

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICANÁLISE

MORGANA NUNES

**A IMPOSIÇÃO DA TERMINALIDADE:
Desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos**

Porto Alegre,

2022

MORGANA NUNES

A imposição da terminalidade:

Desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura.

Linha de Pesquisa: Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciane De Conti.

Porto Alegre,

2022

MORGANA NUNES

A imposição da terminalidade:

Desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura.

Linha de Pesquisa: Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciane De Conti.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciane De Conti
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Camila Aloisio Alves
Instituição: Faculdade de Medicina de Petrópolis e Centre de recherche Experice/
Université Sorbonne Paris Nord

Prof.^a Dr.^a Camila Peixoto Farias
Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Prof.^a Dr.^a Daniela Barsotti Santos
Universidade Federal do Rio Grande

Prof.^a Dr.^a Mônica Medeiros Kother Macedo
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico essa dissertação à Silvia Camargo (In Memoriam), que infelizmente o percurso de sua vida não permitiu que estivesse presente nesse momento, mas que está presente em toda a minha vida e em grande parte desses escritos. Antes de seu adoecimento, que acabou ocasionando a sua morte, ela já havia me ensinado o quanto a educação é um ato transformador, potente, inspirador e revolucionário. Com seu adoecimento, ela me ensinou a valorizar mais o tempo e a olhar para o que realmente importa nas nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise: Clínica e Cultura;

À Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES);

À professora orientadora Luciane De Conti, pela acolhida, compreensão nos momentos difíceis e apoio durante esse percurso;

À minha mãe Marta, minha irmã Rafaela e meu pai Reni, por me ensinarem a valorizar de onde vim, o respeito ao próximo e por sempre me garantirem um lugar seguro para voltar;

Às professoras Camila Aloisio Alves, Camila Peixoto Farias, Daniela Barsotti Santos e Mônica Medeiros Kother Macedo, pela disponibilidade de participarem da banca, pela leitura do texto da dissertação e pelas contribuições.

Ao Carlos, meu companheiro, por estar ao meu lado todos os dias, me amparar, por me mostrar que as coisas mais valiosas que existem estão no nosso cotidiano e que a beleza e a felicidade das nossas vidas acontecem no detalhe;

Às professoras Camila Peixoto Farias, Marta Steicher, Lorena Gill, Julieta Carriconde, Míriam Alves, Károl Veiga, que me ensinam através da sua prática, a psicanálise, a potência da docência, os cuidados paliativos e o nosso papel político e transformador na psicologia. Mulheres que lutam cotidianamente por uma sociedade mais justa, democrática e equânime;

Aos serviços de cuidados paliativos da UFPel, às equipes, aos pacientes e voluntários/as – PIDI, Ambulatório de Cuidados Paliativos, à Liga interdisciplinar de cuidados paliativos, por me ensinarem que cuidados paliativos são feitos com cuidado integral, afeto, carinho, mas também com muita luta e resistência;

À Helena Brentano, Angela Gatelli e Renata Novo, por me inspirarem a seguir nesse universo tão potente que é a clínica psicanalítica;

Ao NEPIs, pelas contribuições no decorrer do mestrado, na escrita e pela potência nas discussões;

À Karine Camargo, que além de colega de grupo e de turma, se transformou em uma amiga, alguém com quem podia dividir textos, livros, angústias e felicidades;

À Pâmela Casemiro, minha amiga, por estar presente nas minhas melhores memórias da infância e por seguir ao meu lado até hoje;

À Mariana Aires, por compartilhar comigo a paixão pelos cuidados paliativos, por todas as trocas, apoio, incentivo e inspiração;

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a escrita da dissertação, que foram presença na minha vida durante esse percurso.

Projeto de Prefácio

Sábias agudezas...refinamentos...

- não!

Nada disso encontrarás aqui.

Um poema não é para te distraíres

como com essas imagens mutantes dos caleidoscópios.

Um poema não é quando te deténs para apreciar um detalhe

Um poema não é também quando paras no fim,

porque um verdadeiro poema continua sempre...

Um poema que não te ajude a viver e não saiba preparar-te para a morte

Não tem sentido: é um pobre chocalho de palavras.

