trad.).

Já os filhos seriam surpreendidos pela morte, pois tipicamente oferecem um cuidado à distância (por exemplo, participando de decisões críticas e assumindo parte das despesas) e, com isso, estão em condição favorável à negação. Daí a reincidência de relatos concernentes a arrependimento e culpa: se a morte dos pais é imprevista, sobrevivem os questionamentos sobre o que “poderia ter sido feito”.

Uma imensa culpa por sempre viver tão longe de casa... Uma imensa culpa por viver tão longe dela. As pessoas dizem que eu deveria ter feito isso e aquilo, você sabe... Além disso, a mamãe sempre cuidou de todos nós (idem, p. 29, trad.).

Moss, Rubinstein e Moss (1997) realizaram um estudo sobre a perda do genitor entrevistando filhos e filhas que já haviam perdido o pai ou a mãe. Segundo os autores, usualmente as amostras são constituídas apenas de filhas, o que impossibilita o estudo de eventuais diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da morte do genitor – “o modelo normativo de luto é feminilizado e não representa adequadamente as experiências masculinas. No âmbito do luto, homens geralmente são ‘os outros’” (p. 259, grifo dos autores, trad.). Distintamente da noção comum, sustentada por avaliações quantitativas que indicam em filhos (homens) enlutados mais alterações emocionais e comportamentos de risco, os pesquisadores defendem que mulheres e homens diferem em modos de sofrer. Enquanto as filhas tendem a expressar verbalmente suas impressões e sentimentos referentes à perda, os filhos geralmente demonstram aumento de atividade, autonomia e agressividade. São reações que, arriscadamente, podem ser entendidas como descompromisso, inafetividade ou uma ágil superação da perda. Nessa direção, também Martin e Doka (2000) questionam se homens realmente esquivam-se de viver pessoalmente o luto ou se o fazem principalmente por ações, sem recorrerem à fala.

Os referidos estudos qualitativos não figuram aqui como argumentos a favor de um método em detrimento de outro. Não se trata, portanto, de defender que ingenuidades da quantificação são superadas pelos estudos qualitativos. Contudo, sabidamente a pesquisa quantitativa tem por objetivo verificar hipóteses prévias à coleta de dados. Somente com base na definição da hipótese é possível levar adiante todas as decisões que constituem o

delineamento do estudo, o que circunscreve a descoberta aos limites impostos pela questão experimental. É particularmente no campo da pesquisa qualitativa que se observam sutilezas do fenômeno sob foco, algumas nem cogitadas no início do estudo.

Turato (2008) entende que, no trabalho qualitativo, a busca de detalhes em uma realidade complexa é uma característica fundamental. Como ilustração, cita a lenda *Os três príncipes de Serendip* tal como recontada por Aldous Huxley. Segundo a antiga estória, tais príncipes tinham a capacidade de profetizar a partir de eventos já ocorridos que atentamente haviam observado, apesar de, no instante em que ocorreram, parecerem irrelevantes à maioria das pessoas. Sabiam prever o futuro porque apreendiam o passado em seus detalhes aparentemente triviais e desconexos. Tal capacidade, designada como “serendipidade”, é o que permite ao pesquisador surpreender, a si próprio e ao leitor, com a observação de aspectos e relações que não seriam captados em um estudo rigorosamente focalizado.

Estudar impressões, emoções e memórias no esforço de relacioná-las com experiências humanas coletivas e individuais requer técnicas de coleta, registro e interpretação de dados. Para Guerriero e Dallari (2008, p. 304), a associação entre diversas técnicas é possível exatamente porque há uma intenção ousada no empreendimento qualitativo: recompor uma vivência individual e íntima a partir de fragmentos concedidos pelo participante (depoimentos, escritos, fotografias, gestos,...) até torná-la inteligível enquanto um todo.

A combinação de diversas técnicas, material empírico, perspectivas e observadores, se coerentemente articulados, é uma estratégia que acrescenta rigor e complexidade, além de enriquecer e aprofundar a pesquisa. Isto permite que uma mesma história seja contada a partir de diferentes pontos de vista.

Embora a pesquisa qualitativa seja alicerçada sobre um projeto, é a interação com o campo que permite ao pesquisador enxergar o potencial de técnicas e evidências não imaginadas previamente. O trabalho de seleção de pequenos achados da realidade sob estudo é comparado, originalmente por Lévi-Strauss, à atividade do artesão (*bricoleur*, em francês). Com base na observação do antropólogo – ao mesmo tempo extensa e minuciosa –, a pesquisa qualitativa é entendida como uma bricolagem científica, já que o pesquisador recolhe e conserva observações a partir de conhecimentos teórico-práticos que guiam seu olhar (DENZIN; LINCOLN, 2000; TURATO, 2008).

É importante notar que a sensibilidade a aspectos imprevistos (serendipidade) e a disposição para lidar interpretativamente com uma diversidade de achados (bricolagem)

exigem que o pesquisador utilize a si próprio como instrumento do estudo. Abrir mão da utilização de instrumentos quantitativos – rigorosamente padronizados na estruturação de itens, método de aplicação e cálculo de resultados – em prol da busca de significações e suas origens demanda também abrir mão das salvaguardas que a pesquisa quantitativa oferece. Na pesquisa qualitativa, o instrumento utilizado é apenas um recurso de aproximação: sua aplicação e interpretação ocorrerão fortemente apoiadas sobre as condições pessoais do pesquisador. Não há aqui um “instrumento válido”, como lembra Turato (2008), já que a validade refere-se ao aprimoramento de conclusões a partir da interlocução com o participante (validade interna) e com outros profissionais (validade externa), o que faz da pesquisa qualitativa uma atividade essencialmente dialógica no sentido atribuído por Bauman (1976, p. 106, trad.):

O potencial emancipatório do conhecimento é posto à prova – e na verdade pode ser concretizado – somente a partir do diálogo, quando os objetos das afirmações teóricas se transformam em participantes ativos no processo crescente de autenticação.

Isso retira do instrumento a prerrogativa de gerar resultados e exige do pesquisador constante reflexão sobre aspectos subjetivos que necessariamente entram em cena, da ideia embrionária à versão final do estudo – o que a coloca na contramão da tradição epistemológica que distingue as experiências cotidianas (entendendo-as como fonte de distorção e desconhecimento) das experiências científicas. Para autores como Descartes, Bacon e Popper, a cientificidade é incompatível com a subjetividade, daí defenderem procedimentos de investigação que “neutralizem” a figura do pesquisador. Já no campo qualitativo, embora a pessoa do pesquisador (com seus conhecimentos, experiências, valores e emoções) figure também como variável interveniente, isso não significa ameaça à confiabilidade dos resultados conquanto seja consciente sobre as possibilidades e limites de sua escuta. Segundo Leuzinger-Bohleber e Bürgin (2003, p. 14, trad.), a autocrítica é um desafio inescapável para o pesquisador qualitativo:

A experiência científica não é meramente um aumento quantitativo na experiência cotidiana: é mais precisa, mais completa, mais representativa, e seu nível de contraste é mais alto e repleto de autocrítica referente à necessidade de refletir a possível subjetividade das próprias experiências.

Destaca Minayo (2010, p. 299) que alguns equívocos são comuns quando o entrevistador mergulha em um desconhecido repleto de possibilidades. Por isso tendemos à

“*ilusão da transparência*”, isto é, a aceitar mensagens convencionais de relatos e, com isso, meramente traduzir as falas em sinônimos. Não há propriamente uma interpretação, uma busca de sentidos apenas insinuados nos relatos; há, na verdade, uma sistematização em categorias extraídas daquilo que as falas têm de mais explícito. Sob a mesma necessidade de garantir que estamos compreendendo os dados seguramente, tendemos a “*sucumbir à magia dos métodos e das técnicas*”, privilegiando o rigor metodológico e deixando de lado a tarefa interpretativa do estudo que, refreada, perde seu potencial de explicitar significados e intencionalidades. Para a autora, há uma tarefa compreensiva inescapável, já que os dados brutos pouco dizem por si e, portanto, demandam alguma ousadia interpretativa para que a pesquisa forneça efetivamente uma contribuição propositiva. Lembra Herrmann (1979, p. 26) que: “*como na música, os sentidos possíveis do discurso têm uma existência apenas potencial, até que sejam interpretados*”.

Reitera Turato (2006, p. 180, grifo do autor) que nenhuma pesquisa científica visa meramente à descrição de fatos. A pesquisa qualitativa, como tantas outras propostas, seja nas ciências naturais ou humanas, visa apoiar-se em achados para expandir o modelo teórico do qual partiu. Como gerar significados contextualizados a partir de observações e depoimentos é uma das questões fundamentais que acompanham o pesquisador qualitativo em seus estudos.

Não é o observado imediato que traz o corte da novidade, mas sim o *imaginado pela criatividade* da mente humana. Por exemplo, na Psicanálise, não é o dito, mas é o *não-dito* (o qual se “cola” no primeiro) que traz as verdades do sujeito. Assim, disciplinas científicas são academicamente reconhecidas na medida em que buscam e apresentam uma *ordem invisível* – frequentemente o avesso do imediato apreendido.

Daí o autor afirmar que os estudos nessa seara encontram forte respaldo na psicanálise, já que uma investigação gerada na relação entre pesquisador e pesquisado necessita de recursos conceituais capazes de elucidar, na trama de aspectos ditos e não-ditos pelo participante, aqueles que demandam atenção porque revelam algo sobre o fenômeno em estudo. Nos termos de Herrmann (1979, p. 109), a fala do entrevistado ou paciente interessa exatamente por aquilo que “*sai fora do campo consensual*” e que, com isso, exige do ouvinte um exercício investigativo para que seja compreendida. Desse ponto de vista, os dados da pesquisa são gerados em referência ao campo relacional específico configurado entre pesquisador e pesquisado. Se esse campo pode ser entendido em alusão ao que ocorre no *setting* analítico, isto é, como um conjunto muito particular de transferências e contratransferências (ideia essa defendida por Turato, 2008), depende fundamentalmente do

emprego desses termos. Frente aos propósitos do texto presente, o que parece mais profícuo é abrir mão dessa controvérsia teórica e destacar como uma característica fundamental da pesquisa qualitativa a análise contextualizada dos relatos que os participantes apresentam em entrevistas.

Sobre a parceria entre pesquisa qualitativa e psicanálise são necessárias algumas considerações. Embora possível, é no mínimo desafiador conciliar a demanda restritiva da ciência (que torna um estudo metodologicamente viável) e uma proposta clínica tão avessa aos limites temporais e temáticos inerentes à pesquisa.

1.2.6 O método clínico-qualitativo e a escuta psicanalítica

Uma questão bastante debatida atualmente é se há compatibilidade entre psicanálise e pesquisa – não propriamente se “teoria psicanalítica”, “atendimento analítico” ou “fazer do psicanalista” possam ser objetos de estudos científicos. O debate repensa a psicanálise enquanto perspectiva de investigação: como compreender psicanaliticamente fenômenos altamente complexos quando a ciência exige tantas delimitações para que seja factível? No entendimento de Mezan (2005):

A expressão “pesquisa em psicanálise” suscita de imediato uma certa perplexidade. Trata-se de uma disciplina que, em seus quase cem anos de existência, acumulou uma quantidade considerável de conhecimentos sobre seu objeto, o inconsciente: obviamente, esses conhecimentos foram obtidos através de algum tipo de pesquisa. Por outro lado, a ideia de um “pesquisador em psicanálise” que se munisse de um elenco de problemas e procurasse resolvê-los por meio do que é geralmente admitido como pesquisa científica – observações, controles, previsões, etc. – soa algo ridícula, e com boas razões provocaria hilaridade nos que possuem alguma noção do que é a psicanálise. Estamos, assim, diante de um paradoxo [...].

Mas, afinal, estamos diante de um paradoxo quando cogitamos uma “pesquisa em psicanálise” ou quando tentamos hoje conciliar a psicanálise a um tipo de pesquisa que ela nunca sustentou? Haverá uma impossibilidade fundamental na investigação de aspectos do funcionamento psíquico a partir de conceitos psicanalíticos – embora fora do *setting* clínico em que o psicanalista atua –, ou a impossibilidade está em usar tais conceitos fora do campo epistemológico que define a psicanálise desde seus primórdios? “Controles e previsões”

certamente não são tarefas às quais se presta a psicanálise, tal como aponta o autor, mas essas tarefas são realmente fundamentais em qualquer pesquisa acadêmica?

Defende Wallerstein (2001) que é preciso distinguir os modos possíveis de conhecer no contexto da clínica psicanalítica: a investigação e a pesquisa (no original, respectivamente, “*search*” e “*research*”). A investigação seria uma atividade intrínseca à psicanálise, uma busca constante de entendimento sobre a vida psíquica humana em seus inúmeros aspectos individuais e coletivos, enquanto a pesquisa geraria conhecimento a partir de um recorte preciso e restritivo. Nos escritos originários da psicanálise, essa distinção não aparece – o que, para Green (2003), se deve ao fato da obra freudiana ser inteiramente uma longa pesquisa sobre processos psíquicos até então não estudados. Para o autor, trata-se de um empreendimento de tal forma pioneiro que não poderia apoiar-se sobre conceitos e métodos externos ao próprio campo que estava construindo. Freud sabia que espalhava uma “peste” ao defender ideias que confrontavam tanto o senso comum como a ciência médica da época¹⁵. Sabia, portanto, que o sistema teórico que criara em uma longa trajetória de investigações e interlocuções continuaria sendo insuficiente e provisório – em *Esboço de Psicanálise*, uma síntese da teoria já em sua fase madura, Freud (1996/1940, p. 157) afirmou que não pretendia “*compelir à crença ou despertar convicção*”. Acompanhar os escritos freudianos ao longo da obra é vivenciar um processo intenso de registros, hipóteses e descobertas, em um movimento de ir e vir em que conclusões anteriores são constantemente revisitadas e reeditadas. Para Freud, esse movimento não denunciava uma fragilidade da teoria – ao contrário, era evidência de seu vigor. “*O avanço do conhecimento não tolera qualquer rigidez de definições*”, afirma em *Os instintos e suas vicissitudes* (1996/1915, p. 123). Com isso, o autor fundou uma teoria psicológica e uma terapêutica clínica que hoje são objetos de pesquisa, também deixando como herança um novo paradigma sobre as possibilidades (e os limites) da produção de conhecimento sobre o outro.

Herrmann (2003) problematiza algumas concepções equivocadas sobre a pesquisa em psicanálise. Há quem defenda que a intuição clínica é a marca da atuação psicanalítica e, por isso, qualquer julgamento objetivo seria descabido e empobrecedor. Opostamente, defende-se que a clínica é um campo tão complexo que apenas com pesquisas quantitativas os processos sob estudo seriam confiavelmente elucidados. Ambas as posições estariam alicerçadas em uma mesma “*nostalgia da ciência natural*” (p. 53), já que fazem um equacionamento entre

¹⁵ É conhecido através do texto de Lacan (1998/1955, p. 404) o que Freud teria dito a Jung quando os dois avistaram os Estados Unidos a partir do navio que os conduzia para uma série de conferências no país: “*Eles não sabem que lhes estamos trazendo a peste*”.

pesquisa e quantificação, com isso descartando outros modos de estudo científico do psiquismo. Além disso, os defensores obstinados da clínica como única atividade legítima do psicanalista entendem que aspectos inconscientes somente podem ser captados no ambiente típico da sessão analítica, equívoco a que Herrmann (2003) refere-se como “*fetichismo da técnica*” (p. 52) – entendendo que é possível realizar estudos alinhados com a psicanálise, inclusive sem as exigências próprias do contrato analítico.

Contudo, inegavelmente a clínica foi o nascedouro da teoria psicanalítica, um contexto privilegiado para a observação prolongada da dinâmica dos processos psíquicos. Por isso é compreensível a defesa veemente de Lowenkron (2003): uma pesquisa é psicanalítica conquanto se apoie sobre três premissas fundamentais da teoria: o inconsciente, a resistência e a transferência. O problema aqui não é propriamente concordar com o autor, mas é compreender como tais fenômenos, constituintes da relação analítica, existem nesse outro *habitat* de processos psíquicos que é a relação pesquisador-pesquisado. Como, por exemplo, inferir conteúdos inconscientes na fala do entrevistado se o contato é efêmero, geralmente restrito a um ou dois encontros? Isto é, como interpretar o que é dito à luz do contexto histórico daquele indivíduo se pouco sabemos das experiências particulares que constituem sua vida emocional? Como sugerir que houve resistência se não acompanharmos demoradamente o movimento de mostrar-e-esconder do inconsciente? Como cogitar transferência em uma relação em que o entrevistador está claramente definido como tal, não sendo, portanto, um anteparo receptivo a projeções do interlocutor? Como estimular a livre associação de ideias se o entrevistado sabe que o tempo da relação é escasso e o interesse do pesquisador é específico?

Uma possível “saída” para tais impasses é a distinção entre atividade e atitude, defendida por Turato (2008, p. 242, grifo nosso) quando o autor considera que a pesquisa clínico-qualitativa é construída:

[...] a partir das **atitudes existencialista, clínica e psicanalítica**, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá a ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos em estudo [...].

Não se trata, no entanto, de uma “saída” facilitadora. O pesquisador está em uma condição ainda mais restritiva que o psicoterapeuta, já que não tem a seu favor a prolongada convivência que caracteriza um processo analítico. A partir de depoimentos tão focalizados e abreviados – como geralmente são os dados coletados para pesquisas acadêmicas –, o campo

de interpretações reduz-se às questões centrais do estudo, não podendo lançar-se a conteúdos inesperados e interpretações complexas tal como a clínica permite, especialmente levando-se em conta que a clínica psicanalítica atualmente propõe-se à investigação daquilo que está “além da representação”, ou seja, além daquilo que o indivíduo pode verbalizar sobre si próprio. Para Botella e Botella (2002, p. 21), a principal tarefa psicanalítica emergente no século XXI é precisamente o estudo do irrepresentável.

Graças a uma regressão formal do pensamento, num apagamento do representacional, o psiquismo do analista abre-se ao alucinatório e atinge, assim, zonas do psiquismo do analisado inatingíveis de outro modo: a dos traumas que não puderam ser representados.

Somado a isso, em uma relação com início e fim previstos desde o primeiro contato (que, dependendo da pesquisa, pode ser o único contato), a “*acolhida das angústias*” e a “*aproximação de quem dá a ajuda*” limitam-se aos cuidados éticos e à escuta sensível, mas não visam à elaboração de conteúdos que geram sofrimentos. Também pela brevidade da relação, há maior cautela em indicar “*aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados*”, já que esses são evidenciados pela repetição ao longo dos muitos encontros que constituem uma psicoterapia. A prática clínica do analista quase que imediatamente nos remete a um profissional que escuta a fala do outro em busca de significados que escapam ao próprio sujeito. Um dos pilares do pensamento freudiano é a ideia de que, enquanto o paciente seja incapaz de recordar uma vivência – não porque tenha ocorrido em idade muito precoce ou porque tenha sido desprovida de maior significado emocional –, essa vivência recalcada no inconsciente será reatualizada por meio da repetição. Sem a mediação das palavras, uma vivência retorna como ato sintomático e, nesse terreno escorregadio, não avança para o processo de elaboração (FREUD, 1996/1914a). Porém, esse desafio é enfrentado pelo analista ao longo de uma prolongada relação com o paciente – lembra Freud (1996/1914a, p. 169) que “*o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência*”. Tal manejo necessariamente exige tempo. Essa é uma advertência clínica que o autor enfatizou em diversos trabalhos. Em *Psicanálise “silvestre”* (1996/1910a, p. 237), por exemplo, ele afirma que:

A intervenção, portanto, requer de maneira absoluta um período bastante longo de contato com o paciente. As tentativas de surpreendê-lo na primeira consulta, inopinadamente lhe contando os segredos que foram descobertos pelo médico, são tecnicamente inadmissíveis.

Para a psicanálise, a fala é a principal via de expressão de conteúdos inconscientes que aparecem cifrados, por ação da repressão, sendo passíveis de decodificação somente ao longo do processo clínico de análise, daí a necessidade do analista identificar representações que não estão propriamente na gramática oficial – em que os significados são convencionados, impessoais –, mas sim nessa espécie de “dicionário pessoal” do paciente, que é conhecido pelo analista à medida que lhe são relatados acontecimentos, ideias, afetos e sonhos. Em *Recordar, repetir e elaborar* (FREUD, 1996/1914a, p. 193), mais uma vez o autor sublinha as características do trabalho analítico, defendendo que se trata de um processo transformador em que experiências emocionais são inseridas em uma rede de associações, particularmente aquelas emoções que o paciente resiste a admitir conscientemente:

Finalmente, desenvolveu-se a técnica sistemática hoje utilizada, na qual o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou um problema específicos. Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem e torná-las conscientes ao paciente.

Mas, como atender a esses requisitos clínicos contando com poucas entrevistas – algumas vezes reduzidas a somente uma? Como “*estudar tudo o que se ache presente*”, “*empregar a arte da interpretação*”, “*identificar as resistências e torná-las conscientes*” em um tempo abreviado e previamente limitado? Sob o risco de aplicar à pesquisa uma psicanálise “silvestre” (ou “selvagem”), cabe considerar que formular interpretações seria tecnicamente inviável e, com isso, seria eticamente inadequado, pois em uma convivência reduzida não é possível validar as interpretações usando como referência o que ocorre na sala de análise ao longo das sessões (já que essas não ocorrem). Além da limitação epistêmica inerente à pesquisa (referente ao tipo de conhecimento que um estudo acadêmico pode gerar), também o compromisso com o outro é circunscrito pela brevidade de uma interação que consegue, no máximo, estabelecer um contexto propício para entrevistas reveladoras (ao pesquisador) e confortáveis (ao participante), abrindo-se mão de transformações pessoais, que somente a prolongada relação analista-paciente pode gerar para ambos os membros da dupla.

Fora dos limites da clínica – essa um terreno fecundo para a interpretação de associações livres, conteúdos inconscientes, áreas de irrepresentabilidade, mecanismos de defesa e vivências transferenciais –, a psicanálise tem principalmente duas funções: a) pautar as escolhas temáticas, metodológicas e compreensivas do pesquisador e b) sustentar uma posição observadora diante de movimentos do participante que são narrados ao longo das

entrevistas, ou vividos na interação com o pesquisador. Desse ponto de vista, embora pesquisar e psicanalisar sejam atividades distintas, ambas são orientadas pelas mesmas concepções sobre a vida mental e como se apresenta (ou se escamoteia) à nossa observação. Para Figueiredo e Minerbo (2006), são igualmente legítimas as contribuições teóricas que a clínica e a pesquisa podem oferecer, contanto que se evite a confusão entre o conhecimento gerado na relação analítica e o conhecimento decorrente da pesquisa, talvez uma ideia que sumariza o princípio aqui defendido de que a atitude psicanalítica do pesquisador é um aproveitamento da psicanálise – e jamais uma aplicação direta dos princípios derivados da prática clínica.

[...] em termos de pesquisa psicanalítica, convém que o investigador não pretenda mais do que sua investigação permite. Quando investiga na clínica, suas conclusões valem para a clínica. Quando investiga um fragmento da realidade, suas conclusões valem para o fragmento estudado. E isto já é o bastante para tornar a atividade de pesquisa em psicanálise perfeitamente respeitável.

1.3 Pressupostos e Objetivos

A Introdução até aqui desenvolvida reúne alguns supostos que explicam o interesse em investigar vivências emocionais de filhos adultos que participam do adoecimento de um de seus genitores. Se é cabível afirmar que: **1) devido à constante evolução dos recursos médicos, o câncer progressivo (sem prognóstico de remissão) atualmente expõe a família a uma situação psicologicamente desafiadora, já que o avanço implica sintomas, perdas e limitações que se acumulam ao longo de meses ou anos enquanto são realizados sucessivos exames de monitoramento e tratamentos paliativos; 2) pesquisas e biografias sugerem que filhos adultos reajam ao adoecimento de genitores de maneiras mais complexas e intensas do que geralmente se supõe, o que aumenta a demanda por estudos sobre essa temática e também a necessidade de atenção a essa população; 3) a simplificação (ou trivialização) desse luto contrapõe-se ao que a psicanálise historicamente tem defendido, inclusive difundindo para outros campos do conhecimento, sobre processos de luto e amadurecimento psíquico, além de contrapor-se ao que vem sendo amplamente pesquisado (fora do âmbito da psicanálise) enquanto “luto antecipatório”, então pode ser justificável um estudo de abordagem qualitativa que,**

como tal, vise a um aprimoramento na compreensão (ainda insipiente no Brasil) sobre os sentidos da perda parental para quem a vivencia nas circunstâncias impostas pelo câncer. Usar a psicanálise como base teórica para a compreensão dos dados foi uma decisão menos pautada pelas características epistêmico-conceituais dessa teoria e mais pela indissociabilidade entre a análise de dados em um estudo qualitativo e o lugar teórico de onde o pesquisador consegue elaborar indagações e suposições, planejar e realizar uma busca de dados e, diante dos resultados gerados, produzir novos conhecimentos e novas questões. É a partir dessas preocupações e sob a perspectiva da psicanálise aplicada à pesquisa que o presente estudo visou fundamentalmente **compreender as vivências psíquicas relativas à perda de pai ou mãe quando se é adulto e discutir a relação entre as vivências encontradas e conceitos teóricos recorrentes na literatura científica sobre perda parental, particularmente os atuais entendimentos sobre “luto antecipatório” e “orfandade adulta”**.

MÉTODO

2 MÉTODO

2.1 Definição e delimitação da amostra

Ao longo do ano de 2010, foram entrevistados cinco participantes, pessoalmente convidados a participarem da pesquisa, em um momento inicial, que interessava **aumentar o contato (ou aculturação) com a problemática sob estudo**, e, com isso, reavaliar o procedimento de coleta de dados antes que fosse utilizado com os participantes que posteriormente integrassem o estudo a partir do cartaz-convite a ser disponibilizado em salas de espera da clínica (Apêndice A). Todos os participantes do estudo nessa fase inicial (pesquisa-piloto) receberam uma carta-convite (cópia reduzida do cartaz-convite) e uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que avaliassem se desejavam participar da pesquisa, sendo orientados a contatar a pesquisadora por telefone ou *e-mail* caso decidissem pela participação (Apêndices A e B).

Quando as entrevistas ocorridas nessa fase já tinham sido transcritas e preliminarmente analisadas, permitindo a observação de que na maioria dos casos o número de entrevistas fora excessivo, iniciou-se uma fase de ampliação dos participantes, a partir desse momento voluntariados a serem inseridos no estudo. Para isso, foram convidados a participar indivíduos que acompanhavam pai ou mãe em consulta ou procedimento no “RADIUM – Instituto de Oncologia de Campinas”, clínica especializada no atendimento de indivíduos adultos acometidos por doença oncológica¹⁶. O cartaz-convite foi disponibilizado nas salas de espera (de fevereiro a abril de 2011) informando sobre a oportunidade de participar de pesquisa acerca da experiência de filhos adultos de pacientes oncológicos. Nesse convite foi explicitado que a pesquisa consistiria de entrevistas individuais com adultos, realizadas por psicóloga-pesquisadora, na própria instituição, não havendo custo ou remuneração, bastando que o interessado entrasse em contato com a profissional responsável por telefone ou *e-mail* (Apêndice A). A retirada desse cartaz ocorreu quando se decidiu que eram suficientes os entrevistados já inseridos no estudo, de modo que manter esse convite

¹⁶ A autorização da instituição foi apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP como parte dos requisitos para a aprovação do projeto (Anexo A).

exposto somente criaria uma expectativa frustrada em pessoas que viessem a contatar a pesquisadora após o encerramento do número de entrevistados.

Utilizou-se um convite público por duas razões: para **identificar se havia uma demanda espontânea** (hipótese insinuada em pesquisas e biografias citadas na Introdução) suficiente para rapidamente gerar interesse em filhos adultos que, da sala de espera, lessem o cartaz-convite e também para **evitar que participantes aceitassem ser entrevistados porque o convite provinha de um profissional da instituição em que o genitor era atendido**. Embora os participantes do estudo-piloto tenham imediatamente aceitado o convite para serem entrevistados, sob a preocupação de que houvesse em suas motivações o desconforto de recusar, optou-se, nesse segundo momento, por uma estratégia que inserisse participantes claramente desejosos dessa participação, isto é, indivíduos que contatassem a pesquisadora sem intermédio ou conhecimento de qualquer profissional da equipe envolvida com o tratamento oncológico do genitor. Por isso, os indivíduos que contataram a pesquisadora foram atendidos pessoalmente por essa, na instituição, em encontro agendado, até que as entrevistas que vinham sendo realizadas se mostrassem suficientes de acordo com os propósitos e prazos do estudo.

No primeiro contato com cada indivíduo que respondeu ao convite foram explorados basicamente os seguintes aspectos¹⁷:

- **Por que se interessou em participar do estudo;**
- **Se esse filho já recebia algum tipo de atendimento psicológico ou psiquiátrico e, em caso afirmativo, por qual razão;**
- **Qual o alvo do tratamento oncológico que o genitor estava recebendo (tumor localizado inicial / tumor localmente avançado / tumor localizado com linfonodos positivos / tumor metastático);**
- **Como esse filho entendia o prognóstico da doença do genitor**

Nessa entrevista preliminar estava prevista a exclusão de indivíduos que solicitassem atendimento psicológico, já que os objetivos e procedimentos de um estudo não atendem à

¹⁷ As “Questões da entrevista preliminar” constam no Apêndice C.

necessidade de psicoterapia. Estava também proposto como critério de exclusão o participante apresentar, na entrevista preliminar, indicadores de transtorno psiquiátrico ou deficiência mental. Tal restrição deve-se ao objetivo de agrupar indivíduos capazes de oferecer o maior número de informações sobre o fenômeno investigado, compondo o que se denomina **amostra intencional** ou **amostra não probabilística** (TURATO, 2008; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Nesse tipo de amostragem, os participantes são propositalmente convidados, com base em atributos definidos como essenciais para o estudo, independentemente de sua representatividade numérica dentro da população que possui tais atributos.

Seriam igualmente excluídos os entrevistados que descrevessem o alvo do tratamento como um tumor sem indicadores de gravidade. Uma vez que o objetivo do estudo foi compreender experiências de perda, decidiu-se priorizar indivíduos que acompanhavam pai ou mãe com doença em progressão e isso geralmente está ocorrendo quando a doença iniciou-se em um órgão para o qual os tratamentos atuais produzem baixo índice de sobrevida, quando é localmente avançada, quando há linfonodos positivos, ou quando há metástases (AJCC, 2010). Embora se recomende que o prognóstico médico envolva outras características do tumor – por exemplo, o tipo exato de células que compõem o tumor primário (AJCC, 2010) –, além de condições orgânicas gerais do paciente e condições socioeconômico-ambientais em que vive (GOSPODAROWICZ; O’SULLIVAN; KOH, 2006), escaparia aos objetivos do presente trabalho uma avaliação prognóstica de alta complexidade. Exatamente pelo interesse em vivências subjetivas, o *status* da doença não foi verificado com o médico responsável pelo caso, bastando que o relato do filho incluísse pelo menos um (1) indicador de gravidade e que, somado a isso, o prognóstico fosse entendido por esse filho como incerto ou desfavorável. Um indicador objetivo de gravidade junto à percepção do filho de que a doença estava fora da possibilidade de cura (remissão total) suficientemente tornou-o um potencial entrevistado, já que nessa situação a perda está impondo-se de tal modo que qualquer recurso de negação possivelmente utilizado já cedeu à realidade. Daí a opção por, em vez de solicitar ao médico oncologista que indicasse ou convidasse filhos de pacientes com doença em progressão, **disponibilizar um convite (em formato de cartaz) que trouxesse a uma entrevista preliminar** filhos que acompanhavam pai ou mãe com doença oncológica e, dentre esses, **convidar para prosseguirem no estudo aqueles que indicassem a condição de gravidade / progressão.**

Não havendo como garantir a confidencialidade das informações caso mais de um filho fosse ouvido, já que ao participar do estudo o participante tem condições de acessar o

texto final (onde um filho poderia facilmente identificar afirmações fornecidas pelo outro filho que lá estivessem apresentadas e discutidas), **apenas um filho do mesmo genitor foi participante da pesquisa.**

Embora a amostra tenha sido variada em diversos aspectos, houve respeito ao que se denomina **critério de homogeneidade fundamental** (TURATO, 2008; FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008): todos os participantes que compuseram a amostra deveriam compartilhar os atributos previamente definidos. No âmbito da presente pesquisa, os participantes eram necessariamente:

- **Filhos adultos** (*de ambos os sexos, naturais ou adotivos, com idade a partir de 20 anos*) **de genitor** (*pai ou mãe*) **sob tratamento oncológico de doença em progressão** (*detectada em órgão onde o tumor raramente é curável, localmente avançada, com presença de linfonodos positivos ou com presença de metástases*)

As questões I, II, III e IV que constituem o breve roteiro “Questões da entrevista preliminar” (Apêndice C) são aquelas que investigaram se o possível participante atendia aos critérios de inclusão, daí terem sido apresentadas no primeiro contato. Caso não atendesse a esses critérios, a razão para a não-realização de outras entrevistas seria esclarecida e o indivíduo seria informado de que sua breve participação já contribuiria, pois fornecera ao estudo dados sobre motivos pessoais de filhos adultos que acompanham pais em tratamento oncológico para buscarem uma oportunidade de escuta (ainda que sabidamente fosse uma pesquisa e não um atendimento psicológico).