Mario Quintana (2014, p. 125)

RESUMO

Nunes, Morgana. (2022). A imposição da terminalidade: Desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

A morte ainda é um assunto tabu na nossa sociedade e com efeito, o processo de morrer é acompanhado por medos, dores, afastamentos e silêncios. Em contrapartida, esse período também pode ser de grandes transformações e de potência, uma vez que cada acontecimento em nossas vidas abre espaço para um processo de reorganização narcísica. A proximidade da morte anunciada pode ser um desses momentos, pois ela traz consigo a possibilidade de ocupar um novo espaço e de ver a vida por outra perspectiva, a partir de um outro tempo. Tempo esse em que o outro pode ter um papel fundamental em nossas vidas. Com base nisso, esse estudo buscou compreender, a partir do referencial psicanalítico, os desdobramentos narcísicos em pacientes acometidos por um adoecimento crônico e em cuidados paliativos. Seria esse um momento de reorganização narcísica? Para dar vida à dissertação e encontrar indícios singulares desse novo tempo e desses encontros, resgatei meus registros do diário de campo acerca da minha vivência com pacientes em cuidados paliativos, me apoiei no livro de Anna Penido e Gilberto Dimenstein *Os últimos melhores dias da minha vida* e procurei, na sabedoria das poesias de Rubem Alves, uma forma mais leve, mas não menos intensa, de falar sobre a morte e o morrer. A leitura flutuante desse material permitiu encontrar fragmentos discursivos de uma possível reorganização narcísica de sujeitos com adoecimento crônico diante da morte iminente. A leitura apontou também que o próprio processo de morrer pode ser um momento de ação e de vida, em que os investimentos libidinais se dão de maneira complexa e paradoxal. E, se há vida pulsando, há possibilidade de investimentos no outro. Esse outro que foi tão primordial no início da vida, pode ser ainda mais fundamental no processo de morrer. O início e o fim da vida guardam semelhanças singulares e, o que percebemos com maior veemência nesse caminho foi a potência do encontro com o outro.

Palavras-chave: Psicanálise; Cuidados Paliativos; Morte; Narcisismo.

ABSTRACT

Nunes, Morgana (2022). The imposition of terminality: narcissistic developments of subjects in palliative care. Masters dissertation. Institute of Psychology, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Death still is a taboo subject in our society with effect, the process of dying is accompanied by fears, pains, distances and silences. On the other hand, this period can also be one of great transformations and potency, since each event in our lives makes room for a process of narcissistic reorganization. The proximity of the announced death can be one of those moments, because it brings with it the possibility of occupying a new space and of seeing life from another perspective, from another time. A time when the other can play a fundamental role in our lives. Based on this, this study sought to understand, from the psychoanalytic theory, the narcissistic developments in patients affected by a chronic illness and in palliative care. Could this be a moment of narcissistic reorganization? In order to give life to this dissertation and find unique signs of this new time and these encounters, I rescued my field diary records about my experience with patients in palliative care, I based on the book by Anna Penido and Gilberto Dimenstein *Os últimos melhores dias da minha vida* [The last best days of my life] and I searched, in the wisdom of Rubem Alves' poetry, for a lighter, but no less intense, way of talking about death and dying. The floating reading of this material allowed me to find discursive fragments of a possible narcissistic reorganization of subjects with chronic illness in the face of imminent death. The reading also pointed out that the dying process itself can be a moment of action and life, in which libidinal investments take place in a complex and paradoxical way. And, if there is life pulsating, there is the possibility of investing in the other. This other that was so primordial in the beginning of life, can be even more fundamental in the process of dying. The beginning and the end of life have singular similarities and what I realized, with greater vehemence on this path, was the potency of the encounter with the other.

Keywords: Psychoanalysis; Palliative care; Death; Narcissism.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2. ENTRE ENCONTROS, PRESENCAS E AUSÊNCIAS: O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	16
2.1.O caminho nos cuidados paliativos.....	18
2.2.O caminho nas leituras.....	21
3. CONTEXTUALIZANDO OS CUIDADOS PALIATIVOS	
4. SOBRE O VIVER: A MORTE	
4.1. Qualquer tempo que já passou pertence à morte?	
5. SOBRE A VIDA: O NARCISISMO	
5.1 O Narcisismo e o adoecimento crônico	
6. A DINÂMICA PULSIONAL	
6.1 A dança dos investimentos a partir do adoecimento crônico	
7. DA DÍADE MATERNA DO NASCIMENTOS À DIADE PARA A MORTE: A POTÊNCIA DO ECONTRO COM O OUTRO	
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	28

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Já tive medo da morte. Hoje não tenho mais. O que sinto é uma enorme tristeza. Concordo com Mário Quintana: “Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver.” A vida é tão boa! Não quero ir embora [...]