Decidiu-se por não escolher participantes com base no gênero do filho ou do genitor, embora haja pesquisas que tenham investigado as especificidades do luto quando se perde o pai, quando se perde a mãe, quando é o filho quem perde ou quando é a filha (BORGES, 2003; DOKA; MARTIN, 2010; MOSS; RUBINSTEIN; MOSS, 1997). Também não foi critério de inclusão a situação de perda parental referir-se ao único genitor vivo, embora alguns estudos considerem que uma situação de “orfandade adulta” instaura-se somente quando ocorre a segunda perda parental e, então, o filho ou filha depara-se com a ausência total das primordiais figuras de cuidado, o que Bartocci (2000) metaforizou como “*nobody’s child anymore*” (nunca mais filho de alguém) em seu relato autobiográfico publicado sob esse título. A escassez de produção brasileira sobre o luto antecipatório de filhos adultos pareceu justificar um **estudo de teor mais exploratório e, portanto, mais inclusivo.**

O número exato de participantes foi definido em campo, à medida que as entrevistas ocorreram, uma vez que no delineamento proposto busca-se delimitar a amostra utilizando-se, em vez do critério estatístico de representatividade (adequado a pesquisas quantitativas), um **critério de suficiência** das categorias temáticas definidas ao longo da análise. Dessa perspectiva, entende-se que há um ponto da coleta de dados (número de entrevistados e número de entrevistas) em que, frente aos objetivos e prazos próprios do estudo, as **categorias temáticas já definidas são suficientes para a categorização das entrevistas e para a compreensão de vivências comuns/compartilhadas**, priorizando-se, tal como salienta Morse (1995), a variação de categorias em vez da quantidade de repetições no interior de cada categoria temática. Não se trata de exaurir um campo de estudo, tarefa não apenas audaciosa, mas impossível ao cientista. O objetivo factível é reunir aspectos do fenômeno sob investigação de modo que permitam um acréscimo a compreensões teóricas já existentes, reconhecendo que ambas as dimensões da coleta dos dados – o número de entrevistados e o número de entrevistas – poderiam ser ampliadas caso surgisse a necessidade de explorar temas identificados ou expandir o campo estudado, duas tarefas defendidas por Morse et al. (2002, p. 16, trad.):

Voltar a entrevistar participantes-chave uma segunda ou terceira vez objetiva produzir dados que aumentem a profundidade ou preençam lacunas nas análises emergentes, enquanto que entrevistar participantes adicionais cumpre a função de aumentar o escopo, a adequação e a pertinência dos dados.

Além dos quatro participantes inicialmente entrevistados, foram ouvidos outros seis, esses na condição de voluntários que procuraram a pesquisadora após lerem o cartaz-convite. Interromper a coleta de dados nesse ponto, quando as entrevistas de oito participantes (já que, dos dez, dois foram omitidos) haviam sido realizadas e transcritas, deve-se a consideração de que as categorias que atravessavam entrevistas de diferentes participantes já permitiam uma elaboração teórica condizente com as características definidoras do estudo. Isso não significa desprezar que “*o escopo, a adequação e a pertinência dos dados*” (MORSE et al., 2002, p. 16, trad.) ganhariam com o aumento do número de participantes. A interrupção da coleta foi aqui uma decisão pragmática, baseada, conjuntamente, na amplitude da temática sob foco (vivências emocionais de luto antecipatório), no potencial teórico das categorias desenvolvidas a partir dos dados e na limitação temporal inerente a um estudo acadêmico. Fontanella, Ricas e Turato (2008) lembram que algumas temáticas são demasiadamente complexas em termos de aspectos individuais para que se atinja um ponto de saturação e

citam, como exemplo, o luto. Concordando que em um estudo sobre luto a coleta de dados jamais chegaria a ser improdutiva ou redundante, abriu-se mão da consagrada expressão “critério de saturação”, já que nesse estudo não se aplica a noção de que “*o processo de coleta de dados se satura quando há a percepção de que os dados novos a serem coletados decantam-se, isto é, não são diluídos ou absorvidos na formulação teórica que se processa, não mais contribuindo para seu adensamento*” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 24). Avançar a realização de entrevistas provavelmente traria novos dados e, por conseguinte, permitiria novas associações, cujas contribuições para o estudo é impossível dimensionar. A interrupção decorreu principalmente do equacionamento entre o tempo disponível e a densidade de dados necessária.

Cada indivíduo convidado a prosseguir foi informado sobre o estudo e solicitado a ler o TCLE e indicar à pesquisadora se desejava participar nas condições expressas. Nos casos em que decidiu ler o TCLE ainda na presença da pesquisadora e concordou em participar do estudo, a primeira entrevista ocorreu imediatamente, e, somente a partir de então, foi audiogravada a interação entre entrevistadora e entrevistado. Se preferiu ler o TCLE posteriormente, foi orientado a contatar novamente a pesquisadora caso decidisse marcar a primeira entrevista.

Um cuidado ético fundamental em um estudo psicológico que entrevista indivíduos na própria instituição de saúde da qual são usuários é o esclarecimento sobre as implicações da participação na pesquisa, uma vez que favorecer expectativas irreais no participante pode acrescentar problemas desnecessários em uma situação já bastante exigente e complexa. Particularmente porque a figura do psicólogo é associada ao oferecimento de apoio e orientação, o convite para participar de entrevistas com a psicóloga da própria instituição poderia ser entendido como uma possibilidade de atendimento psicoterápico. Considerando tal risco – e buscando evitar expectativas que seriam impossíveis de atender durante a pesquisa –, no momento da entrevista preliminar, em que o possível participante já estava com o TCLE em mãos, **a pesquisadora destacou que participar de um estudo psicológico não responderia à eventual demanda por psicoterapia.** Foi também esclarecido que havendo necessidade de atendimento psicoterápico – especialmente se tal necessidade fosse exacerbada pelas entrevistas – **a pesquisadora permaneceria disponível durante e após o estudo para sugerir profissionais que atendessem em condições viáveis ao participante, mas não poderia atendê-lo pessoalmente antes da finalização da pesquisa.** No primeiro contato, foi também salientado qual o uso dos relatos que o entrevistado viesse a compartilhar. Uma investigação científica visa menos ao extenso conhecimento de um

indivíduo específico e mais ao conhecimento sobre a complexidade de uma experiência humana. Portanto, os relatos do entrevistado são a matéria-prima de especulações e associações, diante das quais ele talvez não se reconheça (inclusive porque o pesquisador substitui por similares as informações que possam identificar o participante), o que não indica necessariamente que essas conclusões sejam equivocadas. Além da repetição de entrevistas para averiguação das respostas, também é questionada por Turato (2008) esta outra estratégia para validação de estudos qualitativos: a averiguação dos registros com o próprio entrevistado a que se referem. Para o autor, esse procedimento não incrementa a validade do estudo, já que, ao contrário do que se pretende, oferece ao entrevistado a oportunidade de defensivamente alterar informações. Visando evitar um desencontro de interesses, **o entrevistado participou informado de que não estava previsto o envio das transcrições aos participantes** (embora sendo também informado que, caso fosse solicitado pelo participante, esse teria acesso às transcrições das entrevistas que concedera e poderia, a qualquer momento antes da publicação do estudo, retirar suas entrevistas da pesquisa) e que **a tese disponível ao público em bibliotecas universitárias e acervos digitais não atenderia à possível expectativa de um estudo de caso individualizado**. Finalmente, foi explicitado que **as informações fornecidas pelo participante não seriam incorporadas aos registros do paciente oncológico sob tratamento na instituição, tampouco seriam compartilhadas em reuniões clínicas**. Com exceção da pesquisadora, os profissionais da instituição, incluindo aqueles diretamente envolvidos com o paciente cujo(a) filho(a) foi participante da pesquisa, tiveram acesso somente à publicação do estudo quando já finalizado, em nenhuma circunstância podendo conhecer a identidade dos participantes ou ler transcrições integrais de entrevistas.

2.2 Planejamento e realização de entrevistas

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

Imediatamente após a entrevista preliminar – que objetivou verificar se o indivíduo atenderia aos critérios de homogeneidade fundamental e, em caso afirmativo, apresentar o TCLE e esclarecer dúvidas –, ou em posterior data e horário combinados com o participante, foi realizada a primeira das **entrevistas semidirigidas** a partir da “Ficha de caracterização do participante e roteiro de questões / observações para as entrevistas semidirigidas” (Apêndice D), material que sugeria à entrevistadora **questões disparadoras** sobre aspectos fundamentais do estudo e, adicionalmente, solicitava em todas as entrevistas o registro de impressões sobre comportamentos não-verbais que pudessem ser relevantes para o entendimento da vivência psíquica daquele entrevistado (trata-se de um espaço reservado para anotações que constituíram um **diário de campo abreviado**). Sendo um roteiro para entrevista semidirigida, orienta a investigação de acordo com os objetivos da pesquisa, porém modulando a entrevista a partir das situações que ocorrem imprevisivelmente. Não houve, portanto, um direcionamento constante das entrevistas em termos de sequência de tópicos explorados – **diante das questões iniciais, o participante elaborava seus depoimentos e a pesquisadora apenas interferia para solicitar esclarecimentos / detalhes ou para introduzir alguma questão não explorada que estava prevista no roteiro**. As entrevistas – integralmente audiogravadas para posterior transcrição – foram realizadas na clínica onde atua a pesquisadora, de **duas a três vezes (2-3) com cada participante**, com um mínimo de uma semana de intervalo entre cada entrevista. Foi sugerida a realização da terceira entrevista quando a análise das entrevistas já ocorridas e transcritas permitiu verificar que não foram

investigados aspectos definidos no “Roteiro de questões / observações”, ou quando se observou que o entrevistado demandava um tempo maior para o encerramento de seu relato, de modo a sentir-se suficientemente compreendido. Definir que duas entrevistas seriam o contato mínimo com o participante não se justifica, pelo interesse de conferir a veracidade dos relatos – estratégia de validação de dados problematizada por Turato (2008). Distintamente, prolongar o contato visou aprofundar ou **expandir informações obtidas na primeira entrevista** e, com isso, atender ao objetivo exploratório de um estudo qualitativo. Também visou **reduzir a desejabilidade social implicada em depoimentos sobre familiares**; embora nenhuma estratégia impeça esse viés, deve-se atentar para a possibilidade da fala ser constrangida pelo temor de decepcionar ao ouvinte ou a si próprio, lembra Nederhof (2006) em revisão bibliográfica sobre estratégias para a prevenção e identificação dessas distorções. Considerando que a menção a aspectos críticos / negativos da família ou do genitor doente possa ser inibida em um contato inicial e único – uma hipótese que subjaz à extensa literatura sobre métodos de coleta de dados em estudos de relações familiares (WIGGINS, 1966; DICKSTEIN, 1978; MESTERS et al., 1997; WEITZNER et al., 1999) –, o prolongamento da interação é justificável. Não se trata de planejar uma escuta capaz de absorver verdades que o indivíduo tenta escamotear, ludibriando as resistências do entrevistado a admitir o que realmente sente sobre uma pessoa ou situação da família. Tal missão não é necessária – já que os dados que interessam a uma investigação científica não são apenas aqueles que alguém poderia constranger-se em revelar – e talvez nem seja possível dada a usual brevidade da relação entre entrevistado e entrevistador. A ideia é que o relato será tanto mais espontâneo e diversificado quanto melhores forem as condições da coleta de dados.

No entanto, não bastaria **estender a entrevista para dois ou três encontros** se não fossem tomados outros cuidados durante todo o contato. Fowler (2009) defende que é necessário **promover um clima facilitador para o fornecimento de depoimentos cujo conteúdo seja íntimo**, sob o risco de se obterem respostas vagas ou omissas. Evitar atitudes e falas que pudessem instaurar um ambiente de expectativas e julgamentos em relação àquilo que o entrevistado responderia foi um cuidado observado ao longo das entrevistas.

Nessa direção, salientam Fontanella, Campos e Turato (2006) que a validade dos dados depende fundamentalmente de condições para acesso ao fenômeno sob estudo, o que significa colocar o pesquisador diante de dois desafios: facilitar o depoimento do participante e maximizar a percepção do entrevistador. Alguns cuidados sugeridos pelos autores foram aplicados no presente estudo:

- Aculturação do entrevistador na realidade do entrevistado

a) Participação em atividade socioeducativa, oferecida mensalmente pela clínica oncológica onde ocorreu o estudo, para orientação de familiares de pacientes oncológicos – nesses encontros profissionais de diversas áreas (principalmente medicina, psicologia, nutrição, fisioterapia e enfermagem), são disponibilizadas orientações que possam esclarecer dúvidas e favorecer a reflexão sobre dificuldades comuns enfrentadas por pacientes ou familiares ao longo do tratamento.

b) Realização de entrevistas com filhos de pai ou mãe com doença oncológica em progressão, a fim de verificar a adequação das questões disparadoras previstas no “Roteiro para questões / observações” (Apêndice D), observar se era cabível restringir o contato com cada entrevistado a dois ou três encontros e, além disso, obter material que integraria o *corpus* de dados. Dessas entrevistas-piloto realizadas com cinco participantes, foram integradas no estudo as entrevistas de três pessoas (cujos nomes fictícios são Carlos, Raquel e Vitória).

- Garantia de confidencialidade dos dados fornecidos

Asseguramento do participante quanto ao sigilo em relação a seus depoimentos, visando aumentar a probabilidade de acesso a vivências cuja revelação pudesse causar desconforto. Especialmente porque entrevistadora e entrevistados eram desconhecidos no início e porque o tema implica a investigação de aspectos íntimos, já no primeiro contato o possível entrevistado foi informado sobre a confidencialidade quando tinha em mãos o TCLE.

- *Setting* familiar para entrevistado e entrevistador

Realização da maioria das entrevistas na clínica que o participante já conhecia em função do tratamento do genitor – também local onde trabalha a pesquisadora. Sendo um contexto em que a pesquisadora conseguiria garantir condições fundamentais para uma entrevista psicológica (pontualidade, privacidade,...), visou-se diminuir o risco do próprio *setting* funcionar como fator de ansiedade para ambos, entrevistado e entrevistadora.

- Único entrevistador para todos os participantes

Exposição da entrevistadora à totalidade de relatos a fim de aumentar sua capacidade de observação e, adicionalmente, evitar que diferenças pessoais de entrevistadores criassem abordagens discrepantes de coleta de dados e, com isso, uma diversidade temática extensa demais para a proveitosa sistematização do material.

2.3 Transcrição, organização e compreensão dos relatos

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

- As entrevistas foram gravadas sob autorização prévia e escrita dos participantes (TCLE) e transcritas pela pesquisadora ou por uma psicóloga colaboradora, quase integralmente, com exceção de falas iniciais e finais que escapavam da temática sob investigação, também com exceção de repetições e interjeições desnecessárias à compreensão do conteúdo da fala. A transcrição ajustou a fala à ortografia convencional, exceto quando construções gramaticais diferentes da norma culta foram sugestivas de um aspecto psíquico relevante ao presente estudo. Para favorecer a confidencialidade das informações, as palavras que pudessem identificar os entrevistados (nomes próprios, lugares com os quais possui vínculo, atividades de trabalho ou lazer,...) foram substituídas por equivalentes. **Com a finalização das transcrições, verificações e substituições, estava definido o corpus do trabalho.** Cabe lembrar que, em estudos qualitativos, as tarefas de reunir depoimentos e observações, organizá-los em categorias e propor um sistema explicativo não obedecem a uma sequência rígida, na qual uma etapa tenha de ser completamente encerrada para que outra a suceda. Como recomendam Coffey e Atkinson (1996, p. 2, trad.) a pesquisadores qualitativistas: “*Nunca deveríamos coletar dados sem uma análise substancial ocorrendo simultaneamente*”. Concordando com essa recomendação, durante a maior parte do período em que o estudo foi realizado, ocorreram simultaneamente a escuta de gravações, o esboço de categorias e subcategorias, a categorização das entrevistas e a realização de entrevistas com novos participantes.

- Impregnação pelo discurso a partir da escuta das gravações e leitura do material transcrito: o esboço de categorias e subcategorias

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

Todas as entrevistas foram realizadas exclusivamente pela pesquisadora, porém, parte das gravações foi transcrita por uma colaboradora, também psicóloga. Desse modo, o contato da pesquisadora com os relatos ocorreu durante as entrevistas, depois foi retomado com a transcrição de aproximadamente metade das gravações e, à medida que as transcrições eram finalizadas, esse contato ocorria por meio da escuta das gravações e leitura das transcrições. Essas distintas situações (ouvir as entrevistas para transcrevê-las, ouvi-las outras vezes quando já transcritas e ler as transcrições) favoreceram que emergissem primeiras impressões sobre as vivências psíquicas (sentimentos, associações, lembranças, reações, defesas, limitações) relacionadas ao adoecimento materno ou paterno, não apenas impressões referentes ao que foi relatado, mas, também, a “*mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente ‘silenciados’*” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986 apud TURATO, 2008, p. 445)¹⁸. Buscou-se suspender a atenção a aspectos específicos, imaginados previamente pela pesquisadora, para favorecer a percepção de aspectos inesperados (ou “núcleos de sentido”), de modo que a “sensação de caos inicial” progressivamente cedesse espaço à possibilidade de destacar trechos das entrevistas estabelecendo relações com hipóteses iniciais, pressupostos teóricos e hipóteses emergentes (MINAYO, 2010, p. 316). Tentando evitar que, pelo excesso de teorização, as ideias perdessem a vitalidade, em alguns

¹⁸ LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

momentos interrompeu-se um período de leitura (pesquisas da área ou textos conceituais) para novamente ouvir e ler as entrevistas. Esse contato mais “desprevenido” com os depoimentos suscitou impressões e hipóteses que algumas vezes pareciam articular-se a conceitos prévios, outras vezes, ao contrário, permaneceram inarticuladas até que a categorização avançasse. Para a impregnação pelo discurso de cada entrevistado – uma condição fundamental para a elaboração de categorias –, preferiu-se a exposição repetida às gravações, já que as transcrições omitem características do falar (entonação, velocidade, ênfase, pausa, hesitação,...) que auxiliam o pesquisador a captar significados. **Ao final dessa etapa do processo de análise, tinha-se em mãos todas as entrevistas integralmente transcritas e um esboço do que viria a ser o conjunto definitivo de categorias e subcategorias.**

- Categorização e subcategorização de trechos segundo critérios de repetição e relevância

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

A revisita às gravações e transcrições é uma tarefa fundamental para um primeiro esboço de categorias, já que não há sequer uma lista mínima de categorias quando as entrevistas são realizadas. As questões disparadoras trazem o entrevistado para o campo em que o estudo está situado, mas não organizam a análise do material obtido. Nos termos de Bourdieu (2008, p. 10), um importante desafio enfrentado pelo pesquisador na fase de organizar o material transcrito é: “evitar, por exemplo, de dar à transcrição da conversa, com seu preâmbulo analítico, o procedimento de um caso clínico precedido de um diagnóstico classificatório”, isto é, evitar que as categorias definam-se a partir de um modelo prévio,

assim restringindo o que é possível apreender do material produzido junto aos entrevistados. Considerando a possibilidade desse equívoco metodológico que se opõe ao objetivo descritivo-exploratório característico da pesquisa qualitativa, **buscou-se identificar o mais livremente possível vivências emocionais, sem, portanto, uma lista prévia de mecanismos ou processos que fossem “buscados” nos dados.** Sob essa preocupação, Turato (2008, p. 447) adverte que “*o sistema não está definido a priori, mas resultará da classificação analógica e progressiva dos elementos, em que até mesmo o título conceitual de cada categoria somente é definido ao final da operação*”. Foram as escutas, não restritas a uma fase única, mas mantidas até o final da discussão dos achados, que permitiram à pesquisadora cogitar “categorias empíricas” (MINAYO, 2010) que, ao emergirem, eram definidas como categorias provisórias. **A partir dos temas gerais abordados pelos entrevistados, partiu-se para a especificação das vivências (narradas pelo entrevistado ou inferidas pela pesquisadora) e, finalmente, extrapolou-se para a teorização.** Ao final de uma primeira tentativa de categorização da totalidade das entrevistas, foi possível observar qual a funcionalidade de cada categoria. **A repetição de uma categoria é um dos critérios para que seja mantida e, quando necessário, dividida em subcategorias.** “Categorias empíricas”, para Minayo (2010), são caracterizadas como “expressões classificatórias” elaboradas pelo investigador: “*é sua sensibilidade e acuidade que lhe permitem compreendê-las e valorizá-las à medida que vai desvendando a lógica interna do grupo (objeto) pesquisado e descobre essas expressões*” (MINAYO, 2010, p. 179). Além da repetição de ocorrências ao longo de entrevistas, outro critério é a relevância. Também quando uma expressão é original ou incomum, pode gerar uma categoria, se levar o pesquisador a uma maior compreensão do campo de experiências humanas sob estudo. Por isso **foram mantidas algumas categorias que, em termos quantitativos, não são expressivas, mas que parecem complementar o quadro composto pelas outras categorias.** Durante as leituras das transcrições, os trechos selecionados eram marcados com cores e letras indicativos, respectivamente, da categoria e subcategoria a que pertenciam. Por exemplo, um trecho inserido na categoria “O filho impotente”, na subcategoria “a) vivenciar surgimento / agravamento da doença como surpresa” foi marcado da seguinte maneira:

Falei: “ai meu Deus e agora?”. Ai meu marido levou o exame dele para um outro médico para dar uma olhada e esse médico falou assim: “Acho que pelo que estou vendo seu pai não aguenta nem fazer quimio, não consegue fazer uma cirurgia, ele está super debilitado, magrinho”. Pronto, desabou tudo! (a/N)

Como em todos os outros trechos selecionados, a cor indica a categoria e, entre parênteses, a letra minúscula indica a subcategoria e a letra maiúscula indica a inicial do participante. A composição geral de categorias e subcategorias está descrita no início do capítulo “Observações e Reflexões”.

- Agrupamento de todos os trechos referentes a cada subcategoria

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

Por meio de uma leitura transversal – já que atravessou as várias entrevistas de todos os entrevistados –, agruparam-se os diversos casos de uma mesma subcategoria empírica. Nesse processo de “desmontar” as entrevistas e reunir trechos similares de diferentes entrevistados notou-se a inadequação de trechos às categorias inicialmente utilizadas, o que provocou a realocação para outras categorias.

- Validação externa

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

Considerando que na lógica da pesquisa qualitativa a validação externa apoia-se sobre a exposição dos achados a interlocutores afinados com esse modelo de pesquisa e com a temática do estudo (TURATO, 2008), **a análise das entrevistas foi elaborada também a partir de interferências** da orientadora do estudo, de membros do grupo de pesquisa ligados ao LEM (Laboratório de Estudos da Morte / USP) que conheceram a pesquisa desde a fase de construção do projeto, de membros do Núcleo de Psicanálise de Campinas e Região que debateram com a pesquisadora trabalhos que incluíam algumas observações do estudo ainda incompleto e também da psicóloga que auxiliou na transcrição das entrevistas. Enquanto um cuidado ético, apenas a orientadora e a transcritora dispunham de todas as entrevistas na versão integral; outros públicos tiveram acesso a trechos limitados de entrevistas e, portanto, opinaram a partir dessas reduzidas ilustrações. Entendendo que a interlocução e, com isso, a validação externa do estudo ganha força após sua publicação, diversos trechos literais extraídos das entrevistas são apresentados ao longo do texto e, aos membros da banca examinadora, as transcrições integrais de entrevistas foram disponibilizadas em meio digital e os trechos categorizados em meio impresso.

- Elaboração de associações entre o material organizado, conceitos teóricos e outros estudos

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

Nessa etapa final, realizou-se a elaboração conceitual constituída de: descrição dos achados, apresentação de interpretações, procura de dados falseáveis (achados contraditórios), comparação com outros estudos (qualitativos e quantitativos), recomendações para profissionais de saúde e proposições para estudos posteriores. Um quadro geral das categorias e subcategorias é apresentado no início do capítulo “Observações e Reflexões”, após o qual está exposta a discussão teórica com inserções de trechos ilustrativos, extraídos de entrevistas transcritas. Sob uma preocupação ética, não são disponibilizadas as transcrições integrais, mas, para os membros da banca examinadora, foi preparado um material em que todos os trechos selecionados aparecem em suas respectivas categorias e subcategorias. Tal agrupamento foi definido somente ao final do trabalho, já que durante as análises e discussões os trechos foram continuamente revistos e reposicionados.

2.4 Alguns cuidados éticos na preparação do texto final

Planejamento / realização de entrevistas
Transcrição
Impregnação
Categorização / subcategorização
Agrupamento
Validação externa
Discussão
Revisão / impressão

Legenda: Tarefa em curso / Tarefa pendente / Tarefa concluída

- Breve caracterização dos participantes

Embora não se tenha optado por “estudo de caso” como delineamento metodológico, **foi elaborada uma breve apresentação de cada entrevistado para contextualizar suas falas** e, desse modo, diminuir o que Bourdieu (2008, p. 9-10) chamou de “desvio de sentido”, considerado uma negligência ética mediante os esforços dos entrevistados para serem compreendidos. Essa breve apresentação de cada entrevistado teve a função, não de oferecer dados necessários a uma análise psicológica individualizada (uma vez que não era essa a proposta vigente), mas de:

[...] lembrar as condições sociais e os condicionamentos, dos quais o autor do discurso é produto, sua trajetória, sua formação, suas experiências profissionais, tudo o que se dissimula e se passa ao mesmo tempo no discurso transcrito, mas também na pronúncia e na entonação, apagadas pela transcrição, como toda a linguagem do corpo, gestos, postura, mímicas, olhares, e também nos silêncios, nos subentendidos e nos lapsos.

No presente estudo, essa tentativa de aumentar a fidelidade da categorização aos sentidos comunicados pelo entrevistado gerou breves apresentações comentadas sobre cada participante. Esses textos foram agrupados no início da sessão “Observações e Reflexões”.

- Acesso restrito do público aos relatos

Bourdieu (2008, p. 9, grifo do autor) defende também que a autorização do entrevistado para que seus relatos sejam utilizados em pesquisa não concede ao pesquisador total liberdade sobre o material produzido e, bem ao contrário, cria-lhe inúmeras “exigências tácitas”.

Como, de fato, não experimentar um sentimento de inquietação no momento de tornar *públicas* conversas *privadas*, confidências recolhidas numa relação de confiança que só se pode estabelecer na relação entre duas pessoas? Sem dúvida, todos os nossos interlocutores aceitaram confiar-nos o uso que seria feito de seus depoimentos. Mas jamais houve um contrato tão carregado de exigências tácitas como um contrato de confiança.

Sob tal preocupação, apesar do interesse de oferecer ao leitor acesso suficiente aos relatos do entrevistado para que impressões e conclusões próprias pudessem ser elaboradas e, talvez, contrapostas àquelas apresentadas pela pesquisadora, decidiu-se abrir mão de uma exposição total dessas transcrições e, assim, minimizar a probabilidade de que um entrevistado fosse identificado, ou que, lendo essas transcrições em um texto público, sem restrição de acesso, sentisse que poderia sê-lo. Com o intuito de proteger a identidade dos entrevistados, maximizar o acesso dos avaliadores aos discursos e disponibilizar a outros leitores uma amostra de ilustrações suficiente para a compreensão e problematização das conclusões, os trechos de entrevista citados no texto **foram submetidos a uma revisão que omitiu ou alterou qualquer informação que favorecesse o reconhecimento do entrevistado. Exclusivamente para os avaliadores da tese (orientadora e membros da banca examinadora), foi entregue material expondo todas as entrevistas transcritas e todos os trechos categorizados, em um anexo externo à tese, sob autorização prévia dos entrevistados no TCLE.**

OBSERVAÇÕES E REFLEXÕES

3 OBSERVAÇÕES E REFLEXÕES

3.1 Breve contextualização dos relatos

Os participantes são aqui brevemente apresentados na sequência em que foram inseridos no presente estudo. Por razões ético-metodológicas, os nomes verdadeiros foram alterados e as características identificadoras, substituídas por similares. Vale lembrar que os quatro primeiros entrevistados – Vitória, Carlos, Daniel e Marisa – foram pessoalmente convidados pela pesquisadora. Os outros seis – Raquel, Nice, Luciana, Flávia, Antônia e Eric – voluntariaram-se para participar do estudo após lerem cartaz-convite, ou, nos casos de Raquel e Eric, ao saberem da pesquisa por alguém que havia lido o cartaz-convite.

O quadro a seguir refere-se aos quatro primeiros entrevistados, indicando a idade que tinham na ocasião, a solicitação que trouxeram a uma primeira entrevista psicológica e também o número total de entrevistas realizadas:

Nome fictício e idade	Solicitação apresentada na entrevista psicológica	Entrevistas realizadas
Vitória, 28	Atendimento ao pai acometido por tumor de próstata já com metástases ósseas. Segundo a filha, o pai tinha dificuldade de sair de casa devido a limitações impostas pela progressão da doença e, por isso, ela viera em lugar dele nesse primeiro atendimento, representando uma solicitação do pai.	3
Carlos, 29	Orientação sobre como proceder com o pai acometido por tumor de fígado localmente avançado, uma vez que o paciente se recusava a interromper consumo abusivo de álcool e a perder peso, numa situação crítica em que o alcoolismo inviabilizava o início da quimioterapia, e o excesso de peso descartava a intervenção cirúrgica. A proposta desse filho era convencer o pai a aceitar atendimento psicológico para, com isso, atingirmos as condições necessárias para o tratamento oncológico. <i>* Carlos, Daniel e Marisa são irmãos e foram juntos à primeira entrevista psicológica</i>	2
Daniel, 24		4
Marisa, 26		6

Quadro 1: Dados dos entrevistados na ocasião em que participaram da pesquisa

Decidiu-se omitir do estudo as entrevistas de Daniel e Marisa porque são irmãos de Carlos e, mesmo com a consciência e autorização dos três irmãos, utilizar os dados de participantes da mesma família pareceu constituir, após a realização de entrevistas individuais, um aproveitamento de risco sob o ponto de vista ético, já que não haveria como garantir a confidencialidade dos dados a esses indivíduos, uma vez que cada qual poderia identificar relatos de seus irmãos na versão final / pública da tese. Dois critérios foram utilizados para a inclusão de Carlos, em detrimento de seu irmão ou irmã, no *corpus* de dados da tese: Carlos foi o “porta-voz” dos irmãos na primeira consulta a que vieram (falando quase todo o tempo em nome desses irmãos) e foi o primeiro filho a contatar a psicóloga-pesquisadora avisando que aceitava participar do estudo. Quando os irmãos Carlos, Daniel e Marisa já haviam sido entrevistados, decidiu-se que, a partir de então, se mais de um filho do mesmo genitor solicitasse a oportunidade de participar do estudo, caberia ao filho que primeiramente fez contato informar à pesquisadora quem participaria, uma vez que existia um impedimento ético na adesão de irmãos.

Embora tenha sido também um cuidado ético definir *a priori* que nenhum entrevistado seria atendido em psicoterapia, caso solicitasse, enquanto fosse participante do estudo, essa condição não se aplicou a genitores, daí a participação de Raquel (cuja mãe já era atendida pela pesquisadora) e Vitória (cujo pai começou a ser atendido, sob pedido da filha, enquanto essa era entrevistada para o estudo). A solicitação explícita por atendimento psicoterápico (um item entre os critérios de exclusão) não ocorreu na entrevista preliminar de nenhum participante, embora tenha ocorrido com frequência significativa em contato posterior ao encerramento das entrevistas. Das dez pessoas entrevistadas, ao final do estudo cinco solicitaram que a entrevistadora as atendesse em psicoterapia – uma foi atendida (Daniel, irmão de Carlos e Marisa), as outras quatro (Carlos, Marisa, Vitória e Luciana) receberam sugestões de profissionais, alguns pela impossibilidade de atendimento concomitante de familiares em psicoterapia individual (Carlos e Marisa são irmãos de Daniel, e Vitória é filha do Sr. Vitória, cujo atendimento já havia sido assumido a partir de intermediação da própria entrevistada) e uma entrevistada devido à solicitação de atendimento ter ocorrido muito proximamente à interrupção dos atendimentos clínicos em função de licença-maternidade.

Segue uma apresentação, também abreviada, dos oito participantes que efetivamente foram inseridos no estudo, com a indicação da idade, composição familiar, formação / atuação profissional, estado do genitor doente e papel do filho no tratamento do pai / mãe. Os participantes são citados na sequência em que foram entrevistados. Particularidades observadas durante a realização das entrevistas também foram aqui brevemente descritas.

VITÓRIA

Vitória é uma jovem de 28 anos, professora de dois idiomas (cada qual sendo a língua original paterna ou materna) e, recentemente, também psicóloga clínica. Tem o mesmo nome do pai, em forma feminina. É a única filha do terceiro casamento do pai, tendo irmãos (52 e 48 anos) que provêm de casamentos anteriores e que continuam morando no país em que o pai viveu a maior parte de sua vida. Ela procurou-me para atendimento domiciliar do pai, que, embora com idade avançada, até seus 80 anos não sentira as fragilidades do envelhecimento. Naquele momento, aos 82, estava enfraquecido pelos meses de tratamento oncológico: quimioterapia, radioterapia, cirurgia para bloqueio de dor e uma longa sequência de consultas, exames e medicações. A mucosite na boca dificultava a alimentação. Não sentia dor nenhuma nas pernas, mas a cirurgia que eficientemente bloqueou a constante sensação dolorosa também lhe rendeu fraldas e cadeira de rodas. “*Num ano eu ando pela Muralha da China e no seguinte não chego nem ao banheiro!*” – é como viria a expressar a mim a limitada autonomia que restou após seu adoecimento. Em nosso primeiro contato, Vitória quis marcar um horário de atendimento para o pai dizendo-me que ele havia pedido que ela o fizesse. Preferi falar diretamente com o Sr. Vitório e algumas semanas se passaram antes que conseguíssemos iniciar seu atendimento, em domicílio ou hospital, durante quase um ano, até que ele falecesse. Enquanto o atendimento dele ocorria, Vitória foi entrevistada como participante do estudo. Suas narrações eram longas, vigorosas e eventualmente continham frases no idioma do pai, quando ela reproduzia diálogos ocorridos entre eles. Esses trechos não eram traduzidos para mim – eram apenas ditos nessa língua estrangeira, familiar para ela e o pai, estranha para a mãe, que provinha de outra cultura e, por sua vez, comunicava-se com Vitória na língua do país em que ela, a mãe, nascera¹⁹. Quando as entrevistas já tinham sido encerradas, uma interação ocasional foi mantida com Vitória, já que seu pai era atendido em casa ou no hospital. Ela solicitou que eu a atendesse em psicoterapia – o que não foi possível, já que seu pai era atendido. A notícia da morte chegou antecipada por Vitória, que me telefonou no dia em que a sedação foi iniciada, dizendo o que pude registrar como:

Liguei para avisar que começaram a fazer a sedação no meu pai. Tive hoje que escolher o caixão, a urna para as cinzas, o local do velório. Fiz tudo isso sozinha. Está muito difícil ficar olhando para meu pai, um morto-vivo. Ele às vezes quase abre os olhos, parece que quer dizer algo, e nós

¹⁹ Os trechos ditos em outro idioma aparecem somente em português para facilitar a leitura dos examinadores do presente estudo e, além disso, para proteger a identidade da entrevistada.

aumentando a dose de medicação! É como se estivéssemos matando alguém que deseja viver! Escreva na sua pesquisa que é enorme a culpa de uma filha vendo seu pai morrer. A cada instante me pergunto se fiz tudo o que poderia. Podemos conversar sobre isso um dia se você quiser. (Vitória)

CARLOS

Carlos é o filho mais velho. Depois dele, com 29 anos, há uma irmã de 26 e um irmão de 24. Quando completou um ano de casamento, decidiu ter um filho. Na ocasião das entrevistas, estava casado há três anos e a filha tinha pouco menos de um ano. Mudou-se para a cidade onde a esposa trabalha e tem familiares. Todos os dias volta à cidade em que está sua família de origem e também a empresa que administra desde que o pai deixou-a (onde Carlos trabalha há 12 anos). Sócio-fundador de uma empresa de equipamentos mecânicos, o pai dirigiu-a até o surgimento do segundo tumor. O primeiro, no cérebro, foi controlado. Após alguns anos desde a remissão local da doença, foi diagnosticado um tumor no fígado, de grande dimensão e dificilmente tratável, já que o consumo excessivo de álcool – hábito mantido ao longo de anos em que encontrava os amigos em um bar ao final dos dias de trabalho – ao mesmo tempo agravava a doença e inviabilizava o início da quimioterapia. Sem abstenção completa de álcool, a rápida progressão da doença seria inevitável: esse foi o prognóstico médico. Mas, após a detecção desse segundo tumor, o pai aumentava a ingestão de álcool, chegando a um ponto extremado em que apenas não se alcoolizava enquanto dormia. Foi diante dessa situação que Carlos marcou um horário com a psicóloga indicada pelo médico oncologista, vindo ao meu consultório acompanhado de sua irmã Marisa:

Não sabemos o que fazer com nosso pai. Ele se recusa a continuar a quimioterapia e voltou a fumar e beber todos os dias; acende um cigarro no outro, fica embriagado até cair. Diz que primeiro vai emagrecer, depois fazer a cirurgia, e então estará tudo resolvido. Acho que ele não está entendendo o que o médico explicou: se operar um câncer no fígado já é arriscado, num paciente obeso e alcoólatra é totalmente impossível. Anos atrás ele teve um tumor no cérebro e conseguiu diminuir esses vícios por um bom tempo... talvez ele quisesse levar minha irmã ao altar, conhecer a primeira neta – minha filha –, ver o restaurante do meu irmão inaugurado, mas agora parece que acabaram as razões para viver. E tem somente 54 anos! Nem na fábrica ele vai, sequer pergunta sobre os problemas que eu e minha irmã estamos resolvendo lá. Será que devemos forçá-lo a voltar para o tratamento? Estou me sentindo mal, trabalhando na empresa dele e sabendo que ele passa o dia inteiro sozinho no bar, de onde minha mãe ou meu irmão precisam trazê-lo carregado. E se nós marcarmos uma consulta para ele? (Carlos)

Ofereci a possibilidade de inicialmente serem ouvidos enquanto participantes de um estudo, ao que eles aceitaram e perguntaram se o irmão mais novo (Daniel) também poderia participar. Pedi para que cada filho, individualmente, fizesse contato depois de considerar melhor esse convite. Carlos foi o primeiro a fazer contato e agendar uma entrevista, um dia após a consulta a que veio com a irmã. Combinou e compareceu a duas entrevistas, sempre com o uniforme da empresa, que trazia no peito o sobrenome do pai. Ao final da segunda entrevista, despedi-me reafirmando a possibilidade de mais um encontro. Ele escreveu agradecendo pelas entrevistas realizadas e verificando se eu o atenderia como “*coaching*” para ajudá-lo em dificuldades profissionais, ou, em caso negativo, se poderia indicar um especialista nesse tipo de trabalho.

RAQUEL

Raquel e sua irmã são as filhas de uma paciente que vinha sendo atendida há alguns meses em cuidados paliativos devido a tumor pancreático com metástases pulmonares. Quando fui procurada pelo marido da paciente para que a atendesse – um líder religioso atuante em projetos educativos de sua igreja –, ela já era acompanhada por nutricionista, fisioterapeuta e anestesista (para controle de dor) enquanto prosseguia seu tratamento em radioterapia e quimioterapia. Durante o atendimento psicológico – que ocorreu algumas vezes no consultório, ou, quando a paciente estava fraca demais para se locomover, em sua residência –, a paciente relatou sua dificuldade com a filha Raquel, que se sentia preterida em relação a outros familiares cada vez mais presentes na casa para ajudar. Sabendo da pesquisa sobre filhos adultos de pacientes oncológicos, pedi para que Raquel fosse incluída. Enviei convite por e-mail e Raquel no mesmo dia respondeu aceitando. Quando foi realizada a entrevista preliminar, Raquel leu o TCLE, concordou em participar do estudo e sugeriu que a primeira entrevista ocorresse imediatamente. Na época, tinha 22 anos, era recém-formada em Enfermagem e voltara a morar com os pais após quatro anos estudando em uma faculdade em regime de internato, onde sua irmã continuava estudando. Sendo enfermeira e cuidando da mãe a seu modo durante a semana, não aceitava a maciça interferência da tia e avó maternas na rotina de cuidados durante o final de semana – esse foi o tópico central das entrevistas. Desde o primeiro encontro, Raquel apresentou depoimentos longos, contendo muitos exemplos de situações vividas na família, fazendo breves pausas apenas quando uma questão ou observação eram-lhe apresentadas. Uma terceira entrevista foi agendada e realizada,

embora não tenha sido incluída no *corpus* de dados, pois a mãe morreu poucos dias antes de nosso último encontro, o que colocou Raquel em uma nova condição de luto (não mais propriamente “antecipatório”), que o estudo não objetivou investigar.

NICE

Aos 44 anos, Nice é casada e tem dois filhos adolescentes. É manicure, atendendo a maioria das clientes em sua própria casa, onde mantém um espaço para recebê-las. Tem três irmãos, homens, todos mais novos que ela: 42, 40 e 36 anos. Acompanhando seu pai em uma sessão de quimioterapia para câncer de pulmão, viu o cartaz-convite e telefonou para solicitar que sua mãe participasse. Informei que se tratava de um estudo sobre filhos adultos de pacientes oncológicos e que, portanto, não cabia entrevistar cônjuges. Ela disse que, se a mãe não pudesse participar, ela própria participaria. Ainda nesse primeiro contato telefônico, esclareci que não estava disponibilizando sessões de psicoterapia ou aconselhamento, mas duas ou três entrevistas para uma pesquisa. Ela agendou um dia / horário e compareceu acompanhada pelo marido, que a aguardou na sala de espera. Depois de ouvir algumas explicações sobre o estudo, presentes também no TCLE que entreguei para que lesse posteriormente, disse algo que viria a repetir na entrevista seguinte: “*O problema não é meu pai, é minha mãe. Ela quer acertar as contas com ele, mas não é hora*”. Apesar do esclarecimento ao telefone, ela novamente mencionou a vontade de trazer a mãe para que fosse atendida, embora não tivesse certeza de que essa aceitaria. Aproveitava pelo menos um intervalo por dia para levar ao pai uma refeição ou suco e também para verificar o uso das medicações. Nice alegou que isso a desgastava, mas não via na família outra pessoa que pudesse assumir esses cuidados. Era bastante objetiva ao responder às perguntas que fui apresentando e chorava nas situações em que a morte do pai era cogitada, estando implícita em alguma questão: “*Não consigo nem pensar que ele vai morrer logo*”. Ao final da segunda (e última) entrevista, agradeceu e disse que, até então, não havia compartilhado com ninguém o que havia contado em nossos encontros.

LUCIANA

Luciana é uma advogada de 32 anos, casada, sem filhos “*por opção*”. Especialista em inventários, atende famílias em um cartório. “*Trabalho com a dor da morte todos os dias*”, foi como caracterizou sua rotina profissional. Casou-se há cinco anos, poucos meses após a morte do pai, que, obeso mórbido e cardiopata grave, não resistiu a uma inevitável cirurgia. “*Ele era apaixonado por mim, e eu por ele – por isso sinto falta dele todos os dias.*” Após o casamento de Luciana, a mãe, que já havia tratado um tumor de mama há 10 anos, recebeu o diagnóstico de novos tumores, agora pulmonares e ósseos. Recentemente (quatro meses antes de contatar a pesquisadora), foram detectadas também metástases no fígado, diagnóstico que recebeu do médico ao lado da filha: “*ela só olhava para mim, não para o médico, como se eu pudesse fazer alguma coisa para resolver a situação*”. Acompanhava a mãe em todas as consultas e sessões de quimioterapia. Explicou-me que as duas irmãs, embora mais velhas, não tinham condições emocionais para cuidarem da mãe, já que uma sofria de “*uma espécie de rebaixamento mental*” e a outra de “*esquizofrenia ou depressão bipolar, não sei bem, são uns surtos psicóticos que aparecem pelo menos uma vez por mês*”. Viu o cartaz-convite na sala de espera e enviou uma mensagem de *e-mail* solicitando que participasse. No contato inicial, disse que o cartaz havia “falado” com ela, pois dava atenção a uma situação que ela vivia solitariamente, sem compartilhar com outras pessoas, ainda que tivesse consciência da gravidade de um câncer disseminado por órgãos vitais: “*A morte da minha mãe cada vez mais tem rodeado a minha cabeça*”. Quando a terceira entrevista já estava agendada, enviou uma nova mensagem confirmando o dia / horário e pedindo indicação de um profissional que a atendesse quando as entrevistas terminassem, caso eu não pudesse aceitá-la como paciente. “*Não imaginei que essa pesquisa iria me fazer tão bem*”, escreveu. Estando no final da gestação – portanto, próximo ao afastamento temporário da atividade clínica –, indiquei alguns profissionais que ela poderia contatar. Ela escreveu que preferia, se não fosse um impedimento da pesquisa, aguardar o reinício dos atendimentos.

FLÁVIA

Pouco tempo após disponibilizar na sala de espera o cartaz-convite, recebi a seguinte mensagem de Flávia:

Estava na sala de espera com minha mãe quando li sobre esta pesquisa. Achei muito interessante, pois sempre pensei que poderia existir um grupo para filhos de pacientes com câncer. Sou da área de saúde [fisioterapeuta], 35 anos e, em dezembro, tive a dupla notícia que meu pai e minha mãe estavam com câncer. Digo que é uma fase muito delicada tanto para o paciente, quanto para os filhos. Gostaria muito de participar desta pesquisa. Moro há 80 km da clínica, mas, quem sabe, possamos fazer as entrevistas via Skype. Aguardo retorno. (Flávia)

Em mensagem posterior, ela solicitou que fosse entrevistada durante a aplicação seguinte de quimioterapia de sua mãe e perto do local onde sua mãe estaria. Embora todos os outros entrevistados tenham sido ouvidos no consultório em que atendo, entrevistei Flávia em uma sala ao lado do setor de quimioterapia e, nos dois encontros seguintes, sob sugestão dela, mantivemos as enfermeiras avisadas de que encontrariam Flávia no meu consultório caso a mãe necessitasse (localizado há aproximadamente 100 metros do bloco onde está situada a quimioterapia). É a principal cuidadora da mãe, embora, aos 35 anos, seja a filha mais jovem: tem um irmão de 39 e duas irmãs que são filhas do primeiro casamento do pai, uma com 51 e outra com 53 anos. Diz considerar resolvidos os casos do pai e da mãe, ele diagnosticado com câncer de língua e ela com câncer de mama. Cita um exame recente que mostra uma mancha no fígado da mãe, mas comenta otimisticamente: “o médico disse que deve ser apenas um hemangioma, e não uma metástase”. Apesar de defender uma visão positiva da situação e, com isso, não indicar que seu pai ou mãe enfrentem um câncer progressivo, foi aceita como participante do estudo, pois diversas vezes valorizou o tema da pesquisa, dizendo que ninguém dá a devida atenção a uma situação tão difícil. “Minha cunhada acha que estou buscando ajuda nessa pesquisa, mas na verdade eu quero contribuir com o tema.” Além de ser a entrevistada mais veemente na solicitação para participar, desde o contato inicial (via e-mail), identificou-se como filha de pais que simultaneamente enfrentavam um câncer (o pai estando acometido de tumor de língua e a mãe de tumor de mama) e, no primeiro contato pessoal, destacou que o pai tinha idade avançada (81 anos). Estava casada há dois anos e tentava engravidar com a ajuda de especialistas em reprodução assistida. Algumas vezes “desviou” seu relato do adoecimento dos pais para sua dificuldade de engravidar e comentou, no final das entrevistas e em mensagens para acerto de dia / horário, os exames e consultas recentemente ocorridos na busca por uma gravidez, suas impressões sobre os médicos que

conhecera e as dificuldades na adesão do marido ao tratamento. A terceira entrevista foi remarcada por sugestão de Flávia, que não compareceu na data inicialmente agendada justificando que ficara “presa” na clínica de reprodução e, a partir de então, entraria em uma fase ocupada por diversos novos exames, já que descobrira um nódulo na mama, e essa provável herança genética contraindicava o uso de hormônios indispensáveis para a fertilização *in vitro*. Três meses após a última entrevista escreveu mensagem comunicando o implante de embriões e, posteriormente, o resultado positivo da gravidez.

ANTÔNIA

Lendo o cartaz-convite na sala de espera enquanto aguardava atendimento por seu médico, Antônia, uma técnica em enfermagem de 56 anos, casada há 14 anos, interessou-se em participar do estudo e deixou um bilhete para que me entregassem. Não fiz contato imediatamente porque estava entrevistando outros dois participantes naquele momento. Após algumas semanas, quando enviei uma mensagem por *e-mail*, ela respondeu que não tinha perfil para ser participante de um estudo sobre vivências de filhos adultos de pacientes com câncer em progressão, já que não tinha filhos e seu câncer de mama estava em remissão. Esclareci que a ideia era que ela contribuísse com a pesquisa enquanto filha, e não no papel de genitora com doença progressiva. Rapidamente ela respondeu que havia feito uma confusão e que desejava, sim, participar – daí combinarmos um dia / horário para o primeiro encontro (entrevista preliminar). Antônia apresentou-se com um relato que quase não interrompi, narrando a sequência de fatos desde sua suspeita de que a mãe tivesse um câncer de reto (quando contou à filha que vinha observando “*sangue escuro com cheiro ruim*” em roupas íntimas) até o atual tratamento paliativo que visava reduzir os desconfortos causados pela doença impossível de ser curada, já que foi descoberta em estágio avançado e, em uma paciente com 86 anos, contava-se apenas com radioterapia, uma estratégia impotente para esse tipo de câncer sem a associação com cirurgia e quimioterapia. Seu relato expunha as diversas perdas familiares que antecederam o adoecimento da mãe: o assassinato do pai quando ela tinha nove anos, a morte do irmão devido a complicações do vírus HIV, o assassinato do sobrinho supostamente envolvido com tráfico de drogas, a recente morte da cunhada acometida por câncer de intestino. Dessa cunhada Antônia foi a principal cuidadora, assim como é da mãe, embora tenha outras duas irmãs que residem próximo à casa em que moram Antônia, o marido e a mãe. Disse esforçar-se para poupar a mãe de dados sobre o

avanço da doença, mas achava que, intimamente, a mãe sabia da gravidade desde o início – recentemente, inclusive, começara a manifestar o desejo de interromper a radioterapia e as medicações. Comentou que muitas dissertações e teses já passaram por suas mãos devido à função que exerce na secretaria acadêmica de uma universidade, mas que não se lembrava de ter visto estudo sobre a temática que me interessava. Por isso queria contribuir, até dispensando os cuidados expressos no TCLE quanto ao sigilo – “*Pode publicar o que quiser e colocar meu nome verdadeiro, por mim não tem problema*” (apesar dessa autorização, a atribuição de nome fictício também nesse caso foi um recurso utilizado). Mais um encontro ocorreu, duas semanas após essa primeira entrevista, na data e horário sugeridos por Antônia.

ERIC

A sugestão para que participasse do estudo foi de sua esposa, uma jovem de 29 anos que frequentava a clínica para acompanhamento médico após o término do tratamento de um câncer de mama. Sabendo do estudo, Eric enviou uma mensagem comunicando que gostaria de participar. Embora já estivesse concluída a etapa de entrevistas, decidi entrevistar Eric devido à sua dupla condição de filho de genitor acometido por câncer progressivo: o pai, aos 56 anos, enfrentava um câncer com metástases hepáticas, e a mãe, aos 54 anos, era tratada em função de um sarcoma abdominal que tinha exigido uma extensa retirada de intestino, acarretando severa perda de peso e uma difícil adaptação à colostomia (bolsa externa para coleta fecal). Eric, recém-casado aos 29 anos, e os irmãos de 28 e 26, moravam fora da “casa da mãe” desde o ingresso na faculdade (era assim que se referia à casa da família, dizendo que o pai, até adoecer, morava sozinho a maior parte do ano devido a viagens de trabalho). Na ocasião das entrevistas, Eric iniciava novo emprego, em uma nova cidade. Segundo seu relato, a ideia era permanecer mais próximo da cidade em que os pais viviam, já que, emergencialmente, eles poderiam precisar de ajuda. Tinha pouco conhecimento da situação do pai e, sobre as decorrências do tratamento, referia-se mais à mãe. Quando perguntado sobre o adoecimento do pai, dizia saber vagamente o que ocorria, pois o pai mantinha-se afastado do convívio familiar e, quando presente, ou permanecia calado ou, quando falava, fazia comentários provocativos. Descrevendo mais a distante relação com o pai do que propriamente as experiências durante o adoecimento desse genitor, disse sentir uma dor física ao lembrar dessa figura inacessível que o pai sempre foi e que continuava sendo, a despeito da fragilidade advinda do câncer avançado que enfrentava. No período em que as duas

entrevistas ocorreram, os pais ainda não necessitavam de cuidadores, e as visitas aconteciam aos finais de semana, quando Eric voltava à cidade de origem. Paralelamente, acompanhava a esposa em consultas médicas para ouvir opiniões especializadas a respeito de uma complexa decisão: ou interromper o tratamento (bloqueio hormonal) que visava prevenir o surgimento de novos tumores e, assim que possível, tentar uma gravidez – mesmo que sob o risco de favorecerem uma recidiva –, ou prosseguir com a medicação preventiva por mais três anos, assumindo o risco de infertilidade definitiva, já que a quimioterapia e o bloqueio hormonal têm, sobretudo se conjugados, quase certo efeito esterilizante.

3.2 Composição final de categorias e subcategorias

O processo de seleção de trechos relevantes, categorização e subcategorização resultou em uma composição cuja versão final apresentamos a seguir. Durante essa tarefa compreensiva, os nomes atribuídos a cada trecho foram modificados diversas vezes, exigindo a exclusão de categorias e a renomeação de subcategorias. A organização dos excertos de relatos está indicada a seguir, com um exemplo referente a cada subcategoria. Vale lembrar que, buscando preservar o anonimato dos participantes, a totalidade de trechos selecionados e categorizados foi disponibilizada somente à banca examinadora, tal como informado aos participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os trechos selecionados ao longo das entrevistas transcritas foram marcados com cores, que indicam a categoria, e letras, que indicam, respectivamente, a subcategoria e a inicial do participante. Algumas subcategorias são representadas por diversos participantes; outras, por apenas um, o que ocorreu quando a relevância da subcategoria compensava a ausência de repetição. Em outros casos, quando a subcategoria não pareceu elucidar um aspecto importante, o trecho isolado sob aquele título foi revisto e realocado.

O FILHO DESAMPARADO

a) ACUSAR GENITOR SADIO (OU MAIS SADIO) POR SOFRIMENTO DO DOENTE

Não sei se pelo próprio relacionamento dos dois que vi, porque meu pai foi sempre muito rígido, no começo até atribuí esse câncer ao meu pai. Foram uns vinte dias que precisei ficar

pensando muito. Pensava: “meu pai é o grande responsável pelo câncer da minha mãe”. (a/F)

b) LAMENTAR A PERDA DO LUGAR DE FILHO / DESEJAR SER GUIADO

Sempre fui muito cuidada pelo meu pai e, na minha ilusão, pela minha mãe também. Mas hoje vejo que minha mãe não dá conta. De um ano para cá eu não sou mais cuidada, eu sou cuidadora. Como é que fico eu agora? O que eu faço com os meus medos? (b/V)

c) SENTIR QUE ENFRENTA UM ACÚMULO DE PERDAS

Acho que vou ficar sem ninguém porque já não tenho pai. Já não tenho ninguém... Não sei explicar, mas a família, né? Não vou ter mais... Não sei, tenho minhas irmãs e o meu marido, mas é muito diferente. (c/A)

d) TEMER INCAPACIDADE / FRAGILIDADE SEM A PARTICIPAÇÃO DO GENITOR DOENTE

É um pavor meu de não dar conta depois porque se a tristeza é tão grande agora, imagina quando ele morrer... Quem vai cuidar das coisas físicas? Quem vai cuidar do caixão, do enterro... Porque minha mãe não dá conta... E eu também não. (d/V)

e) LAMENTAR A AUSÊNCIA DO GENITOR DOENTE EM MOMENTOS IMPORTANTES DO FUTURO

Sabe, é muito difícil perder o pai quando se é jovem. Eu fico pensando que ele não vai me levar na igreja quando eu casar... Também que não vai conhecer meus filhos. (e/V)

f) PREVER MAIOR DESAGREGAÇÃO FAMILIAR COM A PERDA DO GENITOR

Com meu irmão a relação vai se perder totalmente. Minha irmã vai tentar por algum tempo, mas ela é minha irmã de sangue, não de coração. Talvez ocorram atritos por conta do dinheiro. Por mim não – eu trabalho e nunca vou passar fome. Mas minha irmã até já começou a dividir os objetos do meu pai, antes mesmo dele morrer. Aquilo para mim foi a morte. (f/V)

g) CONTRAPOR-SE À PRECIPITADA SUBSTITUIÇÃO DAS FUNÇÕES DO GENITOR DOENTE

Depois disso não posso mais falar com minha mãe como filha! Para mim minha mãe continua sendo minha mãe – tenho vontade de abraçar, de falar, de responder, como sempre tive. É óbvio: eu às vezes penso que ela pode morrer logo e que por isso eu não devo brigar por coisas pequenas, só que eu quero falar o que estou sentindo como sempre fiz. (g/R)

h) DESIDEALIZAR / ESTRANHAR GENITOR

Nunca tinha ido buscar meu pai no bar. Ultimamente eu fui algumas vezes. Engoli o orgulho – acho que foi isso. Cheguei, cumprimentei e parece que ele nem se incomodou de me ver ali. Antes ele se incomodaria. (h/C)

i) RELATAR QUE PESQUISA FAVORECEU PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS SILENCIADAS

Para mim foi bom porque são coisas que não falo para ninguém. Só de vir aqui, falar e chorar está me fazendo bem... (i/N)

j) SENTIR QUE NECESSIDADES EMOCIONAIS SÃO NEGLIGENCIADAS

E, nessas horas, eu não sou a pessoa mais gentil do mundo, sou respondona, falo o que penso. Daí meu pai interfere, pede para eu parar... Já tentei conversar com ele, mas ele não quer ouvir, diz que eu tenho que respeitar a família da minha mãe, que agora o que importa é a vontade dela. (j/R)

k) ACUSAR MÉDICOS / ENFERMEIROS POR SOFRIMENTO DO DOENTE

É um absurdo isso: não é pouco o que pagamos para aquele médico e ele não conversa nem 5 minutos com a gente. Ele vai ao quarto todos os dias, mas fica só uns minutos e sai andando pelo corredor, cercado dos residentes dele, que anotam em pranchetas enquanto ele fala. Nem no refeitório dá para falar com ele porque toda a equipe dele senta numa mesa e ele fica isolado numa outra mesa. Sabe, aquele tipo de médico: “Estendam os tapetes e abram as portas porque o doutor vai passar”. Ele é assim! Um desrespeito total. (k/V)

l) ATRIBUIR AO GENITOR FORÇA PARA NÃO SUCUMBIR À DOENÇA

Minha mãe é uma pessoa muito forte, aguentou muita coisa. Então ela está lá, mesmo com a colostomia e mesmo magra às vezes ela pega a vassoura e varre uma cozinha, por exemplo. Ela não consegue... Por exemplo, ela tem uma pessoa que trabalha para ela, uma diarista, e às vezes até com a diarista lá ela não aguenta ver aquele canto que ficou sujo. Às vezes a moça não passou ali ainda e por ela não estar fazendo nada, porque sempre foi muito ativa, ela mesma pega uma vassoura e varre. Mesmo magra, mesmo com a colostomia, mesmo faltando ferro e cálcio. (l/E)

m) SENTIR-SE PREJUDICADO / IMPEDIDO PELA SOBRECARGA DE TAREFAS

Agora eu sou praticamente a dona da casa. É um momento muito difícil para mim: ter largado tudo o que vivi em São Paulo para, depois de formada, cuidar da casa. Fica muito mais difícil conseguir um primeiro emprego porque sou inexperiente e tenho passado a maior parte do tempo em casa. Eu pensei em fazer uma pós-graduação, mas é difícil – a gente não é pobre, mas ter uma pessoa com câncer gasta dinheiro! Então agora, para fazer uma pós-graduação, eu preciso ter um emprego. Além disso, para quem passava o dia inteiro com as amigas – porque num colégio interno é isso – imagine o que é ficar em casa sem interagir... (m/R)

n) SENTIR QUE PRECISOU ASSUMIR PAPEL DE PRINCIPAL CUIDADOR

Na minha adolescência, fui muito “porra louca”. Fui de deixar a minha mãe de cabelo em pé, de estar bem próximo do irresponsável mesmo. Só que eu não tive escolha. Eu não tenho escolha porque eles colocaram isso no meu colo e disseram: “segura!”. Ou eu soltava e quebrava tudo ou... Eu não ia conseguir soltar e deixar quebrar tudo. (n/L)

O FILHO IMPOTENTE

a) VIVENCIAR SURGIMENTO / AGRAVAMENTO DA DOENÇA COMO SURPRESA

Falei: “ai meu Deus, e agora?”. Ai meu marido levou o exame dele para um outro médico para dar uma olhada e esse médico falou assim: “Acho que pelo o que estou vendo seu pai não aguenta nem fazer quimio, não consegue fazer uma cirurgia, ele está super debilitado, magrinho”. Pronto, desabou tudo! (a/N)

b) SOFRER AO RECONHECER / IMAGINAR O INEVITÁVEL AGRAVAMENTO DA DOENÇA

Fiquei muito assustada quando vi meu pai: ele não acordava. Foi horrível, o pior dia da minha vida, um desespero generalizado. Nem nas primeiras internações eu fiquei tão mal, acho porque naquela época eu ainda tinha esperança no tratamento, agora não tenho mais, já sei como funciona. Então, é assim: esperar morrer! (b/V)

c) SENTIR-SE DESAUTORIZADO / DESPRESTIGIADO COMO CUIDADOR

A sensação que tenho – pode até parecer uma coisa meio ruim – é que me preocupo, mas não vou atrás. Essa é a situação de hoje. Sei lá, para mim até parece estranho isso, sempre falo, porque parece que sou um filho que não cuida dos pais. Na verdade é o contrário, a gente vai atrás, mas de tanto dar murro em ponta de faca a gente acaba ficando calejado, até para não ficar sofrendo também. (c/E)

d) CONVIVER COM PROBLEMAS FAMILIARES CRONIFICADOS

Até uns 20 dias atrás eu estava ficando louco, extremamente inconformado com essa situação dele voltar a abusar do álcool e do cigarro. (d/C)

e) DISTANCIAR-SE POR NÃO CONSEGUIR ANIMAR DOENTE

Da janela do meu quarto vejo ela na sala sentadinha vendo televisão. Fico sondando ela o dia todo, mas não fico muito perto. Não consigo conversar porque tenho medo de desabar na frente dela. (e/A)

f) REVIVER PROBLEMAS DE RELACIONAMENTO COM GENITORES

A ausência da figura paterna como um pilar acho que sempre foi presente. Ficou estranho, né? Quis dizer que sempre houve uma lacuna, um espaço. (f/C)

O FILHO CULPADO

a) SENTIR-SE JULGADO / INCOMPREENSÍVEL

Quando toca o telefone eu até brinco: “é a patrulha”! Acabo comparando porque os irmãos da minha mãe também ligam, mas é uma vez na semana. E elas que estão mais perto da gente ligam duas vezes por dia! E quando não estamos em casa, por exemplo, quando vamos com

ela passear de carro, tomar um sorvete, minha tia liga no celular – parece que precisa conferir se estamos cuidando direito da minha mãe! (a/R)

b) CULPABILIZAR-SE POR SOFRIMENTO DO GENITOR / MEDO DE CAUSAR SOFRIMENTO ADICIONAL

Veja, meu pai não está inconsciente, não há infecção generalizada, não é demenciado, então por que eu tenho que decidir quando ele vai morrer? Fiquei paralisada, não conseguia mais falar. (b/V)

c) INCOMODAR-SE POR GOZAR DE CONFORTOS / PRIVILÉGIOS ADVINDOS DO ADOECIMENTO DO GENITOR

A minha sensação até hoje é que eu roubei. Ele não me deu, ele não passou o bastão, ele teve que sair de cena. E do jeito que eu assumi, eu não deixei espaço para ele voltar. Essa é a minha sensação. Não sei ainda avaliar se isso foi bom. Tanto que eu não gosto quando as pessoas dizem que a empresa é minha agora. (c/C)

O FILHO CRIATIVO

a) ENGAJAR-SE EM ATIVIDADES / RELAÇÕES DIFERENTES DO PAPEL DE CUIDADOR

Tenho tido tanto problema na parte familiar e pessoal, que no meu trabalho é onde tenho as minhas realizações. Por mais pressão, é lá que sinto “Que bom que estou aqui, realizando as coisas, produzindo...” (a/L)

b) SALIENTAR DIFERENÇAS

Vamos dizer assim: eu quero ir além – essa é uma característica minha – quero ir além de onde meu pai chegou e ele já percebeu isso. Não que ele tenha feito pouco, mas eu preciso ir além. (b/C)

c) INTENSIFICAR CONVIVÊNCIA / CRIAR SITUAÇÕES ESPECIAIS

Estou a fim de curtir a minha mãe. Não sei quanto tempo tenho com a minha mãe, então, estou a fim de fazer coisas bobas, sem muita seriedade. Curtir a minha mãe, sentar, dar risada, tomar um café ou um sorvete. (c/L)

d) SENTIR-SE AMADURECIDO / DESENVOLVIDO POR CUIDAR DO GENITOR DOENTE

No hospital mesmo, como alteram os papéis! Eu lá segurando a minha mãe: “Vamos dar uma volta”. Me tornei mãe e cuidei: “Vamos tomar banho. Arrume isso e aquilo”. Exatamente! Na última entrevista você perguntou se eu lembrava de alguma coisa que quisesse falar e foi justamente isso que pensei, me tornei mãe da minha mãe. Realmente. (d/F)

e) VALORIZAR / ELOGIAR / SALIENTAR QUALIDADES DURANTE PROCESSO DE ENFRAQUECIMENTO

Na realidade, meu pai era um líder! Essa característica dele eu admiro demais: envolver as pessoas, ser uma presença carismática. Os funcionários até hoje o respeitam muito. (e/C)

O FILHO ONIPOTENTE

a) EVITAR IDEIAS E ATOS QUE ADMITAM O MORRER

Sempre encarei a doença de forma bem racional, um dia por vez, avaliando o que era possível fazer a cada momento. Nunca pensei “ai, e se o câncer fizer metástases, e se ela piorar, e se morrer...”. (a/R)

b) REFERIR-SE A UM PROGNÓSTICO FAVORÁVEL, SEJA A CURA TOTAL OU A LONGA SOBREVIDA

O anestesista explicou que é a medicação que está deixando meu pai sonolento e confuso. Minha mãe está preocupada porque o intestino dele parou de funcionar, mas o médico vai em casa hoje e daí vamos perguntar. Sei lá... Deve ser porque ele toma muitos remédios. Até ele se adaptar, precisamos ter paciência. (b/V)

c) APRESENTAR-SE COMO ÚNICA FIGURA QUE COMPREENDE NECESSIDADES DO DOENTE E CONSEGUE ALIVIÁ-LO

Por exemplo: ontem eu voltei do trabalho – que, aliás, vai de vento em popa, fecha parênteses! – e ele estava meio dormindo, ele e o gato. Por sinal foi o melhor presente que eu poderia dar! Mesmo com todo o sofrimento, minha mãe se opondo, fazendo um bico enorme para mim, dizendo que só falta eu comprar um elefante... Cheguei em casa como sempre, toda alegre e saltitante, disse bom-dia ao meu pai e fui contar a ele sobre um problema que estou resolvendo com o convênio. (c/V)

d) APELAR PARA ESTRATÉGIAS / PESSOAS PODEROSAS

Já estava decidida a procurar outro médico, quem sabe aquele que está cuidando do vice-presidente [referindo-se a José Alencar, vice-presidente brasileiro acometido por um câncer abdominal]. Lembrei de uma amiga cujo pai foi tratado por esse médico e já estava ligando para conseguir o telefone. (d/V)

e) RESPONSABILIZAR-SE POR BEM-ESTAR DO GENITOR QUANDO A DOENÇA SE AGRAVA / TENTAR MOSTRAR-SE OTIMISTA

Perante ela sempre sou a mais firmona, a rocha, mas na minha casa chorava, batia o desespero. Mas me surpreendi comigo mesma. Achei que fui muito firme. Embora tenha sofrido, superei muito mais do que esperava. Muito melhor do que esperava. Ela sabe que sou toda sensível então às vezes até percebo que ela me poupa do que está sentindo. Até chegou a falar: “Você está se dedicando demais, fico preocupada com você”. Eu falei: “Não, até onde achar que posso, vou”. Mas me superei, acho que enfrentei tudo muito bem. Uma gastritezinha de vez em quando, mas foi tudo bem. (e/F)

3.3 Refletindo sobre observações

3.3.1 Dimensões psíquicas da orfandade adulta

Quando inicialmente foi utilizada no título do projeto, a expressão “orfandade” designava, em seu sentido literal, a condição do filho que perde pai ou mãe. “*Orfandade adulta: vivências emocionais de filhos adultos de genitor (pai ou mãe) com câncer em progressão*” pretendia remeter à condição de ver-se cada vez mais perto da perda do genitor acometido por câncer progressivo, fosse pela expansão local do tumor, pela presença de linfonodos, pela disseminação de metástases, ou devido a complicações orgânicas individuais que sinalizassem um prognóstico desfavorável. A expressão foi retirada por sugestão do Comitê de Ética, que cogitava a possibilidade de suscitar sentimentos aflitivos se utilizada no cartaz-convite exposto em salas de espera do setor de oncologia. O parecerista do Comitê preocupava-se com o risco de um filho adulto que lesse o título associar, pela primeira vez, “câncer em progressão” a “orfandade”, uma compreensível preocupação com o bem-estar do potencial entrevistado, mas, a meu ver, pautada pela noção equivocada de que essa seria uma situação traumatizante para um filho dar-se conta da crescente probabilidade de perder o genitor. Pelo menos da perspectiva psicanalítica, entende-se que todos precocemente lidamos com a fantasia de perder os pais, muito antes de sabermos o conceito de “câncer” ou “orfandade”. Não se supõe traumática uma ideia inúmeras vezes atuante na vida mental e que, por mais angustiante que seja, não é necessariamente intolerável psiquicamente (para Laplanche, é o que define um trauma: a excitação do sistema psíquico para além do limite que esse consegue suportar). Se a palavra “orfandade” poderia concretizar essa ideia, indicando a iminência de se realizar, isso vale para tantos outros eventos que inevitavelmente forçarão o filho a deparar-se com a aproximação da perda parental, seja um laudo de exame, um comentário médico, uma dor insistente. Servan-Schreiber (2011, p. 70), psiquiatra dedicado à oncologia desde que diagnosticou em si próprio um grave tumor cerebral, relembra em seu livro final os “sinais vermelhos” que indicaram o esgotamento de suas chances de sobrevivência: estatísticas desanimadoras lidas em um artigo científico, a sugestão de um patologista para que desistisse de tratamentos, a visita calorosa de dois capelães que levaram à clínica uma hóstia e leram o Salmo 23, segundo o autor, um “*cântico de morte próxima*”. Esses sinais que confrontam o desconhecimento – ou a negação – de um prognóstico ruim não podem ser

evitados, a despeito do sofrimento que causem em pacientes ou familiares já extenuados por um longo processo de exames, tratamentos e melhoras provisórias. Finalizado o estudo, o termo “orfandade” foi reincorporado, pois continuava indicando uma condição familiar – o contato com as sucessivas perdas que culminam na morte do genitor – e, agora, ganhara novo sentido, já que diversas entrevistas remetem ao que “órfão” figurativamente significa: “*abandonado, desamparado, privado, desprovido, falta*” (FERREIRA, 2010, p. 1517).

*A sensação que a gente tem é que está esperando na fila da adoção, que alguma família venha **adotar a gente**.* (Luciana)

*Eu me sinto **totalmente órfã**: meu pai não pode cuidar de mim porque está doente, minha mãe não cuida de mim porque cuida dele o tempo todo.* (Vitória)

*Acho que vou **ficar sem ninguém** porque já não tenho pai, já não tenho ninguém... Não sei explicar, mas a família, né? Não vou ter mais... Não sei, tenho minhas irmãs e o meu marido, mas é muito diferente.* (Antônia)

*Sinto **falta de alguém que me guie**, um coaching, como se diz hoje em dia.* (Carlos)

a) Desamparo

Estou agora acuado a iniciar-me no mundo – dura iniciação. Misérias de um nascimento (BARTHES, 2011, p. 214).

Enquanto obras como *The orphaned adult: understanding and coping with grief and change after the death of your parents* (LEVY, 1999), *Midlife orphan: facing life's changes now that your parents are gone* (BROOKS, 1999) e *From child to elder: personal transformation in becoming an orphan at midlife* (POPE, 2006) focalizam experiências de filhos que perdiam o único genitor vivo, no presente estudo os entrevistados apontaram para um estado de desamparo que, ao que parece, independe de haver outro genitor vivo além daquele que adoeceu, pois refere-se ao sentimento e não ao fato material, de perder definitivamente a condição de serem cuidados. Refere-se a uma “orfandade psíquica”, portanto, que independe da existência concreta de pais. Há uma perda de algo que o filho

reivindica para si, que considera um direito natural, que não aceita, portanto, dispensar. Leoutsakas (2003) salienta que, no âmbito da literatura ficcional, os personagens órfãos geralmente são filhos de pais ainda vivos, que, por distintas razões, entregam a criança diretamente a outros pais, ou deixam-na à própria sorte onde é encontrada (e salva) por um desconhecido. Moisés, Édipo, Quasímodo são, para o autor, representantes populares da experiência de orfandade enquanto desamparo por pais que poderiam, se desejassem, viver junto ao filho que deixaram. Corso e Corso (2006) compartilham dessa hipótese explicativa, entendendo os órfãos expulsos de casa como expressões ficcionais da tendência a sentirmos a perda da infância como uma imposição de pais negligentes e mal-intencionados (daí a necessidade de madrastas e bruxas para representarem a hostilidade de que os filhos sentem-se vítimas e que precisam atribuir, pelas vias do recalque, a outras figuras que não sejam os pais biológicos). Dessa perspectiva literária, o elemento da orfandade é uma emanção do inconsciente sentimento de abandono que se instaura no início do desenvolvimento humano e nunca se extingue por completo. Sentir-se repentinamente deixado só pelos genitores (seja aquele que adoeceu, seja aquele que assumiu o papel de cuidador) quando esses são forçados pelas circunstâncias a frustrar as necessidades do filho remete à Klein (1996/1936, p. 336) quando defende que *“a frustração é sempre percebida como privação: se a criança não pode obter aquilo que deseja, é porque isso está sendo retido pela mãe má, a cujo poder está submetida. “É isso” – completa a autora – o que torna tão pungente a dor daquilo que parece uma simples contrariedade”*.

A insuficiência de cuidados provenientes dos pais é uma alegação filial bastante comum. Essa espécie de acusação pode fazer-nos lembrar que alguns filhos assumem perdas e danos, pela vida afora, das dificuldades estruturais ou afetivas próprias do ambiente em que se desenvolveram. Pode-se também levantar a possibilidade de que o discurso magoado provenha de um filho cuja constituição psíquica favoreça o sentimento de injustiça por haver recebido menos afeto do que necessitava e merecia – é o que condenaria à insatisfação, por exemplo, as personalidades que tendem à ingratidão (KLEIN, 1991/1957), ou ao que atualmente entende-se como ressentimento (KANCYPER, 1994; KEHL, 2003, 2004). Certamente essas não são hipóteses que um estudo qualitativo possa investigar, já que o breve contato, e tão focado em uma única temática, está distante das condições da análise que permitem o estabelecimento de uma relação que pouco a pouco revela aspectos fundamentais do funcionamento psíquico daquele analisando. A fala de alguns entrevistados pode, tão somente, apontar para um desamparo fundamental, original, infantil que ressurge em uma situação concreta de perda. *“O estado de desamparo produz as primeiras situações de perigo*

e cria a necessidade de ser amado, de que o homem não se livrará mais”, afirma Freud (1996/1926, p. 145), defendendo uma noção de vulnerável condição humana que outras vezes retomaria, por exemplo em *O mal-estar na civilização* (1996/1930), quando preconiza a infelicidade como experiência comum devido aos sofrimentos que ameaçam a partir de três direções: “*de nosso próprio corpo, condenado à decadência e a dissolução [...], do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com outros homens*”. O desamparo é, portanto, o estado inescapável em que todo o desenvolvimento humano ocorre, desde o nascimento, e pela vida afora. Considerando apenas o fato de que nenhum filho tem acesso à mãe sempre que deseja, sequer quando é um bebê, precisando tolerar um “constante estado de desmame” (KLEIN, 1996/1936, p. 336), a adaptação a frustrações é exigida quando o filho vê-se em um processo de crescente perda das possibilidades de cuidado pelo pai ou mãe adoecidos.

Uma possível explicação para tal indisponibilidade afetiva é o destino da libido em situação de doença progressivamente debilitante. Freud (2006/1914b) preconiza uma relação direta entre o sofrimento físico e a incapacidade de amar, o que ajuda a entender a situação de perda em que os filhos já estão, mesmo antes da morte de seus pais: uma situação de “perdas parciais” (BERENZIN, 1970, 1977) ou “lutos antecipatórios” (RANDO, 1986, 1991, 1993) que se impõem ao filho ao longo do agravamento da doença de seu genitor.

Todos sabemos e consideramos natural que o sujeito atormentado por uma dor orgânica e por incômodos diversos deixe de se interessar pelas coisas do mundo exterior que não digam respeito ao seu sofrimento. Uma observação mais acurada nos mostra que ele também recolhe seu interesse libidinal dos objetos de amor e que, enquanto estiver sofrendo, deixará de amar (p. 103).

“Deixará de amar”... deixará de falar, deixará de ouvir, deixará de conviver. São os exemplos relatados por alguns entrevistados.

*Hoje falei “mãe, você **nem falou nada** da minha blusa.” “Ah, mas você está linda, sempre está linda e elegante. Não precisa falar.” “Lógico que precisa falar!” (Luciana)*

*Meu pai **nem pergunta da empresa**. Digo que agora ele é apenas “dono”. Às vezes me pergunta: “como estão as vendas?” E eu respondo: “batemos as metas.” “Ótimo” – é só isso que ele responde. Pronto, morreu. (Carlos)*

*Eu estava lembrando meu pai sobre a sequência do tratamento, explicando direitinho o que aconteceu, e **ele me mandou ficar quieta!** Sabe*

o que eu fiz? Disse: “Tudo bem, pai” e saí. Depois ouvi o médico dizendo ao meu pai que eu só estava querendo ajudar. (Vitória)

Tivemos uma fase muito boa, com minha mãe recuperada da cirurgia e da quimioterapia, voltando a trabalhar. Lembro daquelas férias especiais porque ficávamos pintando juntas, fazendo caixinhas decoradas. Até que ela começou a sentir muita dor e fraqueza, estava definhando, e realmente começou a precisar de mais cuidados. (Raquel)

A antítese entre a libido objetal e a libido do ego (preconizada por Freud em *À guisa de uma introdução ao narcisismo*) aqui aparece claramente, já que o investimento libidinal em si próprio esgota as possibilidades de ligação com situações, pessoas ou objetos que antes eram fontes de prazer. Se na paixão, exemplifica Freud, há um esquecimento de si em função da intensa ligação com a figura amorosa, no adoecimento é o entorno que perde valor. Essa retração da libido para o próprio sofrimento corporal pode produzir um *ensimesmamento* no doente que o torna morto na dimensão das relações. Daí as doenças fatais progressivas serem discutidas por Sweeting e Gilhooly (1991-1992) como casos importantes de “*morte social*” e exporem os cuidadores ao que Boss (1999) chama de “*um adeus sem partida*”. Essas expressões cabem aqui porque se referem à continuidade da vida biológica, às vezes por anos, durante um processo de enfraquecimento do papel paterno / materno. Aquela possibilidade vislumbrada por Klein (1996/1937, p. 360), de que, para filhos adultos, a mãe de quem se tornaram independentes “*será sempre a mãe dos primeiros dias, cujo seio lhes dava gratificação e que satisfazia seus desejos e suas necessidades*”, exige da mãe (ou pai) uma suspensão das próprias necessidades, o que, ao doente, é cada vez mais difícil, já que as incômodas alterações corporais impõem-se à sua consciência, dificultando que atenda necessidades alheias.

Alguns entrevistados sugerem o quanto é difícil perder, simultaneamente, um objeto externo (de quem se recebeu, ou pelo menos esperou receber, proteção e valorização) e alguns de seus aspectos internalizados (que desde o início da vida de relação conferiram senso de identidade). Junto ao pai adoecido, morre também o “*exemplo*”, o “*herói*”, a “*família feliz do comercial da Dorian*” – e com esse esvanecimento da idealização, aumenta o sentimento de solidão, pelo menos se entendermos que uma maior integração entre aspectos bons e maus de um objeto, ao permitir vê-lo mais realisticamente, deflagra sua imperfeição e, portanto, a impossibilidade de estabelecer com esse objeto uma integração plena (KLEIN, 1996/1963b).

Nunca tinha ido buscar meu pai no bar. Ultimamente eu fui algumas vezes. Engoli o orgulho – acho que foi isso. Cheguei, cumprimentei e parece que

ele nem se incomodou de me ver ali. Antes ele se incomodaria. [...] Não é gostoso perceber isso, que o pai não é um exemplo. A ideia é que o pai seja um herói, mas hoje eu percebo que ele é humano, com qualidades e defeitos, como todo mundo. (Carlos)

A gente acha que sai de uma situação muito ruim e vai para uma situação muito boa. Às vezes, eu pelo menos, sinto que essa situação boa ainda não chegou. Sabe o comercial da Dorianana, com aquela família feliz? Toda essa experiência com a doença me deixou um pouco nulo também, um pouco... Não vou avançar nessa relação, digamos assim, não vou abrir o coração porque posso me ferir. (Eric)

Para esses participantes, o abandono não é uma decorrência do adoecimento, mas uma falta antiga que a doença agravou. O que já não era possível, agora se torna uma pendência que jamais será solucionada. Aquilo que já não se reivindicava do genitor, inviabilizou-se com a progressão de uma doença agressiva; e se perderá definitivamente quando a morte ocorrer. Uma participante reconhece ser “infantil” sua indignação quando vê a mãe oferecendo a visitas aquilo de que ela, filha e principal cuidadora, precisou abrir mão. A “fotografia da relação” parece ser essa: abrir mão dos prazeres infantis que agora se tornam indisponíveis para uma filha adulta que se tornou cuidadora. Para as visitas, a mãe oferece “bolo de chocolate com cobertura”; para ela que é filha, “nem pão” há.

Eu falei brincando, mas aquilo é o que senti. “Puxa vida! Venho todo sábado aqui. Você liga pra mim e fala ‘não venha para almoçar que não vou fazer almoço’.” Se eu não pedir pra fazer um café... Às vezes você fala pra mim que não tem nem pão... Agora chego aqui, está a prima, a neném, minha tia, meu tio, minha outra prima e vocês fizeram até bolo de chocolate com cobertura!” Foi uma reação infantil, mas senti aquilo. Fiquei falando e brincando e todo mundo dizendo: “Larga mão, parece tonta!” Mas fiquei falando aquilo porque é o que sinto! É essa a fotografia da relação! (Luciana)

Fazer as refeições juntos nunca foi um hábito da nossa família. Hoje eu sinto falta disso, de poder dizer “o almoço de domingo é na casa do pai”. (Carlos)

Às vezes acontece dele conversar comigo, mas o que quero dizer, vamos também situar um pouco, é que sempre tentei ficar perto. Ter uma relação pai e filho, falar coisas, confessar coisas, pedir opiniões. Isso tentei e nesse ponto falo para você que ele é inacessível. Isso é uma coisa que não faço mais e não é porque ele está doente agora que vou voltar atrás. Porque mesmo doente ele enfeza, então, não vou tentar mais. (Eric)

“Foi uma reação infantil, mas senti aquilo”, diz Luciana, intuindo que espera da mãe algo que um bebê (*infans*, “aquele que não fala”) reivindica. Isso faz lembrar que, da

perspectiva de Klein, a partir do nascimento, o bebê se relaciona com objetos externos preenchidos por aquilo que deseja, mas não possui. A mãe dispõe de leite e afeto, porém são fontes de prazer que nem sempre estão disponíveis – são posse absoluta da mãe. Por isso a inveja é preconizada na teoria kleiniana como um sentimento atuante na origem do funcionamento psíquico (daí chamada de “inveja primária”) e que muitas vezes se atualizará. “*Demanda grandiosa de amor absoluto, urgente, irrealizável, destinada à frustração: é isso o que Klein considera o caráter infantil – isto é, insaciável – de todo desejar humano em sua fonte mais inconsciente e arcaica*” (CINTRA, 2007, p. 307-308). A frustração do desejo de possuir a figura amorosa soma-se, com o tempo, à exigência de assistir – de fora – a essa figura relacionando-se com outra. Filhos adultos reaproximados da vida familiar por razão da doença de um dos genitores possivelmente revivam, na relação triangular com seus pais, a angústia própria do Complexo de Édipo: perceber-se *separado, diminuído e preterido*. Perceber-se, fundamentalmente, *retirado* do centro das preocupações dos pais e *insuficiente* para satisfazê-los, já que esses, agora, voltam sua atenção para o relacionamento conjugal.

Se eu te contar outras histórias da minha vida vai ser a mesma coisa, esse mesmo sentimento de ser excluída. (Raquel)

Comigo é diferente: “saiu de casa, se vira!” Fiquei mais dois dias em casa e ele falou: “Pô, você não trabalha mais, não?” (Eric)

Esses dias eu falei para ela: “Mãe, você vai acabar morrendo assim que ele morrer”. Ela me olhou e disse “Fazer o quê?” Você acredita que ela diz isso com a maior naturalidade? Quer dizer, então, que os dois vão embora e tudo bem? Afinal, eu sou o quê, apenas a consequência de um casamento? (Vitória)

Como se vê, as expectativas frustradas não se referem somente ao genitor doente, mas também ao genitor cuidador. Embora o casal parental continue em pleno vigor, em uma proximidade favorecida pelo adoecimento, enquanto pais essas figuras estão enfraquecidas. Algumas vezes o entrevistado salienta que o doente está no centro dos investimentos do outro genitor, recebendo cuidados exclusivos. Para o doente, há tempo, há paciência, há escuta, há disposição. Do doente cuida-se como se fosse uma criancinha, ajudando-o a defecar, e reverenciando-o como a uma rainha, sacralizando suas vontades (imagens que remetem à Freud referindo-se à “*Sua majestade, o bebê*”). Esses gestos de cuidado do cônjuge com o doente são percebidos como prerrogativas que o filho somente assiste, injustiçado. Novamente, é o que parece, há um ressentimento por algo que somente os pais compartilham.

Seja a criança diante da sexualidade vivenciada pelo casal parental, ou, agora, o adulto diante da intimidade desse casal em torno de uma doença grave – o filho apenas assiste.

*Eu achei que minha mãe iria comigo ao médico. E ela só não foi porque meu pai tomou aquele remédio para funcionar o intestino. Eu falei para ela: você precisa ficar do lado para segurar quando ele fizer? **Vai ajudar como, massageando o intestino dele? Até onde eu sei as pessoas fazem cocô sozinhas!** Meu pai tem a enfermeira – que é paga para isso – mais a empregada e o caseiro. E ela vem dizer que não pode se ausentar nem por 45 minutos, uma hora no máximo! (Vitória)*

*“Fala baixo, sua mãe está dormindo!”, “Não responde assim para sua mãe!” – tudo era por causa dela, entendeu? Eu falando assim parece insensível, mas, por exemplo, **depois que minha mãe ficou doente ela se transformou na rainha da casa!** (Raquel)*

Para alguns entrevistados, o cenário instaurado pela doença parece favorecer uma revivência edípica, não porque o genitor saudável garante ao doente privilégios exclusivos, mas, ao contrário, porque teria negligenciado as necessidades do cônjuge que, agora, somente o filho consegue suprir. Ao invés de uma *indignação edípica*, talvez possamos dizer, há uma *conquista edípica*. Alguns filhos entrevistados acusam um dos genitores pelo adoecimento do outro e colocam-se como a principal figura que consegue perceber e solucionar o que o genitor causou. A acusação, somente, não remeteria a essa vivência infantil. Lembra Segal (1998, p. 105), sublinhando a ansiedade paranoide como sendo própria do funcionamento psíquico normal, que: *“Todos tendemos a nos defender contra a culpa, a perda, ou mesmo contra a incerteza, procurando alguém a quem acusar”*. O que chama a atenção é o filho reagir à suposta incompetência do pai ou mãe, que teria causado – ou, ao menos, complicado – a doença que acometeu o outro.

***Eu e meu irmão do meio acompanhamos ela no hospital por quinze dias. A gente ficava revezando quando ela ficou internada até a primeira cirurgia. O meu pai não podia acompanhar.** (Eric)*

***Quando ela foi operada, falei: “Fico com você no hospital, vou atrás de tudo”.** Tanto é que venho com ela. Agora com ele, já falei para o meu irmão: “Agora vou cuidar da minha mãe. Você fica com o pai no hospital...”. **No começo fiquei bem assim: “ele é o grande culpado, o grande culpado”.** (Flávia)*

*Meu pai não queria ir ao hospital, eu é que tive que convencer. **Se fosse minha mãe pedindo, “forget it”, mas se eu falo ele respeita.** Ele confia em mim porque sabe que, **por ele, eu faço e desfaço.** (Vitória)*

Uma coisa que falo para ela, “Mãe, o doutor disse que a própria doença tira o apetite. Pensa bem, se o pai olha para a panela e vê uma comida que não gosta e já não tem vontade, vai comer? Não vai!” Vou e faço, procuro estar fazendo a comida que ele gosta e levar. (Nice)

O ataque ao sobrevivente e a idealização do morto por parte de filhos que perderam um dos genitores, lembra Jacobson (1994/1965), é um fenômeno estudado desde o início da psicanálise. Em trabalhos como *L'identification d'une fille à sa mère morte* (“A identificação de uma filha com sua mãe morta”), de Marie Bonaparte (1928), apoiado sobre a noção freudiana de que o adulto gera fantasiosamente memórias de sua infância, construindo o que o autor denominou *Romances familiares* (1996/1909), aponta-se para a necessidade de uma glorificação da figura morta e uma culpabilização de quem o sobreviveu. Para Jacobson (1994/1965), esse mecanismo aliviaria a dor narcísica daquele que perdeu um genitor, na medida em que esse seja considerado alguém que não desejou partir, que não deixaria o filho, mas que sucumbiu à presença perturbadora do cônjuge. Ao denunciar e compensar a nocividade de um genitor sobre a saúde do outro, o filho parece realizar, adicionalmente, um acerto de contas pessoal. O genitor acusado pelo dano ao doente também é acusado por abandonar o filho – seja por “*ruindade ou porque não percebe mesmo*”, diz Nice sobre a mãe, que se recusa a cozinhar para o marido (que enfrenta um câncer de pulmão avançado), como o fez, em outros momentos, aos filhos e depois aos netos. Ao lançar-se na defesa do doente, o filho, ao que parece, denuncia uma falta que pessoalmente sofreu. Há uma insensibilidade antiga de que esse genitor é acusado, o que o torna inadequado para ocupar o lugar que o doente pouco a pouco precisa abandonar. Kehl (in FREUD, 2011/1917, p. 18-19) lembra que “*A perda de um ser amado não é apenas a perda do objeto, é também a perda do lugar que o sobrevivente ocupava junto ao morto. Lugar de amado, de amigo, de filho, de irmão*”. Para alguns entrevistados, esse lugar esvaziado não pode ser preenchido pelo outro genitor, que seria, supostamente, o substituto imediato. Seja porque se dedica exclusivamente ao cônjuge, seja porque não se dedica a ambos – cônjuge e filho –, o genitor que provavelmente sobreviverá ao doente também deixa seu filho órfão.

Pelo menos no dia do meu casamento esperava que meu pai falasse alguma coisa, porque foi ele que me levou até a igreja, mas não falou absolutamente nada. Às vezes ele faz uma ou outra brincadeira sobre casamento, mas é só. Para ele é uma palhaçada. (Eric)

Meu pai é uma pessoa assim: tudo você tem que tomar cuidado, o jeito que você fala, senão ele é todo melindre, senão ele já fica bravo. Você tem que estar sempre agradando ele. Por isso que sempre você tem que tomar

*cuidado, sempre tem que estar meio tensa do jeito que vai falar com ele. Sempre foi assim. **Sempre tinha que ser do jeito que ele queria, se não...*** (Flávia)

*Sentei para conversar com a minha mãe porque está ridícula a nossa situação. Eu disse um pacote de coisas na cabeça dela; **eu falei: “mãe, assumo que você vive para o meu pai e que eu sou uma peça secundária nessa casa, que tudo aqui – incluindo você – é secundário. Veja que se você continuar assim vai morrer em menos de três meses depois que meu pai falecer!”*** (Vitória)

*Quando ela começa a reclamar das coisas, falo: “Presta atenção” porque às vezes ela reclama que ninguém liga. Falo: **“Mãe, a senhora não tem nenhum filho vagabundo! Quer que eu vá para sua casa, mas reclama do seu marido e dos seus filhos, não faz outra coisa na vida a não ser reclamar!”** Não sei... Quem sabe mais gente falando ela consegue perceber porque **já estou cansada, já estou desistindo!*** (Nice)

O duplo desamparo que se instaura parece fazer com que esses filhos adultos “batam à porta” de outras figuras. Para alguns entrevistados, os familiares são figuras que não zelam pelo estado do filho, que é o principal cuidador; em alguns casos, ainda, aumentam sua sobrecarga com demandas pessoais. É provável que, sendo adultos, encontrem dificuldade de compartilhar as inquietações e angústias próprias da situação de testemunhar a crescente fragilidade que o câncer impõe quando escapa das possibilidades de cura. Especialmente sendo filhos jovens, cujo entorno social é pouco familiarizado com a perda de pais, são mais vulneráveis à “falência empática”, que Jordan e Ware (1997) percebem como um sofrimento adicional na experiência de perder os pais durante a vida adulta. A possibilidade de fortalecimento dos vínculos fraternos, apontada em artigos e biografias (SCHARLACH; FREDRIKSEN, 1993; BROOKS, 1999; LEVY, 1999; POPE, 2006), não apareceu nos relatos dos entrevistados ouvidos no presente estudo. Ao contrário, ao invés de serem percebidos como fonte de apoio emocional e social, os irmãos são ausentes, descomprometidos, incompreensivos, compondo, junto a outras pessoas, um contexto de “falência empática”. Novamente, como se cogitou a respeito do complexo edípico, é possível que a reaproximação dos membros da família por razão da doença que acometeu um dos genitores instigue a *rivalidade entre irmãos* vivenciada nitidamente (mas não exclusivamente) durante a infância. Em especial quando a figura que adoeceu centralizava as responsabilidades na organização da vida doméstica (o que mais frequentemente é papel assumido pela mãe), o filho que assume as pendências tende a acusar os irmãos de seguirem com suas rotinas pessoais inalteradas ou

de tumultuarem inutilmente o funcionamento da casa, sem oferecerem uma contribuição efetiva.

*Eu me entrego muito. Se tem uma coisa para tratar, trato e vou até o fim. Esqueço de mim e faço. Depois caio, mas aí já fiz. Então, **fiquei muito triste com as minhas irmãs porque achei que me deixaram meio sozinha.*** (Antônia)

***Perto dela** [irmã] **é difícil** porque ela sempre foi loirinha, delicadinha e mais bonitinha, mais engraçadinha. **Todo mundo prestava atenção nela.** Na verdade, desde que ela nasceu. (Raquel)*

*Quando pude me aproximar do meu irmão um pouco mais em algumas situações, **dez minutos de conversa foi o bastante para gerar um clima tenso.*** (Eric)

***Não resta mais família: minha irmã é totalmente desestruturada e descompensada. Meu irmão é inexistente.** Então, meu pai tem só um filho que sou eu. Já a família da minha mãe é maravilhosa, eu amo todas elas profundamente. Só que todas têm mais de 90 anos! Elas não morrem! Eu brinco que elas dormem na piscina do Cocoon, aquele filme sobre os velhinhos que amanhecem jovens. Duas já receberam extrema-unção e estão vivas! Elas estariam aqui se pudessem, mas não dão conta!* (Vitória)

O papel de principal cuidador quase sempre é explicado pelo filho como uma tarefa assumida muito antes do surgimento da doença, ou, pelo menos, como um destino que finalmente é concretizado. Assumindo o papel de principal cuidador, o filho, no entanto, cria um novo impasse para si próprio. Aquele que cuida – ou que “faz e desfaz”, como afirma Vitória – vê-se em uma inversão de papéis, em que seu lugar agora é daquele que oferece e não, o que é tão próprio da posição filial, o lugar daquele que recebe.

*De um ano para cá eu **não sou mais cuidada, sou cuidadora.** Como é que fico eu agora? O que eu faço com os meus medos?* (Vitória)

*Estava a fim de ver a minha mãe, matar a saudade e conversar sobre coisas bobas. Não estava a fim de sentar, conversar e ficar dando bronca, chamando a atenção porque o **meu papel fica só sendo esse sempre.*** (Luciana)

*Realmente ando muito cansado, até porque assumi uma segunda família, **uma posição que eu não pedi: chefe de família na casa dos meus pais.*** (Carlos)

Em diversas entrevistas aparecem figuras que poderiam ter diminuído o sentimento de desamparo, mas, por uma razão ou outra, não o fizeram. Busca-se um substituto que tenha, em alguma medida, a mesma *valência amorosa* daquele que adoeceu. Se encontrar um objeto significa reencontrá-lo, isto é, recuperar pelo menos parcialmente satisfações vividas no passado (FREUD, 1905/1996), – as relações amorosas trazem em si a ânsia de substituir objetos perdidos. Há um lamento na fala de Raquel, por exemplo, sobre um romance inviabilizado por ser obrigada a voltar à casa da mãe todos os finais de semana desde que a doença evoluiu a ponto de torná-la dependente de cuidados.

Eu tinha um amigo que sempre me chamava para sair. Eu tive a impressão de que gostava de mim, posso ter me enganado, mas era o que parecia. Só que eu nunca podia aceitar os convites dele e com o tempo isso foi acabando, ficamos só amigos, e eu me pergunto até hoje se nada aconteceu porque eu tinha que vir para cá. (Raquel)

Há uma esperança na fala de Vitória diante do médico anestesista que realiza atendimento domiciliar para controle de dor. Esse jovem “forte e acolhedor” que alivia o sofrimento do pai também é depositário de outra missão: aliviar o desamparo de Vitória, “preenchendo lacunas” que o adoecimento do pai instaurou.

*Estava faminta de alguém forte e acolhedor! Porque o Juliano [médico anestesista]... Isso é muito louco... Segundo a minha terapeuta, nós temos um namoro de adolescentes. Até hoje não ficamos. É fora do normal! **Eu preencho lacunas nele e ele em mim.** Ele é extremamente acolhedor, é extremamente cuidador, ele tem um cuidado com meu pai que eu sempre esperei do meu namorado. (Vitória)*

E há, também, uma aposta de que um filho preencherá o lugar que vai se esvaziando durante o adoecimento, – ou que o teria feito, se tivesse nascido. Seja enquanto companheiro ou cuidador, um descendente torna-se uma urgência. Por isso esses filhos imaginários são depositários oportunos para os desejos que, na dimensão cotidiana e concreta da vida, nunca são plenamente atendidos. Por isso, também, a perda de pais cria impasses nas relações de adultos enlutados com seus cônjuges e filhos quando, por uma transferência de expectativas para essas figuras reais, exigem dessas pessoas o que não podem oferecer (GUTTMEN, 1991; JORDAN; WARE, 1997).

Tem horas que penso: sem minha mãe e sem o meu pai, eu e meu marido sozinhos, e aí? Parece que não é uma família. Parece que o filho vai ser... Lógico que não vai ser a minha mãe, mas vai ser como uma companhia. A

falta da mãe, até pensei nisso outro dia, o dia que morrer a minha mãe e o meu pai, parece que se não tiver esse filho não vou ter companhia. É engraçado porque vou ter meu marido, mas parece que um filho vai – não sei se isso é um exagero – mas vai ser um companheiro e preencher esse vazio. (Flávia)

Já falei para as minhas irmãs: “Olha, vocês ainda têm os filhos para cuidar de vocês. E eu?” Elas falaram assim: “Mas você acha que os seus sobrinhos não vão cuidar de você?” Não sei, eles têm a vida deles. (Antônia)

Sabe, é muito difícil perder o pai quando se é jovem. Eu fico pensando que ele não vai me levar na igreja quando eu casar... Também que não vai conhecer meus filhos. (Vitória)

A gente já colocou um tempo limite, principalmente para a questão de filhos. Seis meses é o máximo que a gente vai esperar, é o que a gente vai evitar. (Eric)

No relato de Luciana, o filho é um tema recorrente nas três entrevistas realizadas, sempre como um desejo da mãe que ela recusava-se a atender – porém, transcorridos 11 meses desde a última entrevista, a participante escreveu para comunicar qual era seu “próximo plano”, concomitante aos cuidados com a mãe: “bebês”. Essa mensagem suscitou a hipótese de que a enfática recusa em engravidar fosse a negação de um projeto em andamento, compreensivelmente dificultado pela sobrecarga de tarefas profissionais e familiares (tal como ela própria argumentou), mas estimulado pela aproximação da segunda perda concreta de um genitor.

Hoje não teria um filho de jeito nenhum porque não ia conseguir dar conta. Minha mãe é mais ou menos um filho! Uma das coisas que ela falou quando ficou doente foi “se eu tivesse um neto, as expectativas iriam mudar e tudo mais” e eu pensei “não me cobra isso neste momento porque não tenho condições!” (Luciana)

Meu pai sempre falou isso quando era vivo: “A única que vai me dar neto é você, porque você é a única que vai casar...”. Meu pai já queria que eu tivesse um filho seis anos atrás, antes dele morrer. Nem era casada. Não tenho vontade de ter filho. Não sei se essa pressão, essa cobrança, essa “coisarada” na minha cabeça... “Eu não sei se quero”, falo para a minha mãe. Só que na minha cabeça fico: “Nossa, e se a minha mãe morrer e não der um neto para ela...” Essas culpas me perseguem. (Luciana)

Flávia também escreveu algumas mensagens após o encerramento das entrevistas, todas as vezes perguntando sobre meus filhos gêmeos (dos quais soubera por ter sido

entrevistada no final de minha gestação). Na primeira mensagem, comunicou o adiamento do tratamento de reprodução assistida devido a um nódulo na mama que precisava ser investigado (sendo a mãe uma paciente com câncer de mama, o médico ginecologista da filha considerava arriscado utilizar hormônios em alta dose para favorecer uma gravidez e, com isso, aumentar a chance de um pequeno nódulo transformar-se em um tumor), depois avisou sobre o início de seu tratamento para engravidar e, sucessivamente, o resultado positivo do teste, o resultado do primeiro ultrassom e a chegada à 35^a. semana gestacional. Por fim, enviou uma fotografia do nascimento de sua filha, avisando que a menina recebera meu nome. Considerando que minha participação consciente foi apenas como ouvinte de uma firme decisão por nova tentativa de fertilização *in vitro*, talvez nossa convivência durante o final da gestação de bebês gêmeos e, também, meu interesse de pesquisadora em compreender sua necessidade de iniciar o tratamento reprodutivo – exatamente quando o pai se recuperava de um câncer de língua e a mãe continuava sob quimioterapia por razão de um câncer de mama recorrente – tenham funcionado como uma validação do desejo de engravidar em circunstâncias aparentemente desfavoráveis (inclusive porque o marido questionava a necessidade de apressar uma gravidez que poderia futuramente ocorrer sem intervenção médica). Pelo menos por essas razões é possível que as entrevistas da pesquisa e a realização exitosa da fertilização tenham fortemente se associado, daí ocorrendo à Flávia atribuir meu nome à sua filha – *como se* eu a tivesse deliberadamente ajudado.

Esses dois exemplos ilustram tentativas de reduzir o desamparo provocado pelo retraimento afetivo do genitor doente e, sobretudo, pela impossibilidade de outras figuras (familiares, namorados,...) suprirem necessidades emocionais filiais que ninguém pode suprir plenamente, exceto na dimensão imaginária. Nessa “lacuna”, como diz Vitória, cabem somente aqueles que, não sendo reais, estão livres das impossibilidades das pessoas que efetivamente convivem com o filho que antecipa a perda do pai ou mãe. Por isso essas figuras altamente idealizadas como cuidadores amorosos – o médico de dor, para Vitória; o namorado, para Raquel; o *coaching*, para Carlos; o filho, para Eric, Antônia, Luciana e Flávia – são invocados durante o processo de perda do genitor. Não apenas aquele que adoeceu, mas também os familiares e profissionais de saúde a sua volta são dificilmente idealizáveis nessa rotina de coletivo desgaste físico e emocional que tende a piorar a comunicação e a convivência.

Eu não tenho culpa de ter me iludido. Quando eu perguntei [ao médico] se a curcumina era placebo ele disse “de jeito nenhum, mais de 90% dos meus

*pacientes tiveram resultado”. Ele disse claramente que esse remédio fitoterápico não curaria os tumores, mas que poderia impedir que aumentassem. Ora, é claro que minha esperança cresceu! **O problema é que depois ele vem com um machado e corta essa esperança. Como posso confiar num homem desses!** (Vitória)*

*Nunca tinha ido buscar meu pai no bar. Ultimamente eu fui algumas vezes. Engoli o orgulho – acho que foi isso. **Cheguei, cumprimentei e parece que ele nem se incomodou de me ver ali. Antes ele se incomodaria.** (Carlos)*

Por isso, talvez, ocorra a idealização de figuras externas ao núcleo familiar que, imagina-se, possam compensar a impotência daqueles que cada vez conseguem menos, diante do implacável avanço da doença. Considerando que, ao idealizar uma pessoa, protegemo-nos da culpa e retaliação que poderiam advir da expressão de pulsões destrutivas – já que isolamos “bons” sentimentos de “maus” sentimentos e compensamos esses com aqueles – (KLEIN, 1952), é possível que os sentimentos hostis em relação a familiares, cuidadores e ao próprio doente sejam contrabalançados pela valorização excessiva a outras figuras. A escolha de meu nome para a filha de Flávia, por exemplo, sugere a idealização de alguém que está fora do contexto daquele adoecimento e que, nessa condição preservada de desentendimentos e ressentimentos fomentados pela doença, é um objeto propício de idealização, já que se interessa por seu sofrimento de filha, apenas demandando que fale sobre suas experiências de perda, sem impor-lhe exigências, críticas ou frustrações – sem, portanto, aumentar seu desamparo, sua impotência, sua culpa.

Outros trechos de entrevistas também sugerem que a pesquisadora possa ter adquirido um valor que extrapola o papel de investigadora, ainda que tenha oferecido estritamente uma breve sequência de encontros cuja temática foi preestabelecida. Revendo as entrevistas, podemos encontrar trechos desnecessários à investigação proposta, um claro desvio do método científico, o que ajuda a entender a solicitação de psicoterapia por cinco dos entrevistados (efetivada somente com Daniel, já que seu irmão, e não ele, foi aceito como participante da pesquisa). Essa eventual confusão de papéis (pesquisadora-psicoterapeuta) pode ter funcionado, para alguns participantes, como um convite à idealização da entrevistadora enquanto alguém capaz de decodificar e legitimar suas experiências.

A sua mãe, muito preocupada como teu pai e as tuas irmãs, talvez tenha tido dificuldade de te aninhar, proteger e mimar. E as tuas irmãs idem, mesmo sendo mais velhas. Elas não exerceram esse papel fraterno, como você mesma disse. (entrevistadora dizendo à Luciana)

Parece que você está em busca de uma figura forte na sua mãe e que não encontrou. Não sei dizer se nunca houve essa figura, nem se nunca haverá. Mas nesse momento você fala de uma mãe que está morta. Talvez por isso a figura do médico de seu pai seja hoje uma paixão para você. (entrevistadora dizendo à Vitória)

Sentindo-se insuficientemente analisados (um efeito colateral dessas precipitadas tentativas de interpretação), solicitaram que a relação fosse continuada. Vislumbrando o final de nossa relação (em alguma medida uma relação clínica, embora não devesse sê-lo), tentaram adiar essa separação. Cabe, no entanto, observar que, independentemente do grau de idealização sobre o entrevistador, a escuta investigativa pode funcionar como um contraponto à “falência empática” (JORDAN; WARE, 1997), que contribui para o desamparo psíquico do enlutado. Se for esse o caso, alguns trechos ilustram a dimensão existencialista de estudos qualitativos defendida por Turato (2008, p. 242) quando se refere à pesquisa como uma situação de “acolhida das angústias e ansiedades do ser humano”.

*Não imaginava que dois ou três encontros iam me ajudar tanto. Porque eu não consigo falar assim. Não sei se é porque as pessoas **não me ouvem** ou se eu realmente não consigo.* (Luciana)

*Para mim foi bom porque são coisas que **não falo para ninguém**. Só de vir aqui, falar e chorar está me fazendo bem...* (Nice)

*Nossa, a primeira entrevista foi muito forte para mim. Lembro que em diversos momentos **falei sobre minhas intenções com o meu pai e fui repensando** se eu posso exigir que ele faça o que não quer.* (Carlos)

*Acho que o que estou sentindo é isso, uma dor física na verdade, no estômago. Remexer na doença não é o problema, mas o fato de mexer nas relações me incomoda bastante... Sempre tem uma necessidade às vezes, **uma vontade de falar de novo a respeito coisas que às vezes você não falou para outra pessoa**. Isso foi o motivo para eu vir e se puder servir para ajudar alguém é muito bom.* (Eric)

*Quero deixar bem claro que no que puder ajudar, eu quero. **Se você disser: “Preciso escutar mais você”, vou estar disponível.*** (Flávia)

b) Impotência

Era um horror não poder acreditar em minhas próprias palavras, mas eu não sabia mais o que dizer. Pensei: “Daqui a dois meses ele vai estar numa clínica de convalescença, mal e mal conseguindo levantar a colher para comer um mingau; daqui a dois meses ele vai ser um zumbi estendido numa cama qualquer, alimentado por soros intravenosos, enquanto eu o observo em total desalento sentado ao lado dele como um dia ele se sentou junto a seu pai” (ROTH, 2012, p. 54).

O relato de alguns entrevistados sobre como foram impactados pelo diagnóstico reforça a hipótese de que a previsibilidade da morte dos pais não implica que haja um preparo emocional para essa perda. Expressões como “*desabou tudo*” (Nice) ou “*falta o chão*” (Antônia) indicam que, abruptamente, esses filhos se veem em um lugar estranho e assustador.

*Falei: “ai meu Deus e agora?”. Ai meu marido levou o exame dele para um outro médico para dar uma olhada e esse médico falou assim: “Acho que pelo que estou vendo seu pai não aguenta nem fazer quimio, não consegue fazer uma cirurgia, ele está super debilitado, magrinho”. Pronto, **desabou tudo!*** (Nice)

*Fez endoscopia e colonoscopia. Tinha uma úlcera também e uma gastrite. A parte pior foi na colonoscopia porque detectou o tumor. Nossa, **falta o chão!*** (Antônia)

Sem a proteção dos pais, perde-se rapidamente o sentimento de familiaridade com as coisas da vida. Por isso, talvez, as histórias de órfãos frequentemente retirem a criança de seu ambiente e a lancem em locais desolados – florestas, estradas, desertos –, onde precisam reaprender a sobreviver. Corso e Corso (2006) salientam que histórias infantis com enredos bastante distintos, que revelam, por conseguinte, diferentes vivências inconscientes, compartilham o elemento da travessia atemorizante e potencialmente mortífera. João e Maria, Branca de Neve, Chapeuzinho Vermelho, Harry Potter, são alguns exemplos de crianças que precisam sobreviver, sem a ajuda dos pais, a riscos desconhecidos. Também fora do universo infantil há personagens órfãos que parecem representar figurativamente o quanto a orfandade exige de renúncia e adaptação, já que implica a perda, não somente dos pais, mas das

experiências familiares vividas até então e daquelas que ainda ocorreriam se não fosse a separação – Édipo e Moisés possivelmente sejam exemplos.

No caso das doenças fatais progressivas, o diagnóstico não é a única notícia desorganizadora que o doente e seus familiares recebem. Ao longo do processo de agravamento do câncer, há cada vez mais desafios e frustrações a enfrentar, em uma espiral de diagnósticos confirmatórios, tratamentos não curativos e novos sintomas a serem investigados e tratados, até que chegue ao fim a resistência do paciente às agressões próprias da doença e àquelas que inevitavelmente o tratamento oncológico provoca em um organismo já bastante fragilizado. Daí alguns filhos entrevistados sentirem-se paralisados diante da sucessão de ameaças desde o diagnóstico. Embora a detecção inicial da doença seja impactante, o clima de incerteza favorece a esperança no tratamento, que se assenta, fortemente, em mecanismos como a negação e a onipotência (o que se verá mais a frente, no item sobre defesas psíquicas). É ao longo do agravamento dos sintomas que o desespero e a incapacidade vão ganhando espaço.

*Fiquei muito assustada quando vi meu pai: ele não acordava. **Foi horrível, o pior dia da minha vida, um desespero generalizado.** Nem nas primeiras internações eu fiquei tão mal, acho porque naquela época eu ainda tinha esperança no tratamento, agora não tenho mais, já sei como funciona. Então, é assim: esperar morrer! (Vitória)*

*O tumor está lá. E ele está lá o quê, quietinho? Ele está aumentando? Enfim, alguma coisa está acontecendo só não está visível ainda para a gente, para ela. **Não sei o que fazer!** (Antônia)*

*E, longe, lá na minha casa, vinha uma **sensação de desespero, de querer fazer alguma coisa e não poder.** (Flávia)*

*A única coisa que me lembra a questão da doença é a colostomia da minha mãe. Mudou a rotina. Viemos ao shopping no final de semana atrasado e em três horas ela foi no banheiro dez vezes. Tudo isso em três horas, das 15:30 às 18:30h. Foi a primeira vez que saí com ela nessa situação, então para mim foi diferente. **Com isso não estou podendo lidar ainda.** (Eric)*

*Até alguns meses atrás, se eu chegasse na casa dos meus pais – eu e minha família –, na verdade ainda é assim, meu pai fazia um esforço adicional, cuidava da barba, tomava um banho, colocava uma camiseta melhor, ele se preparava. **Hoje, não. Se você está lá ou não está, parece que não faz diferença. É desagradável, é extremamente... É penoso.** (Carlos)*

Alguns entrevistados acusam um familiar de obstruir cuidados com o doente, sentindo-se criticados, desautorizados ou atrapalhados. Raquel cozinha para a mãe, Vitória compra

gatos para o pai, Luciana retira “trinta litros de leite de vaca” (uma metáfora espontânea sobre o esforço para animar a mãe, acometida por uma recidiva metastática de câncer de mama?), e essas tentativas são ineficientes por culpa de alguém, não porque a doença está avançando e retirando do doente a possibilidade de usufruir de antigas satisfações. Apontar para um culpado, uma figura que dificulta a ação cuidadora, talvez permita um temporário desvio de atenção das perdas impostas pela doença. Enquanto a avó, a mãe, a irmã, etc. forem responsabilizadas por sofrimentos do doente, o filho protege-se de reconhecer que há um processo irrefreável que impiedosamente passa por cima das intenções e iniciativas voltadas ao cuidado da figura adoecida.

*Minha mãe gosta, por exemplo, que eu faça para ela um arroz bem molinho e tomate picadinho. Esses dias eu fiz, ela comeu, mas depois vomitou tudo. É comum isso. Daí vem a minha avó e começa: “Quer outra comida? Diga o que você quer e eu faço”. **A sensação que eu tenho é que ela está dizendo que meu arroz está fazendo a minha mãe vomitar.** (Raquel)*

*Ontem eu voltei e ele estava meio dormindo, ele e o gato. Por sinal foi o melhor presente que eu poderia dar! **Mesmo com todo o sofrimento, minha mãe se opondo, fazendo um bico enorme para mim, dizendo que só falta eu comprar um elefante...** (Vitória)*

*Essa semana esperei minha irmã ficar boa e falei: “Ligia, olha, só estou falando que estou cansada de fazer um monte de coisa e não adiantar nada. **Vou lá, tiro trinta litros de leite da vaca e vem você e chuta o balde? Estou cansada**”. (Luciana)*

O esforço para satisfazer as necessidades do genitor e a descoberta de que somos insuficientes para garantir tal satisfação são vivências já presentes no início do desenvolvimento. Um elemento fundamental da experiência edípica é a resistência a abrimos mão do lugar central que sentimos um dia ocupar na vida dos pais. “*Sua Majestade, o bebê*”, como se refere Freud à criança investida do narcisismo dos genitores – e que, enquanto alvo dessa intensa projeção, sente-se onipotente diante das figuras parentais –, aos poucos ganha contornos menos gloriosos. O filho, que tudo poderia ser e obter, cada vez mais é submetido a regras, interdições, delimitações e, com isso, perde sua “majestade”. Para Klein, essa decepção é ainda mais precoce do que supunha Freud, já que, ao longo do primeiro ano de vida, a criança cada vez mais sentirá os objetos externos como inteiros e independentes, portanto, objetos que podem ser perdidos e reconquistados. Isso alivia as intensas ansiedades esquizo-paranoides, mas as substitui pela necessidade de lutar pelo objeto amado, reparando o mal que fantasia ter cometido, aliviando a culpa e o medo, trazendo-o de volta para si. Ao

discutir as exigências do que chamou de posição depressiva, Klein (1996/1940) destaca as seguintes: o reconhecimento da dependência, a culpa pela própria hostilidade, o anseio de reparação e a perda da onipotência. Relatando seus esforços para agradar uma figura amorosa que pouco reage, esses entrevistados remetem à dificuldade de abrir mão da onipotência filial experimentada nas inúmeras situações em que conseguiam se sentir capazes de gratificar o genitor. “*Tirar trinta litros de leite de vaca*” ou “*comprar um elefante*” são imagens representativas desse imenso esforço que vai sendo frustrado à medida que a doença evolui.

Tenho pensado coisas que nem sei avaliar se são certas ou erradas – então, parei de tentar avaliar. Olho meu pai e me pergunto: por quanto tempo mais? Não interessa se faz chuva ou sol, se está em Campinas ou Santos, o que ele quer é a rotina dele: acordar, sair, beber, almoçar, dormir, fumar, beber, dormir. Para mim, meu pai está vivo, mas está se arrastando. (Carlos)

A minha mãe também diz muito “ó vida, ó céus, ó azar”. Não consegue enxergar coisas positivas acontecendo com relação ao tratamento dela. E não ajuda também. Eu falo: “Mãe, você precisa se ajudar! Venho aqui, te dou uma injeção de ânimo, você suga toda a minha energia e quando vou embora e pergunto “está tudo bem?” você responde “ah, não sei, vamos indo...”?” (Luciana)

A reaproximação gerada por uma doença tal como um câncer em progressão coloca o filho em contato estreito com outras situações que evidenciam seu limitado poder. Alguns problemas familiares que, embora crônicos, estavam misturados a tantas outras situações desafiadoras da vida adulta agora se tornam salientes, denunciando ao filho o quanto é impotente.

O que posso falar: “Mãe, pelo amor de Deus, não é assim! Tem paciência com o pai, esquece o passado!”, mas não tenho esse poder de mudar uma pessoa. (Nice)

Acho que toda a minha cota de estresse, problema, peso e coisa que nunca se resolve está lá na casa da minha mãe. (Luciana)

Mas aí sábado chegou, as duas vieram [tia e avó] e uma nuvem escura pousou na minha cabeça, como se alguma coisa me empurrasse para baixo. Na sexta eu fiquei sabendo e só isso já basta. (Raquel)

Para alguns filhos, a única saída para a ineficiência de suas ações é manter uma espécie de “distância de segurança”. Quanto mais afastados do convívio com sinais inegáveis

de avanço da doença e, também, do convívio com problemas familiares cronicados, melhor podem suportar as situações em que precisarão enfrentar essas fontes de angústia.

Da janela do meu quarto vejo ela na sala sentadinha vendo televisão. Fico sondando ela o dia todo, mas não fico muito perto. Não consigo conversar porque tenho medo de desabar na frente dela. (Antônia)

Meu pai vinha dizendo que “no ano que vem” vai fazer os exames. Agora que faltam alguns dias para virar o ano, já não insisto mais – na verdade, eu cansei. Já nem lembro mais que exames são esses porque minha memória está terrível, faço um esforço tremendo para lembrar. E ele não se dispõe, não quer fazer exame algum. A resposta é sempre a mesma, repetitivamente ele diz: “no ano que vem eu faço”. (Carlos)

Já se criou também uma resistência de ficar perguntando e acabar se machucando. Pergunta, pergunta, pergunta e pergunta e não tem resposta. Então, você começa a achar que a melhor forma de ajudar é deixar ele quieto e esperar ele perguntar e falar. E ficar de olho só de longe. (Eric)

Seja porque “cansou”, ou porque “tem medo de desabar”, o filho precisa dar um passo atrás, “ficar de olho só de longe”. Não se trata necessariamente de uma maciça negação do sofrimento, ou de uma incapacidade para representar as experiências – pelo menos não é possível aqui traçar hipóteses explicativas que apontem para modos individuais de funcionamento psíquico. Não é possível, por exemplo, cogitar um “sujeito mal-mentalizado” (MARTY, 1998) ou um “somatizador” (KAMIENIECKI, 1994 apud FERRAZ, 2010)²⁰ quando estamos diante de relatos tão abreviados e colhidos explicitamente para fins de pesquisa. No entanto, a firme menção de alguns entrevistados a uma dor física favorece a hipótese de que o ego possa falhar em situações nas quais o indivíduo é tomado de surpresa por uma ameaça que lhe parece, pelo menos de imediato, impossível de deter. Sem condição elaborativa, só consegue reagir corporalmente, isto é, a partir do preparo filogenético para aquela situação de risco. “Desconhece o agir expressivo: age sem metaforizar sua experiência na produção de uma resposta; responde, quando muito, lançando mão de uma produção metonímica” afirma Ferraz (2010) sobre o indivíduo impossibilitado de criar representações para a novidade que se impõe. Se é difícil metaforizar a dor psíquica inerente a perder pai ou mãe, a dor física poderia surgir como a expressão possível, naquela circunstância, para o que não se consegue “remexer” ou “engolir”.

²⁰ KAMIENIECKI, H. *Histoire de la psychosomatique*. Paris: PUF, 1994.

Acho que o que estou sentindo é isso, uma dor física na verdade, no estômago. Remexer na doença não é o problema, mas o fato de mexer nas relações me incomoda bastante. (Eric)

A dor que eu sinto há um ano só está piorando. Parece que engoli uma coisa que ficou parada aqui no meu peito, não sei nem explicar, é dilacerante. Não aguento mais – e não é cansaço, é dor. Não tive medo que ele não acordasse mais; o problema é não ter mais esperança de melhora. (Vitória)

c) Culpa

Agradava-lhe essa dependência e reclamava incessantemente a nossa atenção. Mas, quando voltei para casa, toda a tristeza e todo o horror desses últimos dias caíram sobre meus ombros. E também a mim um câncer devorava: o remorso (BEAUVOIR, 1984, p. 56).

Discutimos no item “Desamparo” alguns trechos de entrevistas concernentes à culpa. A hipótese exposta defendia que o filho acusa um genitor pelo adoecimento do outro genitor, projetivamente, como uma escamoteada denúncia pela negligência a si próprio. Em alguns casos, a defesa do doente parece ser, portanto, uma defesa pessoal. Cogitamos, também, que uma satisfação edípica pode advir da oportunidade de atribuir incompetência ao genitor sadio e, conseqüentemente, culpa pelo sofrimento do doente, justificando que o filho assuma o lugar de principal cuidador. Mas, além de trechos em que a culpa é uma acusação, há referências à culpa como sentimento, produto de autoacusaçã pelo sofrimento causado ao genitor acometido por câncer.

Está muito difícil ficar olhando para meu pai, um morto-vivo. Ele às vezes quase abre os olhos, parece que quer dizer algo, e nós aumentando a dose de medicação! É como se estivéssemos matando alguém que deseja viver! Escreva na sua pesquisa que é enorme a culpa de uma filha vendo seu pai morrer. A cada instante me pergunto se fiz tudo o que poderia. (Vitória)

A minha sensação até hoje é que eu roubei. Ele não me deu, ele não passou o bastão, ele teve que sair de cena. E do jeito que eu assumi, eu não deixei espaço para ele voltar. Essa é a minha sensação. Não sei ainda avaliar se isso foi bom. Tanto que eu não gosto quando as pessoas dizem que a empresa é minha agora. (Carlos)

Revisitando as considerações de Freud sobre o luto, Leader (2011, p. 118) salienta que a culpa é um sentimento complicador no processo de elaborar uma perda amorosa, principalmente porque “desistir” de relacionar-se com o morto como se estivesse vivo (ou “matar o morto”, sumariza Leader) é uma tarefa inviável para quem se culpa pela morte. Não é possível desfazer ligações com um objeto perdido e lentamente construir novas ligações se a culpa exige do enlutado um reinvestimento afetivo constante, uma espécie de lealdade vitalícia. Freud, em uma carta a Jones, afirma que ceder ao princípio de realidade coloca-nos inelutavelmente diante de uma escolha: “[...] *morrer ou reconhecer a morte do amado, o que novamente chega muito perto de sua expressão de que alguém mata essa pessoa*” (p. 118). Quando o objeto de luto é um genitor, há um complicador: trata-se de uma morte desejada pelo filho, muitas vezes, desde antes da doença impor-se. Freud reconhece a estranheza da premissa edípica segundo a qual, em uma ambivalência intrínseca à relação com pais, desejamos aniquilar um genitor que é objeto de amor. “Como são estranhas à nossa consciência as coisas pelas quais nossa vida mental inconsciente é governada!”, afirma o autor em *Dostoievsky e o parricídio* (1988/1928, p. 190), exatamente um texto que atribui o tema da principal obra de Dostoievsky (o assassinato de Fiódor Karamazov por seu filho) e a sucessão de sofrimentos na vida do autor (que, para Freud, seriam exemplos da necessidade filial de autopunição) a uma intensa rivalidade emocional entre pai e filho. A relação entre o desejo inconsciente de eliminar um genitor e um posterior luto complicado foi defendida por Freud em diversos textos. Por exemplo, em *Uma neurose demoníaca do século XVII*, Freud (1996/1923, p. 111-112) relaciona a morte do pai do pintor Haizmann aos sintomas melancólicos e, também, hipotetiza Freud, aos pactos com o demônio estabelecidos para que esse constituísse um substituto paterno. Em suas palavras:

Uma penetração mais profunda na análise da moléstia de nosso pintor provavelmente trará uma convicção mais forte. Não é algo fora do comum para um homem adquirir uma depressão melancólica e uma inibição em seu trabalho como resultado da morte de seu pai. Quando isto acontece, concluímos que o homem fora ligado ao pai por um amor especialmente intenso e recordamos com quanta frequência uma melancolia grave surge como forma neurótica de luto.

Para Moreira (2001), esse tema recorrente na obra freudiana – a relação entre o complexo de Édipo e a melancolia – foi mais bem elaborado pelo autor após a morte de seu pai, experiência que o autor reputará como “*a perda mais pungente da vida de um homem*”

(1996/1900, p. 32), mas está presente já em rascunhos pessoais, onde estão registradas algumas ideias fundamentais que Freud (2006/1917, p. 115) revisitou diversas vezes.

Os impulsos hostis contra os pais (o desejo de que morram) são também parte integrante das neuroses. Vêm à luz conscientemente como ideias obsessivas. Na paranóia, o que há de pior nos delírios de perseguição (desconfiança paranóica de governantes e monarca) corresponde a esses impulsos. São reprimidos quando a compaixão pelos pais é ativa – na ocasião de sua doença ou morte. Em tais ocasiões, é uma manifestação de luto recriminar-se a si próprio pela morte deles (o que se conhece como melancolia) ou punir-se a si mesmo de uma maneira histérica (por intermédio da idéia de retribuição) com os mesmos estados [de doença] que tenham tido.

Considerando que a culpa seja um fator complicador para o luto, talvez possamos afirmar que o luto filial seja, em alguma medida, sempre dificultado por esse componente, que, pelo menos da perspectiva psicanalítica, é tão próprio da relação que filhos estabelecem com seus pais. Para além dos textos freudianos, essa noção expandiu-se, ganhando cada vez mais importância. Melanie Klein, por exemplo, atribuiu à culpa um papel fundamental nas relações interpessoais e preconizou que sua ação é bastante anterior à vivência edípica. Voltada especialmente às primeiras relações objetais, situadas nos primeiros meses de vida do bebê – à medida que esse começa a perceber os objetos mais integradamente –, Klein defende que a aquisição da capacidade de mastigar e triturar os alimentos possibilita a vazão da agressividade por meio da fantasia de destruir o corpo da mãe, mordendo ou devorando para puni-la pelas frustrações impostas à criança. Nessa fase – chamada de oral sádica ou oral canibalística –, o misto de ódio e culpa demanda da criança o desenvolvimento de reparações que evitem, a um só tempo, o desaparecimento da mãe e a retaliação ao filho (1996/1937). Se a autora recorre ao mito grego de Orestes (1991/1963a), é porque vê naquele filho perseguido por haver matado a mãe e seu amante – e depois julgado e absolvido pelo voto de Atena – uma representação para a ligação entre amor, ódio, agressão, culpa e reparação. Esses sentimentos, que à primeira vista parecem incompatíveis, são, para a autora, necessariamente entrelaçados. Orestes ama sua mãe, por isso não suporta que Clitemnestra tenha matado o marido para viver com o amante. Orestes odeia sua mãe que substituiu o marido por outro homem, novamente excluindo o filho do lugar que esse reivindicava para si. Orestes é absolvido pelo duplo assassinato, já que matou a mãe e seu amante sob ordem de Apolo, o que parece um recurso piedoso da narrativa mitológica para evitar que Orestes sucumbisse à culpa filial que também atormentou personagens (vigorosos na obra freudiana) tais como Édipo, Hamlet e Os irmãos Karamazov. “*Devido ao fato de serem os impulsos destrutivos*

primariamente dirigidos contra os pais, o pecado que é sentido como o mais fundamental é o assassinato dos pais”, afirma Klein (1991/1963a, p. 329), defendendo sua ideia polêmica de uma precoce relação objetal entre o bebê e as principais figuras de afeto, que, para a autora, necessariamente desenvolve-se sobre um terreno de ambivalência: dependendo de todas as formas de cuidado que provêm dessas figuras, o filho que ama também inveja, agride, teme e restaura, precisando haver-se com essa complexidade de sentimentos desde os primeiros meses de vida – e pela vida afora. A reatualização de impulsos destrutivos em filhos adultos insinua-se, por exemplo, em trechos que remetem à inveja do genitor pelas crescentes prerrogativas que o adoecimento lhe proporciona. O pai de Vitória tem “500 horas” de atenção da esposa, enquanto para a filha “*não sobrou nada*”. A mãe de Raquel tem o marido como acompanhante durante as internações e, para a filha, isso significa “*ficar de fora*”. A inveja – originalmente *in videre*, cujo sentido etimológico alude a uma visão penetrante e invasiva – aparece aqui exatamente em uma circunstância que favorece a culpa, já que o alvo dessa visão destrutiva da intimidade alheia (o leito dos pais de Vitória, o quarto dos pais de Raquel,...) é um genitor cada vez mais fragilizado.

E nesse ano nem mãe ela foi porque só teve tempo para o meu pai. Com essa intensidade com que ela vive para ele não sobrou nada para mim. E ela quer que eu viva como ela: se fica 500 horas ao lado do leito, eu também tenho que ficar! Ela não entende que eu tenho outro mecanismo: se eu ficar ao lado do leito eu morro! (Vitória)

No hospital não costumo ir porque lá só entra um acompanhante e geralmente é meu pai. Então, eu vou lá para quê? Se é para eu ficar de fora esperando, prefiro ficar em casa! Lá pelo menos tem computador, tem televisão... (Raquel)

Outra notável fonte de hostilidade – portanto, também fonte de culpa – é a necessidade de abdicar a satisfações pessoais em função dos deveres de cuidador, o que aparece diversas vezes nas falas de Raquel, Nice e Luciana. No exemplo retirado do relato de Flávia, cabe notar, tem-se a impressão de um esforço para negar sua raiva dirigida à mãe pela necessidade de adiar o tratamento para engravidar, o que não decorreu somente da sobrecarga de tarefas, mas, também, da exigência médica de exames adicionais que confirmassem baixo risco de Flávia desenvolver câncer de mama tal como sua mãe desenvolvera (já que utilizaria hormônios em alta dose para favorecer a gravidez e, com isso, poderia estimular células tumorais presentes na mama). Cuidar do genitor demanda concessões que estão “*matando*” Raquel, ou que Nice não “*aguenta mais*” ou que obstruem a maternidade de Luciana e Flávia.

Ficar em casa o tempo todo está me matando... (Raquel)

*Acham que para mim ficar naquela correria não custa nada. Sempre que precisa vou lá e faço tudo, mas **chega uma hora que você não aguenta mais.*** (Nice)

*Hoje não teria um filho de jeito nenhum porque não ia conseguir dar conta. **Minha mãe é mais ou menos um filho!** Uma das coisas que ela falou quando ficou doente foi “se eu tivesse um neto as expectativas iriam mudar” e eu pensei: “não me cobra isso neste momento porque não tenho condições!”* (Luciana)

*Estou esperando para ter um filho em virtude do problema da minha mãe. **Se não tivesse uma estrutura poderia estar revoltada e falar: “Puxa vida, por causa de você estou assim, tendo que esperar!” Mas, não, estou super bem. Qual era a pergunta? Deu vontade de falar isso para você...*** (Flávia)

Essas e outras vivências hostis junto a um genitor acometido por uma doença fatal em progressão podem gerar uma culpa perene, dificultadora do processo de luto. É comum que pais morram antes de seus filhos, assim como é comum que desenvolvam alguma doença fatal quando alcançam idade avançada. É esperado, portanto, que filhos presenciem o inevitável progresso da *causa mortis* de cada genitor. Apesar do preparo racional para essa experiência, pode surgir um estado similar que se conhece como a “culpa do sobrevivente”, que, diante de uma grave perda, sente que permitiu a morte ou até que contribuiu para que ocorresse (MOSS; MOSS, 1989). Na carta que Freud escreve ao amigo Fliess em 2 de novembro de 1896 – duas semanas após a morte de Jacob Freud –, o autor relaciona a perda do pai “a *auto-recriminação que regularmente surge entre os sobreviventes*” (MASSON, 1986, p. 203). Pelo menos durante os quatro meses anteriores, as cartas se referem à fragilidade progressiva do pai de Freud, que morreu aos 81 anos sob acompanhamento desse filho que já era, na época, um médico experiente. Uma morte claramente inevitável como essa, que não denuncia negligência, ainda assim é fonte de culpa a ponto de Freud perceber-se improdutivo nos meses que se seguiram – “*Algo proveniente das mais recônditas profundezas de minha neurose opõe resistência contra qualquer progresso na compreensão das neuroses [...]*”, confessa a Fliess em uma carta enviada quase um ano desde a morte de seu pai (MASSON, 1986, p. 256).

No contexto específico do adoecimento de pais, em que impulsos destrutivos voltados ao genitor parecem ter se concretizado, é possível que o filho projetivamente atribua a outras pessoas o que é, na realidade, uma autoacusação. À mercê do superego, instância acusadora que age inclusive sobre fantasias e intenções não concretizadas, estamos condenados à culpa, pois não basta conter-se para evitar a punição por uma autoridade externa se a instância

punitiva é interna e, conseqüentemente, inescapável (FREUD, 1987/1930). Se, no entanto, é o outro quem nos acusa, há como enfraquecer a acusação, tomando-a como uma injustiça. Ainda que tenham ocorrido os fatos percebidos pelos entrevistados, chama a atenção a importância que assume a crítica ou condenação que, embora considerada absurda, alguns colaboradores precisam contar e recontar à entrevistadora.

Minha tia disse que a culpa era minha, que minha mãe tinha adoecido pelos aborrecimentos que eu causava. Não disse no plural, referindo-se a mim e minha irmã. Disse: “a culpa é sua”. (Raquel)

Quando toca o telefone eu até brinco: “é a patrulha!” E quando não estamos em casa, por exemplo quando vamos com ela passear de carro, tomar um sorvete, minha tia liga no celular – parece que precisa conferir se estamos cuidando direito da minha mãe! (Raquel)

Algumas vezes minha irmã ia ao hospital e eu não – mas sentia um clima do tipo “nossa, não vai visitar a mãe, que filha horrível!” (Raquel)

Ela joga muito baixo comigo psicologicamente! E isso me mata porque eu já vivo o tempo todo pensando: “será que eu sou uma filha boa para ele?”, “será que ele reconhece isso?”, “será que ele enxerga o quanto eu amo ele?” Já é difícil estar perdendo ele porque meu pai é tudo para mim, tudo. Já é difícil enfrentar sozinha meus medos, que são muitos. E, além disso, eu tenho que escutar da minha mãe que faço pouco? (Vitória)

É difícil para mim aceitar isso como filha... Especialmente quando ela não me deixa viver, entendeu? Porque as caras que ela faz quando eu vou sair... Sempre foi assim, ela não precisa nem falar para você entender o que ela está pensando. A vida inteira isso mexeu com o meu psicológico. Mesmo antes de meu pai ficar doente, quando eu ia sair ela falava: “você ainda vai se arrepender de não ter saído mais com seus pais”. Isso é muito feio. E muito baixo. (Vitória)

É um olhar que me recrimina: “Seu pai está aqui praticamente morrendo e você vai?” Isso me mata porque aí, sim, eu me chicoteio. “Será que eu não sou uma filha boa mesmo?” (Vitória)

Sou eu quem penso que Flávia seja uma “pedra que não tem nada por dentro de sofrimento”, ou é ela própria quem se culpa por vislumbrar sem desespero a vida na ausência dos pais (ambos sob tratamento oncológico naquele momento), inclusive extraíndo dessa cena de orfandade certa satisfação? O que relata Eric pode parecer, aos outros, algo “ruim”, “estranho”, ou é ele quem se sente “um filho que não cuida dos pais”? A entrevistadora

também é investida por alguns participantes desse papel julgador, possivelmente uma manobra projetiva útil para o alívio do sentimento de culpa:

Tem horas que você que não me conhece deve estar pensando: “Será que ela é essa pedra que não tem nada por dentro de sofrimento?” (Flávia)

A sensação que tenho – pode até parecer uma coisa meio ruim – é que me preocupo, mas não vou atrás. Essa é a situação de hoje. Sei lá, para mim até parece estranho isso, sempre falo, porque parece que sou um filho que não cuida dos pais. (Eric)

A hipótese de uma exteriorização da instância que julga pode ajudar-nos a compreender o relato de Raquel na semana seguinte à morte de sua mãe. O tema que ocupou a maior parte daquele encontro vale ser mencionado, pois parece ilustrar uma necessidade de exteriorizar, atribuindo à outra pessoa, o juízo que ela própria fazia de seus comportamentos. O tema geral é o funeral da mãe, especificamente dois eventos: a demora até a chegada do corpo para o velório (o corpo foi transportado em um carro funerário por aproximadamente 1.000 km, atrasando cinco horas em relação ao horário previsto) e as críticas da tia ao modo como Raquel vestiu-se para a cerimônia. Por que ela desejou contar a mim que se divertiu com parentes que não via há muito tempo, rindo de histórias da infância, enquanto esperava chegar o corpo morto da mãe? Por que desejou contar sobre o penteado, a maquiagem e as roupas que usou – sob a desaprovação da tia e a anuência do pai – nessa primeira cerimônia pública de luto? O que ela esperava: que, indignada, eu confirmasse a inadequação de seu comportamento enquanto filha enlutada? Ou, ao contrário, que escutasse sua confusão de sentimentos – e que, sem julgá-la, criasse um sentido para esses estranhos comportamentos que ela, como observadora de si, considerou impróprios?

As “dimensões psíquicas da orfandade adulta” salientadas no presente trabalho – desamparo, impotência e culpa – parecem ser menos um quadro de possibilidades em que, aqui ou ali, os participantes se “encaixem” do que, mais propriamente, uma mistura de diferentes estados afetivos pelos quais uma mesma pessoa pode transitar quando enfrenta grave perda e revive o penar que Klein denominou “posição depressiva”.

A ansiedade depressiva – essa mistura de saudade, pesar, dor, vergonha, raiva e a sensação de ter prejudicado e ter sido lesado – é o penar mais difícil de suportar, pois combina culpa, sentimento de autodepreciação por não ter impedido a catástrofe e sensação de impotência para evitar o mal e a perda; essa é a ansiedade arcaica da posição depressiva (CINTRA, 2007, p. 313-314).

Sob essa perspectiva, o adoecimento do genitor mobiliza recursos criados durante suas primeiras experiências de perda, que, agora, diante das novas perdas que a doença instaura, poderão mostrar-se recursos precariamente desenvolvidos que deixam o indivíduo suscetível a uma infinidade de manifestações neuróticas. Ou, ao contrário, podem ser deflagrados recursos psíquicos elaborativos que são fundamentais, por exemplo, à criatividade em suas variadas formas. Essas duas trajetórias de luto serão discutidas a seguir.

3.3.2 Defesas psíquicas na orfandade adulta

a) Esforços pela vida

A coisa que me faz suportar a morte de mamãe se parece com uma espécie de gozo da liberdade (BARTHES, 2011, p. 95).

A relação entre a orfandade e a criatividade é traçada por diversos autores diante da obra de Freud, que – essa é a hipótese – teria ganhado novo fôlego, tornando-se mais ousada, após a morte de Jacob Freud (BOTELLA; BOTELLA, 2002). A intensificação de sua autoanálise e a publicação de *A interpretação dos sonhos* seriam exemplos dessa produtividade assentada sobre a experiência de perda do genitor. O próprio autor confessa a Jones essa percepção: “*Eu tinha mais ou menos a sua idade quando meu pai morreu (43) e isso revolucionou minha alma*” (FREUD, 1920 apud GAY, 1988, p. 358). Esse relato vai ao encontro de textos autobiográficos específicos sobre a perda parental em que os autores recontam a experiência de luto focalizando o desenvolvimento de capacidades, projetos e relacionamentos. Esse tipo de discurso, bastante recorrente nessas obras, foi uma tendência que entendi inicialmente com suspeita quando lia esses livros para a construção do projeto de pesquisa. Parecia-me um recurso defensivo – aqui no sentido de uma estrita racionalização – que retrospectivamente um filho focalizasse as realizações ocorridas durante um processo de luto, em alguns casos explicitando no título do livro esse aspecto: *Death of a parent: transition to a new adult identity* (UMBERSON, 2003), *From child to elder: personal*

transformation in becoming an orphan at midlife (POPE, 2006), *Motherless daughters: the legacy of loss* (EDELMAN, 2006). Durante a categorização das entrevistas, no entanto, foram se acumulando relatos sobre esse impulso criativo em participantes que pareciam viver uma fase realmente produtiva, com projetos desafiadores nos quais haviam se lançado.

Aquela idéia de: “Eu quero mudar o mundo”: isso é coisa de adolescente, talvez. Ou, então de idealista. Mas, eu quero! Só que antes de mudar o mundo vamos mudar o ambiente em que vivo, as pessoas com quem converso, vamos trazer um pouquinho mais para baixo essa idealização e depois você vai galgando outros níveis. (Carlos)

Estou na melhor fase da vida, vamos dizer assim. Isso tudo me ensinou a dar valor para certas coisas, dar mais valor para a vida, dar mais valor para a mãe e o pai, pela companhia deles. Antes meu marido falava “vamos viajar para não sei onde” e eu falava “vamos economizar ou comprar isso e aquilo”. Hoje não, se tenho vontade, vou. Acho que aproveitar agora está em primeiro plano do que economizar. (Flávia)

Analisando especificamente a relação entre genialidade e orfandade (fosse por morte paterna, materna ou de ambos os genitores), Eisenstadt (1994) verificou que indivíduos cujas contribuições são destacadas pela Enciclopédia Britânica, em sua maioria, sofreram precocemente a perda do pai e da mãe. Isto é, são menores os valores médios de idade dos filhos na vivência dessas mortes (óbito do pai, óbito da mãe, primeiro óbito de genitor e segundo óbito de genitor) se comparados aos valores referentes à população geral. Uma das hipóteses explicativas propostas pelo autor é que atos criativos surjam do esforço para dominar os sentimentos perturbadores suscitados pela morte do genitor (tais como “medo, inadequação, vazio e culpa”) e, também, para dominar as exigências da vida sem a principal figura de proteção. Enfrentando um misto de intensos afetos mobilizados no mundo interno, junto aos desafios próprios da relação com o mundo externo, maiores níveis de competência são alcançados, uma hipótese alicerçada sobre a noção kleiniana de que “*o desejo de fazer reparação, intimamente ligado à preocupação com a pessoa amada e à ansiedade em torno da sua morte, pode se expressar de forma criativa e construtiva*” (KLEIN, 1996/1937, p. 377). Dessa perspectiva, realizações obtidas em variados campos possibilitariam uma experiência reparadora, o que parece especialmente importante em um contexto no qual o avanço da doença oferece poucas oportunidades para o filho sentir-se eficiente enquanto alguém capaz de alegrar e confortar. Os trechos a seguir ilustram o fracasso de algumas iniciativas.

Comprei uma calopsita para ver se ela se anima um pouco. No começo ela não gostou não: “Ah, essa porcaria! Não vou tomar conta desse passarinho, não...” Deixei lá. (Antônia)

*Nós somos vegetarianos e fazemos a comida do nosso jeitinho. Minha mãe gosta, por exemplo, que eu faça para ela um arroz bem molinho e tomate picadinho. Esses dias eu fiz, **ela comeu, mas depois vomitou tudo. É comum isso.** (Raquel)*

Provavelmente porque sejam cada vez mais frustradas as tentativas para animar o doente, é fortalecida uma convivência despreziosa, em que o filho descobre maneiras de “fazer coisas bobas, sem muita seriedade”. Esse tipo de convivência, ainda que provisoriamente, permite a suspensão desses papéis invertidos que filho e genitor precisaram assumir em função da doença e, com isso, cria situações de prazer compartilhado.

***Tenho vontade de estar mais perto. Isso sim. Não sei... Não é um amor maior... Mas aproveitar porque posso perder a qualquer momento.** (Flávia)*

*Estou a fim de curtir a minha mãe. Não sei quanto tempo tenho com a minha mãe, então, estou a fim de **fazer coisas bobas, sem muita seriedade. Curtir a minha mãe, sentar, dar risada, tomar um café ou um sorvete.** (Luciana)*

*Tivemos uma fase muito boa, com minha mãe recuperada da cirurgia e da quimioterapia, voltando a trabalhar. **Lembro daquelas férias especiais porque ficávamos pintando juntas, fazendo caixinhas decoradas.** Até que ela começou a sentir muita dor e fraqueza, estava definhando, e realmente começou a precisar de mais cuidados. (Raquel)*

Outros exemplos referem-se ao engajamento em tarefas que permitem um temporário “alívio” da impotência e, com isso, o sentimento de “missão cumprida” – em um contexto em que missões, tais como curar ou aliviar, têm, no máximo, um sucesso provisório. Deslocando para metas alcançáveis parte dos esforços voltados maciçamente à doença, sentem que é possível “ir acertando a casa”, recuperando algum controle sobre a realidade.

*Se eu ficar do lado do leito eu morro! Então, **eu preciso trabalhar... para me aliviar.** (Vitória)*

*Quando fecho aquela pasta, tiro os documentos e mando para o arquivo, acabou! É uma sensação, primeiro, de realização porque sei que aquilo vai voltar para mim em forma de retorno financeiro, mas também de **“ufa, um problema a menos, acabou, missão cumprida”.** (Luciana)*

Há seis anos atrás, quando meu pai teve os primeiros nódulos no cérebro, eu tive que desempenhar esse papel de cuidar das contas dele: cancelar cartões de crédito, diminuir contas bancárias, parcelar dívidas disso e daquilo. Ele não gostou, mas também nunca disse que não era para eu fazer aquilo. Assim eu fui acertando a casa. (Carlos)

Ao se envolverem com atividades que compensem em alguma medida as frustrações inerentes a uma doença progressiva, novas capacidades são desenvolvidas. As impossibilidades do pai ou mãe adoecidos criam pendências que são, para o filho, uma provocação para experiências até então desnecessárias (controlar gastos e ganhos, para Vitória) ou desestimuladas (dirigir fora da cidade, para Flávia).

De repente tudo mudou: sou eu que resolvo tudo em casa. A menina que nunca ia ao banco, começou a ir; a menina que não tinha ideia dos gastos da casa, começou a pagar as contas... Houve um crescimento absurdo, mas tão difícil. Nunca tive tantos alunos como tenho agora, é muito gratificante – foi o lado positivo que brotou dessa situação. (Vitória)

Agora percebo que tenho que vir, tenho GPS porque tem lugares que não sei, mas estou muito mais confiante, venho numa boa. Acho que estou precisando ser assim no momento. Perder o medo de entrar em caminhos novos em função de trazê-la. (Flávia)

“Perder o medo de entrar em caminhos novos” – essa impressão que objetivamente refere-se a dirigir em lugares desconhecidos parece indicar uma disposição para experiências próprias da maturidade. Se a perda dos pais marca, na dimensão psíquica, o fim da infância e aponta para a finitude de quem se encontrava resguardado pela posição filial (KASTENBAUM, 1977; DOUGLAS, 1990-91), essa vivência de luto abre um imenso campo de realizações potenciais. Perceber-se como a geração mais velha na família nuclear, como o “próximo da fila” em direção à morte, pode fomentar realizações capazes de atenuar o temor do aniquilamento – o temor de desaparecer fisicamente junto com toda a história familiar que o antecedeu. A decisão pela maternidade / paternidade no contexto do luto antecipatório, um tema comum a várias entrevistas (como discutimos no item “Desamparo”), parece capaz de aliviar o peso da consciência sobre a transitoriedade ao garantir que, na vida de descendentes, estenda-se a própria existência. Não é possível ser filho para sempre, mas é possível ser pai / mãe para sempre na memória dos filhos, ocupando o lugar de cuidador vital nos primeiros anos e depois o lugar da figura afetiva que participou de importantes realizações. O poder filial restrito pelas decorrências da doença progressiva do genitor é, em alguma medida, recuperado com a oportunidade de cuidar integralmente de um filho. Desse ponto de vista, a

dupla ameaça narcísica de ver-se impotente e mortal parece atenuar-se com a gratificação narcísica própria da experiência parental (FREUD, 2006/1914b), que, no caso de Flávia, significa zelar pelas necessidades de seu bebê prematuro, sua “pequena princesa”; para Carlos, significa assumir a preparação do primeiro aniversário de sua filha exercitando o modo “certo” de ser pai.

*Minha pequena princesa não aguentou esperar os 9 meses e veio ao mundo com 35 semanas. Foi cesárea, nasceu com 1,860kg, respirou bem, mas ficará no hospital para ganhar peso. **Estamos radiantes e contando os dias para recebê-la em casa.** (Flávia – mensagem enviada 13 meses após a última entrevista)*

***Para a festa de um aninho da minha filha eu quis ir até o local e decidir como será. Onde ficará a mesa de doces, até a cor do bolo eu decidi. Tem que ser branco, para fazer contraste com a vela. O recheio minha esposa decide. Assim é que eu acho certo ser pai, é como eu acho que deve ser.** (Carlos)*

Alguns relatos de entrevistados fazem lembrar que experiências criativas apoiadas sobre a necessidade de reparação geram, além de relações com novos objetos do mundo externo, também novos arranjos para objetos do mundo interno. Quando o indivíduo “*sente com mais força que a vida continuará por dentro e por fora*”, defende Klein (1996/1940, p. 403), sente também que “*o objeto amado perdido pode ser preservado em seu interior*”. Essa reinstalação dos bons objetos internos garante de tal maneira a sobrevivência da figura perdida que permite ao indivíduo enlutado ligar-se a outras experiências. Quando, discutindo o trabalho do luto, Leader (2011) recorre à ideia de “monumento”, e Fédida (2009) refere-se a “sepultamento”, estão salientando que parte da tarefa de elaborar uma perda consiste em garantir a valorização do objeto em um lugar interno ao qual seja possível recorrer quando preciso. Monumentos e sepulturas são imagens úteis para representar esse lugar psíquico: definindo com limites sólidos um espaço de homenagem ao morto, esses artefatos humanos concretizam a separação entre a morte de alguém e a continuidade da vida de quem sobreviveu, preservam o objeto perdido do desaparecimento absoluto (aniquilamento) e, ainda, salientam as virtudes que o tornam amável e memorável.

Essa relação paternal, maternal era só com o meu pai. Meio que de ficar mimando a gente mesmo, então sentava no sofá, meu pai pegava e até irritava um pouco porque às vezes ele queria ficar fazendo carinho e a gente não queria, ele desmanchava o cabelo, queria todo fim de semana levar a gente para almoçar fora ou fazer alguma coisa. Ele era mesmo muito paizão. Minha mãe jamais... Meu pai deixava tudo, levava a gente para

chupar sorvete, dava presente e enchia de coisas. A minha mãe era sempre a que queria que comesse direito e estudasse. Acho que as coisas ficaram mais evidentes... Não depois que ela ficou doente... As coisas ficaram mais evidentes depois que meu pai faleceu. (Luciana)

Uma qualidade que ele tem é a compaixão – eu não tenho, sou mais frio, não com a família, mas com outras pessoas. O desapego ao dinheiro, embora no exagero seja um problema. Também esse jeito de chegar num lugar e ser a alma da festa – e não por fazer palhaçada, mas por ser uma pessoa que impunha respeito sem ser temida. Essa é a percepção da família sobre meu pai. (Carlos)

Uma das músicas preferidas do meu pai é “Smile”, eu tinha até me esquecido disso até ler esses dias que também era a música preferida do Michael Jackson. Daí eu pensei em tatuar a primeira frase da música: “Smile, though your heart is aching”. Também pensei que no dia em que ele falecer... Eu tenho muito medo do velório, tenho pavor... Mas eu quero escrever num papel a letra da música para que isso seja queimado com ele. A música é exatamente o que ele é. Agora não consigo entregar para ele, é melhor fazer isso depois, mas quem sabe eu tome coragem. Não quero mais tatuar um anjinho, quero escrever a frase da música aqui embaixo do meu peito porque foi o lugar onde o câncer dele começou. (Vitória)

Luciana oferece um exemplo de revisita a objetos internalizados quando há uma ameaça de nova perda, o que fortalece a ideia de um recorrente trabalho do luto. O pai, cuja morte ela descreve como uma situação de desorganização familiar que a obrigou a imediatamente assumir responsabilidades e, com isso, adiar a própria vivência do luto, é lembrado afetivamente durante a fase avançada do adoecimento da mãe de Luciana. Forçada pelas circunstâncias a reconhecer o agravamento da doença – e sobrecarregada pelos cuidados com a mãe somados aos conflitos com as irmãs –, revigora as memórias de proteção e prazer construídas em torno da figura paterna. Carlos destaca qualidades do pai em um breve momento da entrevista, em meio ao depoimento sobre comportamentos que vinham dificultando o tratamento oncológico e a convivência familiar. Essa figura que se tornara uma constante preocupação para a família – esquivando-se do tratamento médico, consumindo abusivamente álcool e cigarro, realizando compras desnecessárias pela internet, realizando “troles” pornográficos pelo telefone, “fugindo” para bares de onde era trazido embriagado – é internalizado como figura admirável, dono de virtudes que o filho diz não possuir. Uma festa surpresa de aniversário, um vídeo disponibilizado na internet (o pai cantando e tocando violão) e um texto-obituário escrito por um dos filhos durante a última internação parecem constituir formas criativas de gerar memórias que engrandecem o pai e, com isso, atenuam o misto de ódio e culpa que sentem diante de um pai que impôs à família a angústia de assistir

impotentemente uma entrega desesperada à morte. O fato de enviar à pesquisadora o acesso ao vídeo com essa *performance* musical e o texto-obituário quando as entrevistas já estavam encerradas sugere que a imagem denegrada do pai precisava ser retocada para que ele sobrevivesse na minha memória (ou no texto da pesquisa) como um homem também virtuoso e, talvez, para que eu enxergasse o filho amoroso e bondoso ofuscado pelo depoimento crítico que oferecera. Vitória descreve a homenagem que planeja realizar – tatuar uma frase extraída da música predileta do pai –, o que parece uma maneira de criar um monumento para o pai, não apenas dentro de si própria, mas extravasado pela superfície do corpo. É na pele – e sobre o órgão em que o câncer começou – que deseja manter o pai vivo, dizendo a ela: “*Smile, though your heart is aching*”. As decisões de Vitória sobre homenagens pós-morte (tatuar nela o local onde o câncer do pai surgiu, unir ao corpo morto do pai uma mensagem escrita por ela, reivindicar a posse da urna com as cinzas) sugerem que, para algumas pessoas, esses rituais assumem a forma de uma incorporação que permite evitar o desaparecimento do objeto ao preservá-lo dentro de si, o que lembra a hipótese freudiana de que na origem da cultura teria havido algo como um banquete antropofágico em que o corpo do pai morto, ao ser engolido, absolvía os filhos do ato assassino e transmitia-lhes os poderes antes detidos exclusivamente pelo patriarca (FREUD, 1996/1913). Esse ritual canibalístico definia, portanto, o fim da submissão filial e a perpetuação do pai enquanto figura internalizada – morto como chefe autoritário do grupo, mas vivo como referência moral e afetiva.

Essas diferentes maneiras de construir memórias guardam a semelhança de converter o genitor fragilizado pela doença em uma figura interna poderosa e protetora que, se já existia como um objeto bom, agora tem suas virtudes revitalizadas. No entanto, trata-se de um ato criador que nem sempre é possível. Lembra Klein que “*quando o trabalho de luto fracassa – e pode haver muitas razões para isso – é porque essa internalização não pode ser bem-sucedida e as identificações propiciadoras são perturbadas*” (KLEIN, 1996/1963a, p. 328). As entrevistas realizadas com Eric fazem pensar na angústia de perder alguém e não conseguir garantir-lhe uma “sepultura” (FÉDIDA, 2009), isto é, um lugar seguro na dimensão psíquica do enlutado. A impossibilidade do sepultamento, na tradição greco-romana, é sinônimo de castigo e desonra, por isso repetem-se episódios mitológicos em que alguém arrisca-se enterrando o corpo de um familiar. Antígona, por exemplo, que é condenada por enterrar o corpo de seu irmão, antes disso é impedida de ver o local em que seu pai, Édipo, entra para o mundo dos mortos (VIEIRA, 2009; SCOZ, 2010). Para o morto, a sepultura representa o acesso à eternidade; para o sobrevivente, oferece o conforto de que parte da figura perdida será seguramente conservada. O que estamos aqui considerando é o esforço de

filhos para construírem um reservatório de memórias – e a angústia daqueles que pouco encontram para sepultar, visitar e homenagear. Dessa perspectiva, Eric enfrenta uma difícil tarefa psíquica: transformar em uma “companhia interna” (KLEIN, 1996/1963a, p. 328) um genitor percebido como distante e desinteressado.

*Quando meu pai vinha, ficava três semanas – chegava e só dormia. Passava o dia dormindo. **Sempre no mundo dele, era praticamente como se não estivesse lá.** Daí voltava a cada seis meses e era isso de novo. (Eric)*

***Ele não fez questão de melhorar nada, essa é que é a verdade.** Ele optou por... Deixou bem claro e isso desanima qualquer filho. Tudo bem, tem que se tratar. E, na hora que você melhorar? Vai ficar aqui ou vai embora de novo? (Eric)*

Vitória compartilha um exemplo dessa necessidade de garantir um lugar para aquele que morre. Diante da decisão do pai pela cremação, ela disputa com a mãe a posse das cinzas, o que remete a um embate edípico, mas, sobretudo, a uma recusa de permitir que o corpo transformado em pó desapareça e que, com isso, nada reste do pai.

*Minha mãe quase enfartou quando eu disse que eu vou ficar com as cinzas. Ela disse: “Isso é macabro!” Eu não vou jogar as cinzas dele em lugar nenhum. Ela quer levar para os Alpes, na cidade onde ela nasceu, mas não vou deixar. **As cinzas vão ficar comigo!** (Vitória)*

Extrapolando o alcance desse estudo verificar se, ao longo do processo de luto, Vitória pôde empreender a reconfiguração de objetos internos que Fédida (2009) denominou “sepultamento” e, com isso, abrir mão da disputa pela urna funerária com as cinzas do pai. Mas o exemplo sugere que o enlutado resiste a permitir que o morto escape-lhe completamente, seja na dimensão externa – tornando-se pó espalhado ao vento, como teme Vitória –, seja na dimensão interna pelo enfraquecimento dos objetos bons próprios daquela relação. Uma paciente atendida durante a realização desse estudo, logo após a morte trágica de seu pai (cujo carro fora arrastado por uma forte chuva enquanto ele voltava do trabalho para casa), sugere o medo de que as memórias sobre o pai tornassem-se pó, perdendo-se até desaparecerem.

Sonhei uma coisa estranha com o meu pai. Ele já havia morrido e eu sabia disso no sonho. Tanto que me assustei quando vi que ele estava no jardim da minha casa onde acontecia um enterro, não sei de quem, acho que era de uma criança – e várias pessoas da família estavam lá. Eu estava grávida e caminhava com algumas visitas mostrando minha casa nova, explicando

sobre os cômodos – que ainda estavam vazios – e, de repente, essa coisa louca... Um enterro no jardim de casa! Quando ele me viu, chegou perto e disse só para mim algo que está muito claro na minha cabeça: “Primeiro é José Luis, depois é Zezinho, depois é Zinho, depois é Zi, depois acaba”. Disse isso com convicção, avisando que eu acabaria esquecendo dele. Tentei dizer que não aconteceria isso, mas ele não falou mais nada e só ficava me olhando, com um jeito triste. (Beatriz)²¹

Referindo-se a experiências certamente singulares, em alguma medida Vitória e Beatriz enfrentam desafios similares: como substituir o objeto sem abandoná-lo, sem desonrá-lo, sem perdê-lo como “companhia interna” (KLEIN, 1996/1963a, p. 328)? E, somado a isso, como preservar o objeto sem mortificar-se, sem congelar a própria vida em função da morte do outro? Uma jovem grávida mostra a nova casa para visitas – está cheia de vida, por dentro e por fora, mas há um enterro no jardim. Quem morreu para que fosse sepultado? Ela não se lembra. Mas o pai, morto-vivo, volta para dizer que as memórias sobre ele podem acabar. Ela precisa preencher cômodos vazios – gerar um filho, mobiliar uma casa –, mas precisa, antes disso, garantir que o pai não desapareça tal como ele próprio preconiza. Vitória oferece outro exemplo: ela busca um lugar para chorar a morte do pai, mas sabe que ficar ao lado do leito é mortificar-se e, por isso, envolve-se com o trabalho para se aliviar. Não consegue abrir mão do pai e, também, não quer sofrer essa perda de modo a contaminar-se com a degradação do doente e, assim, morrer com o morto.

Se eu ficar do lado do leito eu morro! Então, eu preciso trabalhar... Para me aliviar. E eu preciso dormir na casa do meu namorado porque lá posso chorar. (Vitória)

O desafio de preservar uma figura internamente e, seguro dessa companhia perenizada, lançar-se a novas experiências é um aspecto central da teoria do luto desenvolvida por Klein (1996/1940, p. 403), autora para quem a reparação criativa é indício da elaboração sadia de uma perda, o que pode ocorrer ao longo do “luto antecipatório” ou somente depois da morte do outro (uma criatividade *post mortem* ilustrada, por exemplo, pela figura da “viúva alegre”)²².

²¹ Trecho utilizado após autorização e verificação do conteúdo pela paciente (já que foi reconstituído a partir de anotações e não transcrito literalmente de uma gravação).

²² Celebrada na opereta do austro-húngaro Franz Lehar (*Die lustige witwe*) a figura da viúva alegre tem sido personagem de filmes e obras literárias.

Sabemos que experiências dolorosas de todos os tipos às vezes estimulam sublimações, ou até despertam novas habilidades nas pessoas, que começam a pintar, escrever, ou iniciam outras atividades produtivas sob a pressão das frustrações e adversidades. Outras se tornam mais produtivas de uma maneira diferente: mais capazes de apreciar as coisas e as pessoas, mais tolerantes na sua relação com os outros, elas se tornam mais sábias.

Contudo, essa produtividade significa a ligação com experiências e realizações que já não incluem a figura perdida, o que é desafiador para quem lida com uma morte (como Beatriz advertida pelo pai, em sonho, sobre seu completo esquecimento) e, talvez, ainda mais difícil quando a figura perdida está viva, apesar de doente. Lembra Coelho (2001) que, ao longo da vida, *“os objetos vão sendo substituídos e o sucesso ou o fracasso nas substituições será determinante na formação de sintomas ou do equilíbrio e das possibilidades criativas de cada sujeito”*. Para algumas pessoas em especial – e, provavelmente, para todas as pessoas durante algum tempo do luto –, essas possibilidades criativas são retraídas enquanto há o que aqui chamamos de “embates com a morte”. Em qualquer dos movimentos defensivos, isto é, seja a reparação maníaca (equacionada aqui a um embate contra a realidade da morte), seja a reparação criativa subjacente ao que denominamos “esforços pela vida”, sempre estão em cena a negação, a onipotência e a idealização, esse arsenal de recursos que ajudam o indivíduo a suportar as angústias inerentes à revivência da posição depressiva (KLEIN, 1996/1940). Isso implica considerar que a criatividade seja tão defensiva quanto a compulsiva fuga das tarefas psíquicas impostas pela perda, vivência essa que consideraremos a seguir.

b) Embates contra a morte

Não conseguimos arranjar uma receita para a morte, para a desgraça, para a ignorância. Para que ainda assim possamos viver felizes, inventamos que não pensaremos em nada disso (ESTERHÁZY, 2011).

Perder o genitor parece exigir a travessia compulsória da linha que divide “ser filho” de “ser órfão”, impondo uma perda vivida como evento antecipado e injusto. Essa impossibilidade de aceitação Bower (1997) deduziu das racionalizações de filhos adultos que se esforçavam para atribuir sentido à morte do genitor (“acabou o sofrimento”, “foi como Deus quis”, “está num lugar melhor agora”...). No presente estudo, realizado com filhos que

ainda viam a alguma distância a morte dos pais, a dificuldade de aceitar a perda aparece na fala de alguns entrevistados de forma muito explícita e direta.

Eu simplesmente não quero que ele morra. Nunca disse isso a ele porque não tenho o direito de pedir para ele não morrer. Quem sou eu para manter ele aqui com dor, sem dignidade alguma, vegetando? Mas, no fundo, é o que eu quero: que ele fique. (Vitória)

Acho que para a gente nunca está na hora de perder a mãe. (Antônia)

Essa recusa emocional, paralela ao reconhecimento de que uma doença progressiva gerará fragilidades variadas que culminarão na morte do doente (duas dimensões provavelmente independentes: a previsão da morte e a aceitação da perda), parece fazer uso da idealização do doente. Atribuindo-se ao genitor uma capacidade extraordinária de resistir ao avanço da doença, é possível contar, ainda que imaginariamente, com um adiamento da morte. Aqui a idealização, entendida como um mecanismo psíquico, atuante desde a infância, em que o objeto é “*engrandecido e exaltado na mente do indivíduo*” (FREUD, 1996/1914b, p. 101), serve à proteção daquele que se vê ameaçado, na medida em que atribui capacidades extraordinárias às figuras cuidadoras e, por conseguinte, a si próprio, herdeiro natural dessas capacidades.

Ontem mesmo eu estava falando para o médico que vai lá em casa: eu amo meu pai, dói de tanto amar. A gente é muito parecido. Ele é muito importante, uma pessoa maravilhosa. Se ele fosse um qualquer, tudo bem. (Vitória)

Na verdade, a minha mãe é muito independente. É uma coisa dela. Sei como minha mãe é: ela não vai deixar por pouco uma situação dessas! (Eric)

Considerando que os pais idealizados sejam a base do ego ideal (FREUD, 1996/1914), de forma que a idealização agrega valor ao outro ao mesmo tempo em que incrementa o valor próprio, esse mecanismo psíquico é um alento quando se está ameaçado pelo enfraquecimento de uma figura de cuidado. Pelo menos dois entrevistados remetem a uma “pausa idealizatória” em meio ao processo de declínio do doente: Vitória, ao descrever o pai como um paciente que enfrentara facilmente uma fratura, uma cirurgia e uma pneumonia, mesmo estando acometido aos 82 anos por um tumor metastático; Eric, ao narrar o ato corajoso da mãe, que participara do casamento desse filho mesmo estando internada no hospital, com “*cateter, sonda e*

curativo” – evento ao qual iria, de qualquer modo, ainda que precisasse “*empurrar a cama do hospital*”.

Veja que eu não estou falando de uma pessoa normal. Meu pai está totalmente fora do padrão, o próprio cardiologista falou. Ele quebra o fêmur e volta a andar, quebra o braço e sai rindo da cirurgia, depois contrai pneumonia e no dia seguinte já melhorou... Onde você encontra um paciente assim? (Vitória)

*Era o primeiro filho dela casando, então tinha também essa pressão em cima: quando ela vai poder ver isso? No final ela estava lá e aguentou tudo até terminar. Ficou, participou da festa, saiu nas fotos e no vídeo com um acesso de sonda no pescoço. **O pessoal do hospital não tirou o cateter, nem nada – fechou, botou o curativo e ela foi.** [...] Ela era a mãe do noivo, tinha que ir. Para você ter uma ideia, a gente até cogitou num casamento com transmissão via internet para ela ver do hospital. Daí falei: ela não vai querer, **nem que ela tenha que empurrar a cama lá do hospital até aqui!*** (Eric)

Atribuir força de superação ao genitor progressivamente doente parece indicar a necessidade de negar a realidade externa, colocando-se em posição invulnerável. Por isso, talvez, constitua uma operação mental entre aquelas que Klein considerou como “defesas maníacas”. Kogan (2007, p. 12) sugere que “defesas maníacas” foi uma expressão sempre utilizada no plural por Melanie Klein porque implica o uso de uma “coleção de defesas”. O que caracteriza tais esforços, sintetiza Cintra e Figueiredo (2004, p. 82), é a negação da realidade (interna ou externa) e a onipotência diante do incontrolável.

A onipotência e a negação que estão implícitas nas defesas maníacas são formas de abolir tudo o que causa intenso desprazer. As defesas maníacas servem, então, para se contrapor e negar o mal-estar causado pelo medo dos objetos aterrorizadores (na posição paranóide) e/ou para se contrapor ao pesar, à culpa, ao sentimento doloroso de ter lesado os objetos (na posição depressiva).

Enquanto a idealização do genitor alivia o sentimento doloroso de tê-lo lesado, ao idealizar a si próprio (como excepcional cuidador), o filho lança mão de um recurso valioso para reconstituir o senso de poder pessoal em uma situação que, cada vez mais, favorece pesar e culpa. Lembra Kimball (1999) que o órfão é uma das figuras literárias que mais frequentemente aparecem como heróis, enfrentando injustiças e provações. Para Leoutsakas (2003) personagens como Moisés do Egito, Cinderela, O Patinho Feio, Tom Sawyer, Heidi, Super-homem, Harry Potter encenam uma trajetória heroica que parte do desamparo

instaurado pela perda dos genitores. Sem os pais e sem qualquer proteção adulta substituta – portanto, absolutamente sós –, essas crianças tornaram-se adultos virtuosos, capazes de grandes realizações. Se as histórias ficcionais forem entendidas como simulações criadas para facilitar a adaptação a situações ameaçadoras (GOTTSCHELL, 2011), essas narrativas sugerem que a orfandade talvez seja uma espécie de tragédia universal que todos enfrentam, seja na concretude da vida real, seja na dimensão mental. Sugerem, também, que essa experiência de perda pode mobilizar reações bastante infantis, como parecem ser essas alegações de influência poderosa sobre a realidade, o que faz lembrar o pensamento mágico da criança, que acredita controlar o mundo com seus gestos, ideias e sentimentos. Essa fantasia onipotente serve ao alívio do desamparo e da culpa – já que o indivíduo sente-se capaz de proteger e preservar o objeto – e, paradoxalmente, também à intensificação desses sentimentos à medida que o filho atribui a si a responsabilidade por sofrimentos que são, na realidade, inerentes à progressão da doença. Sob a necessidade de uma defesa psíquica, a onipotência atua com função lenitiva.

Eu acho que o pessoal do hospital vê a situação assim: minha mãe é a pessoa que separa os remédios e eu sou o resto. “Vitória, a pressão está baixa!”, “Vitória, a coagulação piorou!”, “Vitória, ele precisa sair um pouco de casa!” Então eu acho que sou vista como cuidadora mesmo. Engraçado... A maioria das pessoas nem sabe que meu pai tem outros filhos... Eles são tão inexistentes! (Vitória)

*Exatamente, eu sou a mãezona. Tanto é que **meu pai comentou: “Agora ela que comanda aqui em casa”**. Mesmo com a distância, eu comando quem vai fazer isso e quem vai fazer aquilo.* (Flávia)

*Ela mesmo fala que “Agora me sinto melhor”. Minhas irmãs falam que **quando chego a mamãe se transforma**.* (Luciana)

Outra forma de negar a realidade externa, minimizando seu impacto, é deter os pensamentos que religam o indivíduo à situação que gera ansiedade. Não pensar sobre algo, pelo menos temporariamente, permite triunfar sobre a realidade, impedindo seu efeito perturbador. Quando a realidade é incontrolável, uma forma de controle é ignorá-la.

*Desde que eu comecei a fazer terapia, apareceu muitas vezes o tema da morte do meu pai, porque ele já era bem idoso... Mas **eu nunca consegui falar disso**. Meus pais sempre viajaram muito então tem uma caixa preta aqui em casa com os testamentos dos dois, nomes de advogados, mas **eu nunca quis saber**. Acho que era uma negação minha da possibilidade de perdê-los.* (Vitória)

A questão de morte, para ser sincero, não sei se estou preparado para encarar isso com meus pais. Espero que demore bastante para acontecer, mas é um negócio em que, sinceramente, não penso. (Eric)

Pelo menos estou tentando não ficar pensando “não sei se amanhã ele estará bom”. Porque se ficar pensando fico super tensa e começo a sentir dor para tudo quanto é lado. Não consigo nem dormir. (Nice)

A necessidade dessa estratégia defensiva pode levar o indivíduo a forçosamente calar aquilo que favorece o reconhecimento da realidade negada. Vitória precisa gritar com a mãe quando essa admite a confusão mental do marido; precisa, também, afastar-se de seu choro quando a mãe sugere necessitar de consolo. Raquel, por sua vez, evita ir ao hospital porque lá não há computador ou televisão para distraí-la da situação angustiante que é ficar de fora do quarto do hospital (fora dos cuidados com a mãe, exatamente ela que é uma recém-formada enfermeira, ou fora da relação dos pais, que, a portas fechadas, fortalecem uma relação de cuidado da qual a filha está excluída?).

Fico muito tensa com qualquer sinal de doença, de mudança e de envelhecimento dele. É, você imagina que eu disse à minha mãe que ele confundiu manhã e tarde e foi aquele alvoroço! Ela começou a dizer que já tinha percebido essa confusão dele, mas não quis me dizer. Precisei gritar com ela! Meu pai está muito bem mentalmente considerando toda a medicação que ele toma e toda a idade que ele tem! (Vitória)

Porque com a minha mãe é assim: ela precisa de mim para acolhê-la e eu não consigo, então me irrita quando ela chora. Nesse final de semana ela disse para uma amiga minha: “Pela primeira vez a Vitória está reconhecendo que ele vai morrer”. Não é a primeira vez! Só que eu não fico chorando na frente deles! É uma comoção interna minha, eu não preciso ficar mostrando! Claro que não é fácil admitir, é praticamente insuportável... (Vitória)

No hospital não costumo ir porque lá só entra um acompanhante e geralmente é meu pai. Então, eu vou lá para quê? Se é para eu ficar de fora esperando, prefiro ficar em casa! Lá pelo menos tem computador, tem televisão... (Raquel)

Esse embate com tudo o que exige pensar sobre a aproximação da morte do genitor inclui contrapor-se a modos de lidar com o doente que trazem em si o reconhecimento de sua fragilidade. Os cuidados da avó com a mãe no estágio avançado do câncer obriga Raquel a admitir que, em certa medida, a mãe tornara-se uma criança pequena, incapaz de tomar banho sozinha. Luciana, quando diz à entrevistadora que a mãe não está “*debilitada, acamada, sem*

andar, sem pensar e raciocinar, tendo que ficar hospitalizada”, provavelmente esforça-se para acreditar que esse estado possa ser adiado se “colocar a mãe no eixo”.

*Para você entender como ela trata a minha mãe: por causa desse inchaço ela tem dificuldade de levantar da cadeira. É só ajudar nisso que depois ela caminha porque está conseguindo se sustentar. Mas se a minha avó vê ela segura minha mãe até o banheiro, tira a roupa dela e abre a torneira. **Eu tenho vontade de dizer: “Não precisa! Ela não tem um ano! Está fraca, mas não é incapaz!”** (Raquel)*

*Na minha opinião, acho que ela precisa ter as autonomias dela. **Eu coloco ela um pouco no eixo com relação a isso.** “Mãe, você tem que resolver as suas coisas, você anda e fala, tem as suas vontades...”. Senão daqui a pouco ela vai se acomodar muito: “Ah, agora você resolve tudo”. Quero que ela tenha controle das coisas dela enquanto ela está aí. **Ela está passando por um problema sério, mas não está debilitada, acamada, sem andar, sem pensar e raciocinar, tendo que ficar hospitalizada.** (Luciana)*

Estamos considerando que haja uma tentativa de evitar pensamentos que incitem sentimentos perturbadores. Mas há, inversamente, a possibilidade de arrefecer a racionalidade, já que a mente saturada de ideias reduz o contato com a dimensão emocional. Focalizando decisões sobre exames, tratamentos e prognósticos, nega-se parte da realidade interna, suprimindo a multiplicidade de sentimentos ligados a uma figura afetiva e realocando-a em posição desvalorizada, como algo prescindível. Quando a doença é confirmada, Raquel não chora; Flávia vai ao shopping.

***Não que eu não tenha ficado triste, mas para mim era algo muito racional:** “vai operar?”, “vai fazer quimioterapia ou radioterapia?”, “tem chance de curar?” – não era uma declaração de morte. **Todo mundo olhava para mim como que dizendo: “Você não vai chorar?”.** E eu não chorei. (Raquel)*

***Na hora pensei: “Está com câncer, vamos tratar”.** Foi até meio frio na hora da notícia. Para ela também. **Ainda saímos de lá e fomos para o shopping.** (Flávia)*

Apontar para a utilização de defesas maníacas nos trechos expostos nessa seção não implica apontar déficits ou desvios nos entrevistados. Não há material clínico suficiente para a elaboração de diagnósticos e, sobretudo, não há respaldo psicanalítico para equacionar defesas maníacas a um funcionamento psíquico anormal. Pollock (1994) considera que a teoria do luto desenvolvida por Freud ao longo de diversos textos remete a técnicas adaptativas necessárias para o enfrentamento de uma grave perda. De fato, Freud (2006/1917, p. 103)

defendeu que o luto não é um estado patológico e, por isso, não demanda tratamento “*pois confiamos em que, após determinado período, o luto será superado, e considera-se inútil e até mesmo prejudicial perturbá-lo*”. Também sob esse cuidado de redimir as perturbações do enlutado, Klein afirmou que “*muitas pessoas de luto só conseguem restabelecer seus laços com o mundo muito lentamente, pois estão lutando contra o caos interior [...]*” (1996/1940, p. 404). Apesar de comportamentos que possam preocupar quem cerca uma pessoa enlutada, tais como defesas que sugerem, à primeira vista, um desligamento precoce, ou, ao contrário, um apego excessivo à figura perdida (também à figura que vislumbra-se perder, como é o caso presente), é somente ao longo do tempo que as defesas são compreendidas. Se há um uso temporário desses recursos, pode-se considerar que seja uma forma saudável de proteger o ego em meio à convulsão de afetos gerada por uma grave perda. Por outro lado, a cronificação desses mecanismos defensivos impõe um retraimento às possibilidades criativas. Cintra e Figueiredo (2004, p. 83) defendem que pessoas agarradas a esses mecanismos “*oscilam entre a fossa e a festa sem abrirem um caminho de contato com a realidade externa e com a realidade psíquica, e sem poderem efetivamente se engajar com responsabilidade em tarefas reparatórias [...]*”. Vimos na seção anterior alguns exemplos de movimentos criativos, possivelmente impulsionados pela experiência de luto que, para algumas pessoas, favorece a intensa utilização da reparação como defesa psíquica – um aspecto salientado por Klein em sua compreensão do enlutado é que quando sente o objeto amado perdido seguramente conservado em seu interior, o sofrimento é produtivo, já que o livra do trabalho obsessivo que é apaziguar fantasias perturbadoras e sentimentos ambivalentes em relação ao morto. Definir qual seja a condição psíquica de cada entrevistado ultrapassa o alcance desse estudo, inclusive porque alguns entrevistados aparecem na seção sobre defesas criativas e também aqui, onde consideramos as defesas maníacas. Essa impossibilidade de classificar os entrevistados nesse ou naquele tipo defensivo sugere que as vivências emocionais do enlutado tendem a se desenvolver de maneira não linear, oscilando entre a elaboração da perda e, em outros momentos, a repetição de defesas arcaicas. “*No luto, assim como no desenvolvimento infantil, a segurança interior não surge de um movimento contínuo, mas em ondas*” – propõe Klein (1996/1940, p. 404). Essas “ondas” (uma imagem que remete a avanços e retrocessos) parecem caracterizar as vivências de alguns entrevistados, apontando para uma complexidade psíquica do luto que desafia a análise clínica e, ainda mais, a investigação científica.



Freud e sua filha Anna, em 1938, um ano antes de morrer acometido por câncer, na viagem de Viena rumo ao exílio em Londres (FREUD MUSEUM OF LONDON, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: LAÇOS PROFUNDOS, LUTOS PULSANTES

Não que eu não tivesse entendido como os laços que nos uniam eram emaranhados e profundos – o que eu não tinha entendido é quanto o profundo pode ser profundo (ROTH, 2012, p. 103).

Há muitas ideias, críticas e desdobramentos possíveis de apresentarmos diante de uma pesquisa finalizada – particularmente quando não estamos pensando enquanto olhamos para a tela luminosa do computador e, ao mesmo tempo, para um calendário que adverte sobre a impiedosa passagem dos dias e meses. O que vemos da perspectiva de quem concebeu e realizou o estudo provavelmente é restringido pela tensão inerente à realização de uma tese que deve respeitar as normas acadêmicas, os prazos institucionais e, sobretudo, seu objetivo maior que é oferecer alguma contribuição ao leitor. Esse, livre de compromissos autorais com o estudo que lê, pode deixar a mente correr solta pelos parágrafos, lendo criticamente o que foi afirmado e pensando criativamente sobre o que não foi afirmado. Desse ponto de vista, as considerações finais apresentam ideias salientes para o autor antes que ele possa ser leitor e interlocutor do próprio estudo que produziu – e antes, também, que outros leitores possam criar novas associações e provocações não cogitadas no pequeno círculo de discussão que foi, até a publicação, a “família de origem” do texto.

A importância de validarmos o luto filial – aqui preconizado como “orfandade adulta” – talvez seja a principal reflexão que consigo nesse momento depreender das entrevistas. Relendo o material transcrito, percebo que os participantes compartilham uma necessidade de domínio sobre os próprios sentimentos, ressaltando que é preciso “*seguir em frente*”, “*segurar o choro*”, “*ser uma rocha*”. Parece haver uma firme tentativa de enquadrarem o que sentem à expectativa social sobre o que seja o luto filial adulto – isto é, um sofrimento limitado em intensidade e duração, já que é esperado que pais antecedam seus filhos no morrer. Dentro da hierarquia de gravidade dos lutos, qual a importância de uma morte anunciada e gradual, ocorrida sob cuidados profissionais e familiares, quando somos diariamente expostos a cenas de acidentes e catástrofes? Quando, entre uma notícia e outra, vemos corpos mutilados e sangrentos de vítimas de ataques terroristas, crianças esqueléticas no colo de mães igualmente violentadas pela miséria, filas de desolados pelos corredores de hospitais públicos. Qual, afinal, a dificuldade de testemunhar a “morte suave” (BEAUVOIR, 1984) de um genitor acometido por doença progressiva quando, em um mês de férias como esse, as manchetes de

jornais trazem pais enterrando filhos que brincavam na piscina, no balanço, na calçada e que, de um instante para o outro, milhares de pessoas conhecerão pela sinistra notícia que leem no café da manhã? Nossa habituação com o que Kovács (2009) denomina “morte escancarada” banaliza de tal forma a finitude humana que tendemos a negligenciar nossos lutos por perdas aparentemente insignificantes se comparadas às fatalidades que imaginamos devastar a vida de outras pessoas. Essa racionalização individual sobre graus de sofrimento, que me parece bastante apoiada na forma como a sociedade lida com o morrer, serve a uma necessidade defensiva de filhos-cuidadores: atenua o medo de sucumbirem ao próprio luto e, com isso, não conseguem cuidar de um genitor cada vez mais fragilizado e dependente. Se podemos considerar que o esforço para “*seguir adiante*”, “*segurar o choro*” e “*ser uma rocha*” constitua uma sublimação produtiva, que impulsiona a busca por experiências profissionais, relacionamentos amorosos (casamento, filhos,...) e aquisições materiais, também é possível que essa contenção afetiva restrinja o desenvolvimento psíquico inerente às situações em que o sofrimento é vivenciado e elaborado.

Essa perda negligenciada socialmente e individualmente parece-me merecer atenção em especial porque guarda uma particularidade em relação a outras perdas: instaura uma solidão definitiva que, em certa medida, é fantasiada e temida desde a constituição da vida mental. Sentir-se desprovido de figuras absolutas de cuidado e proteção (seja porque o genitor adoecido é o único genitor vivo ou porque é a principal fonte de segurança) coloca à prova a capacidade de utilizar defesas criativas que fortaleçam essas figuras internamente e, com isso, tornem-nas estímulos perenes para novas experiências. Talvez isso ocorra porque o luto filial seja, para a maioria das pessoas, um intenso contato com a própria transitoriedade. No presente estudo, a maioria dos participantes tinha até 35 anos, o que pode significar que viveram poucas vezes uma importante perda. Como considerávamos há pouco, a repetida exposição à “morte escancarada” (KOVÁCS, 2009) não é uma preparação para as mortes que, fora da irrealidade da televisão, algum dia enfrentaremos pessoalmente. Embora saibamos cada vez mais sobre *causas mortis* – esse objeto explorado por noticiários, documentários e até programas de entretenimento –, é provável que estejamos blindados emocionalmente para a realidade do morrer até que uma perda nos atinja. Quando pai ou mãe estão gravemente doentes, surge uma ameaça personalíssima, voltada a um objeto constituinte de nós mesmos, cuja transitoriedade, via identificação, lembra-nos que nossa própria existência é transitória. Considerando que “[...] a tendência de excluir a morte de nossos projetos de vida traz em seu rastro muitas outras renúncias e exclusões” (FREUD, 1915, p. 301), podemos cogitar que quando a realidade inviabiliza a negação da finitude há um contexto favorecedor de

realizações adultas que até então pareciam indefinidamente adiáveis. Apesar de ler criticamente autobiografias que salientam o desenvolvimento pessoal impulsionado pelo luto filial (UMBERSON, 2003; EDELMAN, 2006; POPE, 2006), terminei esse estudo compreendendo que a urgência de experimentar, produzir e ousar seja, para alguns filhos adultos que se veem órfãos, uma espécie de patrimônio não intencional deixado pelos pais.

Não foi objetivo desse estudo avaliar a natureza das defesas psíquicas utilizadas por filhos que vivenciam luto antecipatório. Ainda que o fosse, certamente não caberia extrapolar para uma avaliação em termos de maior ou menor normalidade. Como quaisquer outros comportamentos humanos, as defesas psíquicas não são classificáveis dentro de dicotomias, já que precisamos acompanhar a circunstância em que ocorrem e o impacto que causam ao longo do tempo. *“Não mais consideramos que a saúde e a doença, ou que os normais e os neuróticos se diferenciem tanto uns dos outros e que traços neuróticos devem necessariamente ser tomados como sendo prova de uma inferioridade geral”* – afirma Freud (1996/1910b, p. 136). Sobretudo diante de defesas utilizadas em meio ao choque imediato da perda (ou da percepção de que a perda ocorrerá em breve) não faz sentido traçar diagnósticos ou prognósticos sobre a condição psíquica. Precisamos acumular experiências com aquele que desejamos compreender, especialmente porque ao longo do tempo as circunstâncias variam e, com isso, emergem aspectos psíquicos latentes, eclipsados, que não constituem “a verdadeira personalidade”. Quando alguém é surpreendido por uma grave doença (em si ou em uma figura afetiva), precisa contar com defesas potentes, o que impulsiona comportamentos enigmáticos, inesperados – bizarros, até. As anotações sobre impressões geradas pelos participantes durante as entrevistas fazem-me cogitar intensas reações defensivas que não compreendi enquanto conduzia a coleta de dados. Por isso, talvez, registrei em um abreviado “diário de campo” meu desconforto diante da autopromoção de Vitória, que atribuía a si a capacidade de cuidar do pai adoecido como ninguém mais conseguia, descrevia entusiasticamente suas recentes conquistas profissionais, ou compartilhava a irresistível atração que provocava no médico do *home care* que atendia o Sr. Vitório; assim como registrei meu estranhamento ao ouvir Raquel, quatro dias após o falecimento de sua mãe, relatando sobre a alegria de reencontrar primos e amigos presentes no velório, o que teria atenuado sua irritação devido ao atraso do carro fúnebre e também à insistência da tia para que Raquel trocasse a roupa ultracolorida que usava enquanto esperava o início do funeral²³.

²³ Embora o estudo objetivasse ouvir relatos de filhos durante o acompanhamento da doença progressiva do genitor, manteve-se a data do último encontro em respeito à entrevistada que foi avisada, no início desse último encontro, que esse relato não seria utilizado no *corpus* do trabalho.

Vistos à distância de um ano e pouco, esses radicalismos sugerem medidas de proteção necessárias, ainda que funcionem provisoriamente. O que significam na esfera psíquica individual – cabe lembrarmos – é uma questão irrespondível a partir da perspectiva teórico-metodológica assumida nesse estudo.

As falhas dessa pesquisa são menos nítidas para mim do que para outros leitores, mas percebo desde já algumas limitações que vale lançar ao debate. Sabemos que toda pesquisa é, em maior ou menor grau, uma simplificação da realidade (e não um retrato fiel de sua complexidade), mas isso, na prática, exige atitudes difíceis de levarmos adiante do início ao fim do estudo. Exige, logo no planejamento, decidirmos que perfil de colaboradores aceitaremos, quantas entrevistas realizaremos, qual baliza teórica utilizaremos e, um pouco mais à frente, como organizaremos o material obtido. Etimologicamente, “decidir” origina-se de “cortar” (*caedere*, em latim). Quem decide possibilita que algo ganhe vida, mas, para isso, precisa eliminar todas as outras possibilidades. A realização de um estudo lembra-nos disso. Terminamos uma pesquisa inquietos, suspeitando que *deveríamos* ter entrevistado mais pessoas, mais diversificadas, por mais tempo – e que *deveríamos* ter produzido mais categorias, mais análises, mais considerações finais. Mas, ainda que essa autocrítica seja cabível, necessariamente precisamos suportar as questões e lacunas para que algumas respostas sejam construídas. Não sei o que aprenderíamos com as experiências de outros grupos (filhos homens, filhos adolescentes, filhos acima de 40 anos, filhos adotivos...), o que acrescentariam outras entrevistas e quais elementos agregariam outros teóricos – mas são essas dúvidas que estimulam novos estudos. Ao contrário dessa limitação inevitável, a perda do foco investigativo é um equívoco. Propor interpretações diante dos relatos de entrevistados constitui um “desvio de conduta” face ao contato hiperabreviado que duas ou três entrevistas permitem. Além disso, não é a isso que visa um estudo clínico-qualitativo onde a proposta é identificar vivências que atravessam relatos de diferentes entrevistados. Concordando que a psicanálise não busque a objetividade, mas, sim, a objetividade (FLORENCE, 1994), entendo que as falas do outro instiguem-nos a traçar associações entre aspectos subjetivos daquele indivíduo, mas, ainda assim, releio alguns trechos percebendo que ouvi o entrevistado como um paciente, abrindo mão de questões-disparadoras porque queria entender aprofundadamente um aspecto específico – porém, com isso, deixei de explorar questões que interessavam ao estudo. Penso, agora, que a estratégia para buscar participantes explique, em parte, essas situações de confusão entre pesquisar e interpretar. Sob a preocupação ética de convidar diretamente filhos de pacientes para participarem do estudo e, com isso, criar uma situação coercitiva e constrangedora para aqueles que desejassem não aceitar o convite,

decidiu-se expor um cartaz em salas de espera do setor de oncologia e contar com a demanda espontânea. Isso realmente trouxe para o estudo pessoas que escolheram participar – e tão rapidamente que excedeu antes do previsto o encerramento dessa fase de aproximação de interessados. No entanto, essa estratégia favorece que a participação na pesquisa seja oferecida por quem busca algum tipo de ajuda. Uma entrevistada conta em nosso encontro preliminar que sua cunhada dissera que, ao voluntariar-se para o estudo, estava buscando psicoterapia sem precisar admitir isso para si própria. Ela nega essa hipótese, dizendo-me que deseja colaborar com a pesquisa porque, enquanto profissional de saúde, percebe a falta de publicações dirigidas a filhos que vivenciam o progressivo adoecimento de um genitor. Outros entrevistados reconheceram a necessidade de ajuda profissional, solicitando atendimento ou encaminhamento quando as entrevistas foram encerradas. Embora as interações pesquisadora-colaboradores provoquem a criação de sentidos, ocorre uma interrupção tendo-se como critério a suficiência de dados para o estudo e não o processo elaborativo do participante. Isso não significa, necessariamente, deixar uma ferida aberta. Faz parte dos compromissos assumidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dessa e de tantas outras pesquisas que seria oferecido acompanhamento psicológico se intensos conteúdos emocionais fossem mobilizados durante as entrevistas. Não há, no entanto, como evitar que o entrevistado aceite participar sob efeito de uma necessidade emocional que a pesquisa frustra ao final, quando o pesquisador decide encerrar os encontros e partir com as gravações em mãos. Não há como evitar, essa é minha impressão, que o entrevistado contrariadamente aceite despedir-se. Quem deixa o estudo é o pesquisador, com suas razões pessoais e metodológicas, e quem ofereceu relatos íntimos precisa lidar sozinho com os sentimentos que advêm dessa separação. Especialmente nessa circunstância de “perdas parciais” (BERENZIN, 1970, 1977), que constitui o “luto antecipatório” (RANDO, 1986, 1991), é compreensível que o entrevistado deseje estender a relação e ser acolhido pelo entrevistador, extrapolando o contrato que especificava uma relação limitada no tempo e pautada pelo objeto do estudo. Todos os participantes, exceto Antônia (talvez por trabalhar catalogando teses e dissertações ela saiba que há um necessário fim para coletas de dados), propuseram ou insinuaram que poderíamos marcar outras entrevistas. Alguns, diante dessa impossibilidade, lançaram mão de mensagens enviadas por computador, curiosamente instaurando uma relação paralela. Daniel informa-me que o pai morreu, compartilha um texto-obituário e convida para o sepultamento. Flávia envia mensagens, durante e após o período de entrevistas, solicitando indicações médicas porque decidira iniciar o tratamento para engravidar. Vitória telefona-me pedindo que eu atendesse sua mãe, severamente deprimida

após a recente morte do marido. Carlos avisa-me que precisava de um *coaching* que o ajudasse a rever sua carreira profissional fincada na empresa que o pai subitamente deixara-lhe. É possível que as experiências de orfandade desses filhos enlutados os sensibilize para oportunidades de escuta – algo que em alguma medida é intrínseco a entrevistas de pesquisa. E, de nossa parte, é possível que essas experiências brevemente compartilhadas conosco induzam-nos a uma atitude protetora que influencia a condução das entrevistas e a relação pós-entrevistas. O predomínio de mulheres entre os entrevistados provavelmente ajude-nos também a entender o clima que a relação de pesquisa assumiu na maioria das vezes. O cartaz-convite exposto em salas de espera frequentadas por filhos e filhas que acompanham genitor em consultas, exames, sessões de quimioterapia ou radioterapia gerou uma demanda espontânea exclusivamente feminina, isto é, nenhum filho homem voluntariou-se a participar (um dos rapazes foi convidado a contribuir com a pesquisa quando vinha em busca de atendimento psicológico para o pai, e o outro foi atendido em sua solicitação para participar depois de a esposa ter lido o cartaz e sugerido que ele enviasse um e-mail). Além de considerar que as filhas são frequentemente as principais cuidadoras de pais doentes, parece cabível lembrar que luto é influenciado, embora não determinado, pelo gênero. Para Doka e Martin (2010), homens geralmente apresentam reações à perda em termos de atividades ou ideias, o que os autores entendem como uma modalidade “instrumental”. Já as mulheres tenderiam a expressar afetivamente o sofrimento de perder, com isso revelando uma modalidade “intuitiva”. Cabe supor que o convite atingiu em especial o público feminino e que, aquelas que chegaram até as entrevistas, compartilharam suas experiências emocionais na medida em que a escuta foi oferecida. Para essas entrevistadas, o imperativo era falar – uma situação que torna fundamental o difícil equilíbrio entre acolher sensivelmente o relato do participante e, ao mesmo tempo, manter o foco da investigação.

Além do procedimento para obtenção de voluntários, que provavelmente aproximou pessoas desejosas de um cuidado que vai além do que a pesquisa consegue oferecer, um fator não-planejado parece-me ter favorecido que em alguns momentos as entrevistas tenham tomado um rumo clínico: a maioria dos encontros ocorreu ao longo de minha gravidez, o que, inclusive, fez-me reorganizar o cronograma do estudo de forma a encerrar o contato com os entrevistados antes do parto. Embora o vínculo terapêutico seja mais complexo e intenso que a relação de pesquisa, estudos sobre as vivências afetivas de pacientes diante da gravidez da analista (ETCHEGOYEN, 1993; QUINODOZ, 1993; TONON; ROMANI; GROSSI; 2012) colocam-nos a pensar que entrevistados possam sentir-se abandonados, substituídos ou desvalorizados. Podem, também, sentir-se invejosos da experiência materna que ocorre

exatamente quando precisam abrir mão de *ter* um filho e, também, de *ser* um filho. Estão vivendo concessões difíceis, enquanto a pesquisadora mostra, exultante, o filho que chegará. A riqueza de movimentos transferenciais e contratransferenciais que ocorrem na breve relação entre pesquisador-pesquisado extrapola o que é possível analisarmos frente a dados escassos. Porém, à medida que contamos com interlocutores que reflitam conosco sobre nossas condutas na realização de uma pesquisa, podemos extrair conhecimento inclusive de nossos desvios metodológicos. Podemos avançar na compreensão dos fatores que nos levaram a um temporário esquecimento dos objetivos da pesquisa e, com isso, fizeram-nos aceitar os “convites” do entrevistado para uma relação de cuidado.

Acredito que essa tese possa ter vários desdobramentos: fomentar pesquisas acadêmicas sobre a perda de genitores por filhos adultos, salientar a psicoterapeutas a relevância emocional dessa experiência, estimular debates teóricos, fundamentar atendimentos grupais, inspirar livros voltados ao público não especializado. Kovács (2009, p. 466) denomina “educação para a morte” qualquer iniciativa “*calcada nos questionamentos, na procura de autoconhecimento, na busca de sentido para a vida*”, lembrando que “*nunca se trata de dar receitas, respostas simples, padrões, normas ou doutrinação*” (KOVÁCS, 2008, p. 466) – nessa direção, torço para que esse e outros trabalhos favoreçam a compreensão das vivências de filhos sob luto antecipatório sem perderem de vista o objetivo maior que é contribuir para a elaboração dos lutos intensos e inesperados tão próprios da orfandade adulta. Esse é um desafio à prática de instituições oncológicas que, atendendo pacientes na meia idade, concentram em suas salas de espera filhos adultos que poderiam ter opções de cuidado próprio, ao invés de passivamente aguardarem que seus pais terminem a consulta médica, o exame de acompanhamento, a infusão quimioterápica ou a aplicação radioterápica. É um desafio também ao psicoterapeuta aproximado de adultos que, em algum momento, trazem para a situação clínica uma memória, uma notícia ou uma fantasia sobre a perda de um genitor e, com isso, apontam para uma experiência que todos, inclusive os psicoterapeutas, tendemos a banalizar como um fato inescapável da vida.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ALDRICH, C. K. Some dynamics of anticipatory grief. In: SCHOENBERG, B.; CARR, A.; KUTSCHER, A.; PERETZ, D.; GOLDBERG, I. (Ed.). **Anticipatory Grief**. New York: Columbia University Press, 1974. p. 3-13.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER. **Cancer staging manual**. 7th ed. New York: Springer-Verlag, 2010.

AOUN, S. M.; KRISTJANSON, L. J.; CURROW, D. C.; HUDSON, P. L. Caregiving for the terminally ill: at what cost? **Palliative Medicine**, v. 19, p. 551-555, 2005.

APPIGNANESI, L.; FORRESTER, J. **As mulheres de Freud**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

ARIÈS, P. **Western attitudes toward death**: from the Middle Ages to the present. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1975.

BARTHES, R. **Diário de luto**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

BARTOCCI, B. **Nobody's child anymore**: grieving, caring and comforting when your own parents die. Notre Dame: Sorin Press, 2000.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento: evitando confusões. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

BAUMAN, Z. **Towards a Critical Sociology**: an essay on common sense and emancipation. Londres: Routledge, 1976.

BAUMAN, Z. **Amor líquido**: sobre a fragilidade dos laços humanos. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

BEAUVOIR, S. **Uma morte muito suave**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.

BEDER, J. Loss of the assumptive world: how we deal with death and loss? **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 50, n. 4, p. 255-265, 2004-05.

BERENZIN, M. The psychiatrist and the geriatric patient. **Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 4, p. 53-64, 1970.

BERENZIN, M. Partial grief for the aged and their families. In: PATTISON, E. M. (Ed.). **The experience of dying**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1977. p. 279-286.

BONAPARTE, M. L'identification d'une fille à sa mère morte. **Revue Française de Psychanalyse**, v. 2, n. 3, p. 541-565, 1928.

BORGES, C. F. Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica. **Psicologia em Estudo**, v. 8, número especial, p. 21-29, 2003.

BOSS, P. **Ambiguous loss**: learning to live with unresolved grief. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

BOTELLA, C.; BOTELLA, S. **Irrepresentável**: mais além da representação. Porto Alegre: Editora da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2002.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. São Paulo: Vozes, 2008.

BOWER, A. R. The adult child's acceptance of parent death. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 35, n. 1, p. 67-96, 1997.

BROOKS, J. **Midlife orphan**: facing life's changes now that your parents are gone. New York: Berkley, 1999.

BULLETIN OF THE AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION. **Sigmund Freud with Anna Freud**, in the garden of their home in London, at the end of June. v. 2, n. 5, 1939. Disponível em: <<http://www.p-e-p.org>>. Acesso em: 1 maio 2010.

CASELLATO, G. (Org.). **Dor silenciosa ou dor silenciada?** Perdas e lutos não reconhecidos por enlutados e sociedade. Campinas, SP: Livro Pleno, 2005.

CASSORLA, R. S. A negação e outras defesas frente à morte. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Discutindo a vida, a morte e o morrer**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 59-76.

CHRISTAKIS, N. A.; LAMONT, E. B.; SMITH, J. L.; PARKES, C. M. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. **British Medical Journal**, v. 320, p. 469-473, 2000.

CINTRA, E. M. U. Pensar as feridas. In: PINTO, M. C. (Org.). **O livro de ouro da psicanálise**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2007. p. 307-317.

CINTRA, E. M. U.; FIGUEIREDO, L. C. **Melanie Klein**: estilo e pensamento. São Paulo: Escuta, 2004.

COELHO JÚNIOR, N. E. A noção de objeto na psicanálise freudiana. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982001000200002&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2012.

COFFEY, A.; ATKINSON, P. **Making sense of qualitative data**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1996.

CORSO, D. L.; CORSO, M. **Fadas no divã**: psicanálise nas histórias infantis. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DANE, B. O. Middle-aged adults mourning the death of a parent. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 14, n. 3/4, p. 75-89, 1989.

DE MASI, F. **Making death thinkable**: a psychoanalytic contribution to the problem of transience of life. Free Association Books, 2004.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: Sage publications, 2000.

DIAMOND, J. **Fatherless sons**: healing the legacy of loss. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006.

DICKSTEIN, L. S. Attitudes toward death, anxiety, and social desirability. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 8, n. 4, p. 369-378, 1978.

DIDION, J. **O ano do pensamento mágico**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

DOKA, K. J. (Ed.). **Disenfranchised grief**: recognizing hidden sorrow. Lexington, MA, England: Lexington Books, 1989.

DOKA, K. J.; DAVIDSON, J. **Living with grief when illness is prolonged**. Washington: Hospice Foundation of America, 1997.

DOKA, K. J.; MARTIN, T. L. **Grieving beyond gender**: understanding the ways men and women mourn. New York: Routledge, 2010.

DOUGLAS, J. D. Patterns of change following parent death in mid-life adults. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 22, n. 2, p. 123-137, 1990-91.

EDELMAN, H. **Motherless daughters**: the legacy of loss. Cambridge, MA: Da Capo Lifelong Books, 2006.

EDMUNDSON, M. **A morte de Freud**: o legado de seus últimos dias. Rio de Janeiro: Odisséia, 2009.

EISENSTADT, J. M. Parental loss and genius. In: FRANKIEL, R. V. **Essential papers on object loss**. New York: New York University Press, 1994. p. 509-533.

ESTERHÁZY, P. **Os verbos auxiliares do coração**. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

ETCHEGOYEN, A. The analyst's pregnancy and its consequences in her work. **International Journal of Psychoanalysis**, n. 74, p. 141-149, 1993.

FÉDIDA, P. **Dos benefícios da depressão**: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2009.

FERRAZ, F. C. A somatização no campo da psicopatologia não-neurótica. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582010000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jun. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, L. C.; MINERBO, M. Pesquisa em psicanálise: algumas idéias e um exemplo. **Jornal de Psicanálise**, v. 39, n. 70, 2006. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100017&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2012.

FISHER, C. The invisible dimension: abuse in palliative care families. **Journal of Palliative Medicine**, v. 6, n. 2, p. 257-264, 2003.

FLORENCE, J. As identificações. In: MANNONI, M. et al. (Org.) **As identificações na clínica e na teoria psicanalítica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 115-65.

FONTANELLA, B. J. B.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000500025&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mar. 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 maio 2010.

FOWLER, F. J. **Survey research methods**. 4th ed. California: SAGE Publications, 2009.

FRANCO, M. H. P.; MAZORRA, L. Criança e luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2007000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jul. 2010.

FREUD MUSEUM OF LONDON. **Foto integrante do acervo de imagens**. Disponível em: <http://www.freud.org.uk/photo-library/category/10044/freud-family/>. Acesso em: 8 agosto 2012.

FREUD, S. Estudos sobre a histeria. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1893. v. II, p. 13-316.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1900. v. IV e V, p. 15-648.

FREUD, S. Romances familiares. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1909. v. IX, p. 217-222.

FREUD, S. Psicanálise “silvestre”. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1910a. v. XI, p. 233-239.

FREUD, S. Leonardo Da Vinci e uma lembrança de sua infância. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1910b. v. XI, p. 69-141.

FREUD, S. Formulações sobre os dois princípios do acontecer psíquico. In:_____. **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006/1911. v. I, p. 63-70.

FREUD, S. Totem e Tabu. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1913. v. XIII, p. 21-162.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1914a. v. XII, p. 163-171.

FREUD, S. À guisa de introdução ao narcisismo. In:_____. **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006/1914b. v. I, p. 95-131.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1915a. v. XIV, p. 123-144.

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1915b. v. XIV, p. 285-309.

FREUD, S. Sobre a transitoriedade. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1916. v. XIV, p. 317-319.

FREUD, S. Luto e Melancolia. In:_____. **Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2006/1917. v. II, p. 99-116.

FREUD, S. Além do princípio do prazer. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago; 1996/1920. v. XVIII, p. 17-75.

FREUD, S. Psicologia de grupo e análise do ego. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1921. v. XVIII, p. 81-154.

FREUD, S. Uma neurose demoníaca do século XVII. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1923. v. XIX, p. 87-120.

FREUD, S. Inibições, sintomas e ansiedade. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1926. v. XX, p. 91-167.

FREUD, S. O futuro de uma ilusão. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1927. v. XXI, p. 13-63.

FREUD, S. Dostoievski e o parricídio. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1988/1928. v. XXI, p. 181-198.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1930. v. XXI, p. 73-148.

FREUD, S. Por que a guerra? In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1933. v. XXII, p. 193-208.

FREUD, S. Análise terminável e interminável. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1937. v. XXIII, p. 231-270.

FREUD, S. Esboço de psicanálise. In:_____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1940. v. XXIII, p. 157-221.

FUKUMITSU, K. O. **Uma visão fenomenológica do luto**: um estudo sobre as perdas no desenvolvimento humano. Campinas: Livro Pleno, 2004.

GAY, P. **Freud**: uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GILBERT, K. R. “We’ve had the same loss, why don’t we have the same grief?”: loss and differential grief in families. **Death Studies**, v. 20, n. 3, p. 269-283, 1996.

GOSPODAROWICZ, M. K.; O’SULLIVAN, B.; KOH, E. Prognostic factors: principles and applications. In: GOSPODAROWICZ, M. K.; O’SULLIVAN, B.; SOBIN, L. H. (Ed.). **Prognostic factors in cancer**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006. p. 23-38.

GRABIAK, B. R.; BENDER, C. M.; PUSKAR, K. R. The impact of parental cancer on the adolescent: an analysis of the literature. **Psycho-Oncology**, v. 16, p. 127-137, 2007.

GREEN, A. **Narcisismo de vida, narcisismo de morte**. São Paulo: Escuta, 1988.

GREEN, A. The pluralism of sciences and psychoanalytic thinking. In: LEUZINGER-BOHLEBER, M.; DREHER, A. U.; CANESTRI, J. (Org.). **Pluralism and unity?** Methods of research in psychoanalysis. London: International Psychoanalytical Association, 2003. p. 26-44.

GROSSKURTH, P. **O mundo e a obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

GUERRIERO, I. C. Z.; DALLARI, S. G. A necessidade de diretrizes éticas adequadas às pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 303-311, 2008.

GUTTMEN, H. A. Parental death as a precipitant of marital conflict in middle age. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 17, n. 1, p. 81-88, 1991.

HARRIS, M. **The loss that is forever**: the lifelong impact of the early death of a mother or father. New York: Plume, 1995.

HENNEZEL, M. **A morte íntima**: aqueles que vão morrer nos ensinam a viver. São Paulo: Idéias & Letras, 2004.

HERRMANN, F. A. **Andaimos do real I**: uma revisão crítica do método da psicanálise. São Paulo: EPU, 1979.

HERRMANN, F. A. Pesquisando com o método psicanalítico. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (Org.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 43-83.

HOROWITZ, M. J.; KRUPNICK, J.; KALTREIDWER, N. Initial psychological response to parental death. **Archives of General Psychiatry**, v. 137, n. 10, p. 1157-1162, 1981.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Estimativa 2010 – Incidência de câncer no Brasil. Disponível em:

<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5>. Acesso em: 21 abr. 2010.

JACOBSON, E. The return of the lost parent. In: FRANKIEL, R. V. (Ed.). **Essential papers on object loss**. New York: New York University Press, 1994/1944. p. 233-250.

JORDAN, J. R.; WARE, E. S. Feeling like a motherless child: a support group model for adults grieving the death of a parent. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 35, n. 4, p. 361-376, 1997.

KANCYPER, L. **Ressentimento e remorso**: estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

KASTENBAUM, R. Death and development through the lifespan. In: FEIFEL, H. (Ed.). **New meanings of death**. New York: McGraw-Hill, 1977.

KEHL, M. R. A histeria e o ressentimento. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, n. 25, p. 76-84, 2003.

KEHL, M. R. **Ressentimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

KEHL, M. R. Melancolia e criação. In: FREUD, S. **Luto e Melancolia**. São Paulo: Cosac Naify, 2011/1917. p. 8-31.

KIMBALL, M. A. From folktales to fiction: orphan characters in children's literature. **Library Trends**, v. 47, n. 3, p. 558-578, 1999.

KISSANE, D. W.; BLOCH, S. **Family focused grief therapy**. Philadelphia: Open University Press, 2002.

KISSANE, D. W.; BLOCH, S.; MCKENZIE, M.; MCDOWALL, A. C.; NITZAN, R. Family Grief Therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. **Psycho-Oncology**, v. 7, p. 14-25, 1998.

KLAPPER, J.; MOSS, S.; MOSS, M.; RUBINSTEIN, R. The social context of grief among adult daughters who have lost a parent. **Journal of Aging Studies**, v. 8, p. 29-43, 1994.

KLEIN, M. Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In:_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1935. p. 301-329.

KLEIN, M. O desmame. In:_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1936. p. 331-345.

KLEIN, M. Amor, culpa e reparação. In:_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1937. p. 347-384.

KLEIN, M. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos. In:_____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996/1940. p. 385-412.

KLEIN, M. Inveja e gratidão. In:_____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991/1957. p. 207-267.

KLEIN, M. Nosso mundo adulto e suas raízes na infância. In: _____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991/1959. p. 280-297.

KLEIN, M. Algumas reflexões sobre a *Orestéia*. In:_____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991/1963a. p. 314-239.

KLEIN, M. Sobre o sentimento de solidão. In:_____. **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: Imago, 1991/1963b. p. 341-354.

KNOTT, J. E.; WILD, E. Anticipatory grief and reinvestment. In: RANDO, T. A. (Ed.). **Loss and Anticipatory Grief**. Massachusetts: Lexington Books, 1986. p. 55-59.

KOGAN, I. **The struggle against mourning**. New York: Jason Aronson, 2007

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KOVÁCS, M. J. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. **Paidéia**, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.

KOVÁCS, M. J. Autonomia e o Direito de Morrer com Dignidade. **Revista Bioética**, v. 6, p. 4-11, 2009.

KÜBLER-ROSS, E. **The tunnel and the light**: essential insights on living and dying. New York: Marlowe & Company, 1999.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 2002/1969.

KUREISHI, H. Na pele do escritor e do professor da arte da palavra. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 set. 2010. Caderno Sabático, p. 5.

LACAN, J. A coisa freudiana. In:_____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 438-460.

LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise Laplanche e Pontalis**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEADER, D. **Além da depressão**: novas maneiras de entender o luto e a melancolia. Rio de Janeiro: Best Seller, 2011.

L'ENGLE, M. **The summer of the great-grandmother**. New York: HarperCollins, 1974.

LEOUTSAKAS, D. **The orphan tales**: real and imagined stories of parental loss. Tese de doutorado não publicada, University South Florida, Tampa, Florida, 2003.

LEUZINGER-BOHLEBER, M; BÜRGIN, D. Pluralism and unity in psychoanalytical research: some introductory remarks. In: LEUZINGER-BOHLEBER, M.; DREHER, A. U.; CANESTRI, J. (Org.). **Pluralism and unity?** Methods of research in psychoanalysis. London: International Psychoanalytical Association, 2003. p. 1-25.

LEVY, A. **The orphaned adult**: understanding and coping with grief and change after the death of your parents. Cambridge, MA: Da Capo, 1999.

LIN, H.; ZHENBANG, C.; WANG, G.; NARDELLA, C.; LEE, S.; CHAN, C.; YANG, W.; WANG, J.; EGIA, A.; NAKAYAMA, K.; CORDON-CARDO, C.; TERUYA-FELDSTEIN, J.; PANDOLFI, P. Skp2 targeting suppresses tumorigenesis by Arf-p53-independent cellular senescence. **Nature**, n. 464, p. 374-379, 2010.

LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. In: FRANKIEL, R. V. (Ed.). **Essential papers on object loss**. New York: New York University Press, 1994/1944. p. 18-31.

LISPECTOR, C. Delicadezas. In: VASQUES, P. K. (Org.). **Crônicas para jovens**: de escrita e vida. Rio de Janeiro: Rocco Jovens Leitores, 2010. p. 23.

LOWENKRON, T. S. O objeto da investigação psicanalítica. In: HERRMANN, F.; LOWENKRON, T. S. (Org.). **Pesquisando com o método psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 21-31.

MACKILLOP, W. J.; QUIRT, C. F.; GINSBURG, A. D.; SHELDON, L.; BRUNDAGE, M.; DIXON, P.; GINSBURG, L. Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. **Lung Cancer**, v. 18, n. 1, p. 1-20, 1997.

MAJOR, R.; TALAGRAND, C. **Freud**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2007.

MANDELBAUM, B. Algumas letras sobre família, lentilhas e aftas. In: VOLICH, R. M.; FERRAZ, F. C.; RANÑA, W. (Org.). **Psicossoma IV**: corpo, história, pensamento. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 141-150.

MANNONI, O. **Freud**: uma biografia ilustrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

MARTIN, T. L.; DOKA, K. J. **Men don't cry... women do**: transcending stereotypes of grief. Philadelphia: Taylor & Francis, 2000.

MARTY, P. **Mentalização e Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

MASSON, J. M. **A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904**. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

MAZORRA, L.; TINOCO, V. (Org.). **Luto na infância**: intervenções psicológicas em diferentes contextos. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

MESTERS, I.; VAN DEN BORNE, H.; MCCORMICK, L.; PRUYN, J.; BOER, M.; IMBOS, T. Openness to discuss cancer in the nuclear family: scale, development, and validation. **Psychosomatic Medicine**, v. 59, n. 3, p. 269-279, 1997.

MEZAN, R. Que significa "pesquisa" em psicanálise? In: _____. **A sombra de Don Juan e outros ensaios**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 95-133.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, V. **Nova antologia poética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

MOREIRA, A. C. G. A melancolia na obra de Freud: um Narciso sem [des]culpa. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n. 4, p. 92-102, 2001.

MORSE, J. M. The significance of saturation. **Qualitative Health Research**, v. 5, n. 2, p. 147-149, 1995.

MORSE, J. M.; BARNETT, N.; MAYAN, M.; OLSON, K.; SPIERS, J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 1, n. 2, p. 13-22, 2002.

MOSS, M. S.; MOSS, S. Z. The impact of parental death on middle aged children. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 14, p. 65-75, 1983-84.

MOSS, M. S.; MOSS, S. Z. The death of a parent. In: KALISH, R. A. **Midlife loss: coping strategies**. California: Sage, 1989, p. 89-114.

MOSS, S.; RUBINSTEIN, R.; MOSS, M. Middle-aged son's reactions to father's death. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 34, n. 4, p. 259-277, 1997.

MUKHERJEE, S. **The emperor of all maladies: a biography of cancer**. New York: Scribner, 2010.

NATIONAL CANCER INSTITUTE. **Surveillance Research**. Disponível em: <<http://surveillance.cancer.gov/statistics/types/survival.html>>. Acesso em: 21 abr. 2010.

NEDERHOF, A. J. Methods of coping with social desirability bias: a review. **European Journal of Social Psychology**, v. 15, n. 3, p. 263-280, 2006.

NULAND, S. **How we die: reflections on life's final chapter**. New York: Vintage Books, 1995.

O ESTADO DE SÃO PAULO. **A morte de um filho deixa uma dor eterna**. Domingo, 13 de abril de 2008. Disponível em: <<http://www.jorgeforbes.com.br/index.php?id=297>>. Acesso em: 23 dez. 2009.

O ESTADO DE SÃO PAULO. **Memória do pai ausente: fotógrafo conta em imagens como passou a viver com a morte na alma**. Quarta-feira, 27 de julho de 2011. Caderno D, p. 12.

OGDEN, T. H. **Esta arte da psicanálise**: sonhando sonhos não sonhados e gritos interrompidos. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OKTAY, J. **Breast cancer**: daughters tell their stories. New York: The Haworth Press, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cancer**. Disponível em: <www.who.int/cancer/en/>. Acesso em: 10 jul. 2012.

O'SHAUGHNESSY, E. Nota explicativa da comissão editorial inglesa referente ao texto "Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivos." In: KLEIN, M. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. 1996. p. 301-302.

OTANI, H.; MORITA, T.; ESAKI, T.; ARIYAMA, H.; TSUKASA, K.; OSHIMA, A.; SHIRAI, K. Burden on oncologists when communicating the discontinuation of anticancer treatment. **Japanese Journal of Clinical Oncology**, v. 41, n. 8, p. 999-1006, 2011.

PACHET, P. O apagar de um pai. In: ANDRÉ, J.; CHABERT, C. (Org.). **O esquecimento do pai**. São Paulo: EDUSP, 2008. p. 19-25.

PARKES, C. M. Bereavement as a psychosocial transition: process of adaptation to change. **Journal of Social Issues**, v. 44, p. 53-65, 1988.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PARKES, C. M. **Love and loss**: the roots of grief and its complications. New York: Taylor & Francis, 2006.

PESSINI, L. Distanásia: algumas reflexões bioéticas a partir da realidade brasileira. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 319-328.

PESSOA, F. **Obra poética**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1986/1935.

PITCEATHLY, C.; MAGUIRE, P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. **European Journal of Cancer**, v. 39, p. 1517-1524, 2003.

POLLOCK, G. H. Mourning and adaptation. In: FRANKIEL, R. V. **Essential papers on object loss**. New York: New York University Press, 1994. p. 142-179.

PONTALIS, J.-B. Entrevista com J.-B. Pontalis. **Jornal de Psicanálise**, v. 35, n. 64/65, p. 29-47, 2002.

POPE, A. **From child to elder**: personal transformation in becoming an orphan at midlife. New York: Peter Lang Publishing, 2006.

PROOT, I.; ABU-SAAD, H. H.; CREBOLDER, H. F. J. M.; GOLDSTEEN, M.; LUKER, K. A.; WIDDERSHOVEN, G. A. M. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home: balancing between burden and capacity. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 17, n. 2, p. 113-121, 2003.

QUINODOZ, J. M. **A solidão domesticada**: a angústia de separação em psicanálise. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

RANDO, T. A. (Ed.). **Loss and Anticipatory Grief**. Massachusetts: Lexington Books, 1986.

RANDO, T. A. **How to go on living when someone you love dies**. New York: Bantam Books, 1991.

RANDO, T. **Treatment of complicated mourning**. Champaign, IL: Research Press, 1993.

RANGEL, A. P. F. N. **Do que foi vivido ao que foi perdido**: o doloroso luto parental. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ROBERTS, J. Describing the road to death (editorial). **British Medical Journal**, 2005. Disponível em: <<http://www.bmj.com/cgi/content/full/331/7508/E364>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

ROTH, P. **Patrimônio**: uma história real. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

SANDERS, C. M. A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child and parent. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 10, p. 303-322, 1980.

SASSE, A. D. Estudos clínicos de não-inferioridade em oncologia. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica**, v. 7, n. 23, p. 36-40, 2011.

SCHARLACH, A. E.; FREDRIKSEN, K. I. Reactions to the death of a parent during midlife. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 27, n. 4, p. 307-319, 1993.

SCOZ, M. C. Filhos à beira da orfandade adulta: tragédia humana, vivência individual. In: SANTOS, F. S. (Org.). **A arte de morrer: visões plurais**. Bragança Paulista: Comenius, 2010. p. 135-150.

SEGAL, H. Ansiedade paranóide e paranóia. In: STEINER, J. (Org.). **Psicanálise, literatura e guerra**. Rio de Janeiro: Imago, 1998. p. 105-112.

SERVAN-SCHREIBER, D. **Anticancer: a new way of life**. New York: Penguin, 2009.

SERVAN-SCHREIBER, D. **Podemos dizer adeus mais de uma vez**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SHERMAN, D. W. Reciprocal suffering: the need to improve family caregivers' quality of life through Palliative Care. **Journal of Palliative Medicine**, v. 4, p. 357-366, 1998.

SMITH, H. I. **Grieving the death of a mother**. Minneapolis: Augsburg, 2003.

SONTAG, S. **Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

STROEBE, M. Coping with bereavement: a review of the grief work hypothesis. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 26, n. 1, p. 19-42, 1992.

STROEBE, M.; BOUT, J. V. D.; SCHUT, H. Myths and misconceptions about bereavement: the opening of a debate. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 29, n. 3, p. 187-203, 1994.

STROEBE, M.; SCHUT, H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. **Death Studies**, v. 23, n. 3, p. 197-224, 1999.

STROEBE, M.; STROEBE, W.; SCHUT, H. Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. **Palliative Medicine**, v. 17, p. 235-240, 2003.

SWEETING, H. N.; GILHOOLY, M. L. M. Doctor, am I dead? A review of social death in modern societies. **Omega – Journal of Death and Dying**, v. 24, n. 4, p. 251-269, 1991-92.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 426-435, 2005.

TOLSTOI, L. **Ana Karenina**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997/1878.

TONON, C. B.; ROMANI, P. F.; GROSSI, R. A gravidez da terapeuta e seus reflexos no processo psicoterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 87-92, 2012.

TORRES, W. C. **A criança diante da morte**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TURATO, E. R. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 178-80, 2006.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

UMBERSON, D. **Death of a parent**: transition to a new adult identity. New York: Cambridge University Press, 2003.

UMBERSON, D.; CHEN, M. D. Effects of a parent's death on adult children: relationship salience and reaction to loss. **American Sociology Review**, v. 59, p. 152-168, 1994.

VIEIRA, T. **Antígone de Sófocles**. São Paulo: Perspectiva, 2009.

WALLERSTEIN, R. S. The generations of psychotherapy research: an overview. **Psychoanalytic Psychology**, v. 18, n. 2, p. 243-267, 2001.

WEGWARTH, O.; GAISSMAIER, W.; GIGERENZER, G. Deceiving numbers: survival rates and their impact on doctors' risk communication. **Medical Decision Making**, v. 31, n. 3, p. 386-394, 2011.

WEITZNER, M. A.; JACOBSEN, P. B.; WAGNER, H.; FRIEDLAND, J.; COX, C. The Caregiver Quality of Life Index–Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an

instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. **Quality of Life Research**, v. 8, n. 1-2, p. 55-63, 1999.

WELCH, H. G.; SCHWARTZ, L. M.; WOLOSHIN, S. Are increasing 5-year survival rates evidence against cancer? **Journal of the American Medical Association**, v. 283, n. 22, p. 2975-2978, 2000.

WELLISCH, D. K.; HOFFMAN, A.; GRITZ, E. Psychological concerns and care of daughters of breast cancer patients. In: BAIDER, L.; COOPER, C. L.; KAPLAN, DE-NOUR, A. (Eds.). **Cancer and the family**. New York: John Wiley and Sons, 1996. p. 289-304.

WIGGINS, N. Individual viewpoints of social desirability. **Psychological Bulletin**. v. 66, n. 2, p. 68-77, 1966.

WOOLF, V. **Moments of being**. San Diego: Harcourt Brace Javanovich, 1985.

WORDEN, J. W. **Grief counseling and grief therapy: a handbook of the mental health practitioner**. New York: Springer, 2009.

YOUNES, R. N. **O câncer**. São Paulo: Publifolha, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



Instituto de Psicologia - USP



Sempre
pelo
Vida

CONVITE

PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Vivências psíquicas de filhos adultos de genitor (pai ou mãe) com câncer

Acompanhar pai ou mãe durante o tratamento oncológico é mais que apenas “fazer companhia”. Quando você está na sala de espera aguardando consultas, exames, quimioterapia ou radioterapia – ou quando está em casa convivendo com quem adoeceu – você experimenta diversas responsabilidades, pensamentos e emoções. Essas experiências vêm sendo estudadas pela Psicologia no intuito de se compreender o que a doença dos pais mobiliza em filhos adultos e também no intuito de oferecer ajuda a esses filhos. A pesquisa que venho realizando na Universidade de São Paulo visa contribuir exatamente com a compreensão dessas vivências.

Se você tem 20 anos ou mais, está acompanhando seu pai ou mãe em tratamento oncológico e deseja compartilhar suas experiências em entrevistas individuais, entre

em contato com *Maria Carolina Scoz*, psicóloga e pesquisadora, pelo telefone 19-32540225 ou pelo endereço eletrônico scoz@radium.com.br

Ao entrar em contato, será agendada uma pré-entrevista para que você saiba mais sobre esse estudo. A participação é voluntária e gratuita.

Data e horário das entrevistas: Serão combinados individualmente com cada participante um dia e horário para o primeiro contato (serão realizadas de duas a três entrevistas com cada participante)

Local: RADIUM Instituto de Oncologia – Rua Pero Lopes, 820, Taquaral, Campinas

Informações: 19-32540225 ou scoz@radium.com.br

Pesquisadora: *Maria Carolina Scoz*

Orientadora: Profa. Dra. *Maria Júlia Kovács*



Obra de *Wassily Kandinsky*, 1913

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa:

Vivências psíquicas de filhos adultos de genitor (pai ou mãe) com câncer em progressão

Nome da Pesquisadora: **Maria Carolina Scoz**

Nome da Orientadora: Profa. Dra. **Maria Júlia Kovács**

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender a experiência de filhos adultos que acompanham, durante processo de adoecimento, genitor (pai ou mãe) acometido por doença oncológica. Ao participar deste estudo você concederá de duas a três entrevistas, que ocorrerão com um intervalo de pelo menos uma semana, com duração aproximada de uma hora cada entrevista, em consultório localizado no “RADIUM Instituto de Oncologia de Campinas” (Rua Pero Lopes, 820, Taquaral, Campinas), sendo essas entrevistas conduzidas e gravadas pessoalmente por mim (*Maria Carolina Scoz*), psicóloga que realiza esta pesquisa como parte do Curso de Doutorado em Psicologia Escolar e o Desenvolvimento Humano oferecido pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Serão fundamentais pelo menos duas entrevistas, podendo ser estendidas para até três entrevistas caso a pesquisadora ou você considere necessário, que serão agendadas em dias e horários viáveis para a pesquisadora e para você.

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa diretamente à pesquisadora (via telefone ou e-mail), tendo total liberdade de se recusar a participar ou de interromper sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Sua participação – bem como a interrupção da participação – não afeta de nenhuma maneira o atendimento recebido por seu pai ou mãe no “RADIUM Instituto de Oncologia”.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos importantes à sua saúde ou bem-estar. As informações fornecidas por você serão utilizadas estritamente nesse estudo e nas publicações dele decorrentes e, portanto, não serão compartilhadas com outros profissionais do “RADIUM Instituto de Oncologia” em prontuários ou reuniões. As transcrições das entrevistas que você conceder serão realizadas pela pesquisadora e serão disponibilizadas apenas aos avaliadores do trabalho (orientadora da pesquisa e banca examinadora) com todos os cuidados para que sejam retiradas ou substituídas informações que possibilitem o reconhecimento do entrevistado. Na versão da tese que será acessível em bibliotecas (texto impresso e arquivo digital) somente aparecerão alguns trechos de suas falas – sempre com as alterações que garantem a confidencialidade – e não a transcrição integral das entrevistas. As

gravações de todas as entrevistas serão guardadas pessoalmente pela psicóloga-pesquisadora, sendo a única pessoa a ter acesso a esse material, durante cinco anos após o encerramento do estudo e depois serão destruídas.

Ao integrar esse estudo você certamente contribuirá com o avanço do entendimento que já existe sobre experiências de perda na vida adulta. Não há nenhum outro tipo de recompensa (atendimento médico ou psicoterápico, pagamento, desconto,...), assim como não há custo caso você aceite participar.

Se você DESEJA MAIS INFORMAÇÕES antes de decidir, pergunte-me agora ou em contato posterior utilizando um dos telefones indicados a seguir.

Se você NÃO CONCORDA em participar, apenas devolva esse documento. Agradeço por participar desse primeiro contato e esclareço que nenhuma das informações que obtive sobre você e sua família durante essa pré-entrevista serão utilizadas no estudo.

Se você CONCORDA em participar, preencha, por favor, os itens a seguir.

Declaro que recebi cópia deste termo de esclarecimento e consentimento e que concordo em participar nos termos aqui descritos. Portanto, sei que minha participação é voluntária, sei que posso interromper minha participação a qualquer momento e sei que as informações serão utilizadas apenas com finalidade científica (as publicações e apresentações diretamente derivadas dessa pesquisa), porém sem a divulgação de aspectos que possam identificar a mim ou a minha família.

Tendo em vista os itens apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa e Documento de Identificação (CIC ou RG)

Assinatura do Participante da Pesquisa

Maria Carolina Scoz

Pesquisadora: Maria Carolina Scoz

Fone: 19-32540225 ou 19-78031573

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (CEPH-IP) Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, Sala 22, Cidade Universitária, 05508-030, São Paulo, SP, Fone: 11-30970529

APÊNDICE C – QUESTÕES DA ENTREVISTA PRELIMINAR

I) Por que você se interessou pela pesquisa quando leu o convite (cartaz)? O que o fez desejar ser entrevistado?

II) Você tem sido atendido por algum profissional de saúde mental (psiquiatra ou psicólogo)? Se sim, você buscou atendimento especialmente em função dessa situação familiar, ou a psicoterapia é anterior ao diagnóstico de câncer em seu genitor?

III) Qual a razão do tratamento oncológico que seu pai/mãe está recebendo? (Qual a localização do tumor (órgão)? / É localmente avançado? / Há linfonodos positivos? / Há metástases?)

IV) Como você entende o desdobramento da doença que seu pai/mãe enfrenta? Quais possibilidades você cogita?

***As questões acima serão apresentadas ao possível participante na entrevista preliminar. Caso não atenda aos critérios de participação investigados nessas questões, a razão para a não realização de outras entrevistas será esclarecida e o indivíduo será informado de que sua breve participação já terá sido uma contribuição.**

APÊNDICE D – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE E ROTEIRO DE QUESTÕES / OBSERVAÇÕES PARA AS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS

Entrevista: _____

Duração: _____

A. Dados de identificação pessoal do entrevistado:

1) Nome completo:

2) Endereço:

3) Sexo:

4) Data de Nascimento:

5) Escolaridade:

6) Profissão:

7) Naturalidade:

8) Estado civil / Há quanto tempo:

9) Com quem mora:

10) Atividades de lazer:

11) Prática religiosa:

B. Composição familiar:

Representação gráfica indicando principais membros e eventos marcantes (separações, mortes,...)

C. Experiências relativas ao adoecimento do genitor:

Conte-me um pouco:

- 12) Quando e como ocorreu sua participação durante o diagnóstico e tratamento?
- 13) Como tem ocorrido sua relação com o genitor que adoeceu?
- 14) Como tem ocorrido sua relação com o genitor sadio?
- 15) Como tem ocorrido sua relação com demais familiares?
- 16) Como tem ocorrido sua relação com profissionais que atendem o paciente?
- 17) O que mudou em sua rotina?
- 18) O que tem sido difícil nessa experiência?
- 19) Você acha que têm ocorrido mudanças positivas em você ou em sua família?
- 20) Como você se comunica com seu genitor doente? Vocês conseguem falar claramente sobre o que está ocorrendo nos últimos tempos? Há assuntos evitados (tabus)? Houve mudança no modo como conversam ou é similar ao que ocorria antes?
- 21) O que você vislumbra para seu genitor que adoeceu? O que você acha que ocorrerá? Como se sente em relação a isso?
- 22) O que você vislumbra para você? Como se sente em relação a isso?

23) Caso tenha alguma produção pessoal recente (sonho, poesia, anotação, desenho, artesanato...) que queira mostrar, será útil para entendermos sua experiência. Você pode trazer na próxima entrevista ou, mesmo que nossos encontros já tenham se encerrado, pode entrar em contato comigo para que eu tenha acesso a esse material.

D. Dados da observação e auto-observação do entrevistador:

24) Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais e faciais, gesticulações, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos linguísticos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins.

25) Reações/manifestações contratransferenciais: impressões, sentimentos e atos ocorridos durante as entrevistas.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER FAVORÁVEL EMITIDO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CEPH – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Registro CEPH No. 2009.040

Título do Projeto: Filhos adultos de genitor com câncer: da sala de espera à escuta psicológica

Pesquisador: Maria Carolina Pedroso Scoz

Orientador: Maria Julia Kovacs

Departamento/Área de concentração: Departamento de Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade do Instituto de Psicologia da USP

PARECER

O estudo visa compreender aspectos da experiência de filhos adultos que acompanham em instituição oncológica um de seus genitores (pai ou mãe). Serão entrevistados filhos que procuraram voluntariamente a pesquisadora, após contato com cartas-convite disponibilizadas em salas de espera da instituição. O número de participantes depende da qualidade dos resultados parciais alcançados no decorrer da pesquisa, no período de duração do doutorado. No primeiro contato os participantes receberão informações e lerão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do prosseguimento para a primeira entrevista. Estão previstas duas entrevistas com cada participante. Caso seja necessária para a investigação de aspectos relevantes do roteiro de entrevista que não foram abordados nas primeiras entrevistas e caso o participante aceite, poderá ser realizada mais uma entrevista. As entrevistas serão gravadas. Ao final da coleta de dados esses serão submetidos à Análise de Conteúdo, com interpretação psicanalítica.

As solicitações do CEPH foram atendidas com excelência resta apenas uma solicitação por parte do CEPH. Uma entrevista sobre o parente doente possivelmente suscitará angústia para o entrevistado. Não são previstos procedimentos de encaminhamento ou acolhimento desse sujeito após o término da coleta de dados, quando este não se encontra em atendimento psicoterápico. Tal procedimento deve constar no projeto, ainda que não conste no TCLE.

Entretanto, uma vez que as entrevistas podem mobilizar intensamente o voluntário, recomendamos que os pesquisadores proporcionem acolhimento imediato e, caso necessário, encaminhamento para atendimento psicológico.

aprovado

pendente, com necessidade de apresentar reformulações para ser aprovado

reprovado