[...] Mas tenho muito medo do morrer. O morrer pode vir acompanhado de dores, humilhações, aparelhos e tubos enfiados no meu corpo, contra a minha vontade, sem que eu nada possa fazer, porque já não sou mais dono de mim mesmo; solidão, ninguém tem coragem ou palavras para, de mãos dadas comigo, falar sobre a minha morte, medo de que a passagem seja demorada. Bom seria se, depois de anunciada, ela acontecesse de forma mansa e sem dores, longe dos hospitais, em meio às pessoas que se ama, em meio a visões de beleza [...]

Rubem Alves, Sobre a morte e o morrer, 2003

“*Morrer, que me importa? (...) O diabo é deixar de viver.*”. Talvez esse seja um dos pontos centrais para se pensar os enlaces entre o narcisismo e a morte: não é a morte em si, mas sim o processo até chegar nela, esse movimento ativo de morrer: a terminalidade. “*A vida é tão boa! Não quero ir embora*”. A partir da minha experiência com pacientes em cuidados paliativos, pude observar a emergência do tempo. Somos confrontados, a todo momento, a lidar com o tempo, o pouco tempo que resta para fazer o que gostaria, para dizer o que pensa, o pouco tempo de vida que foi possível viver. Santos (2006), autor do campo da geografia, nos fala que os tempos em que vivemos são relativos e condizem com a nossa realidade no espaço-tempo, ou seja, o tempo de cada pessoa depende das circunstâncias nas quais esse sujeito vive. Quando trazemos essa relativização do tempo para os cuidados paliativos, e, especificamente para pacientes em cuidados paliativos com a terminalidade imposta pela doença, podemos pensar na intensidade e na potência deste tempo – que pode se apresentar em um período curto de meses ou até mesmo em dias após a descoberta do diagnóstico –.

Em termos de história dois meses podem ser quase imperceptíveis, mas quando trabalhamos com cuidados paliativos este mesmo período pode variar entre a lucidez e o delírio, entre a autonomia e a dependência, entre a fome e o enjoo, entre a fé em um Deus e a raiva do mesmo, entre a vida e a morte. As crenças de uma vida inteira podem ser quebradas, dilaceradas e uma vida nova pode ser planejada, uma vida que não foi vivida e agora é imaginada. Idealizar, diante da proximidade da morte, uma vida que não se

viveu pode ser uma possibilidade de elaborar e justificar a vida que foi possível viver, a vida que se apresentou.

O que antes era um desejo de pesquisa de falar sobre a morte, com traços inconscientes – ou quase conscientes –, de lidar com a ausência e com o desamparo, hoje se torna uma necessidade, uma forma possível para elaborar a morte que se apresenta como realidade, como presença. Viver o cotidiano da terminalidade, a presença cada vez mais eminente da morte nos faz revisitar a vida, a trajetória, a relação com o tempo, com o espaço, com as pessoas.

Quando falamos para os pacientes e cuidadores que “entendemos” ou que “imaginamos” a dor que sentem, talvez não falamos a verdade, como assim dizia Rubem Alves (2008):

[...] A morte faz calar as palavras. São inúteis. Servem para nada. Somente os tolos tentam consolar. Eles não sabem que as palavras de consolo, brotadas das mais puras intenções, são ofensas à dor da pessoa golpeada pela morte. Porque elas, as palavras de consolo, são ditas no pressuposto de que elas têm poder para diminuir o vazio que a morte deixou. Como se a pessoa que a morte levou não fosse tão importante assim e algumas palavras pudessem diminuir a dor que sua morte deixou. Mas não há palavra ou poema que possa com as únicas palavras que a morte deixa escritas: “Nunca mais”. Nada existe de mais definitivo e mais doloroso que esse “nunca mais...”.

Lidar com a morte é uma experiência única e singular, cada pessoa vivencia este momento de uma maneira distinta e temos, ao longo de nossas vidas, a possibilidade de viver o processo de morrer do outro, a morte do outro e o nosso próprio processo de morrer. Todas essas experiências nos permitem pensar sobre a morte, entretanto, mesmo diante de todas essas possíveis experiências, trazer discussões sobre a morte, ou até mesmo falar sobre a morte, toca em um ponto sensível dentro da sociedade que estamos inseridos. Tentaremos, no decorrer do texto, ampliar as discussões sobre estas três vivências que envolvem o processo de morrer e da morte.

A terminalidade e, conseqüentemente a morte, são assuntos tão delicados de lidar que recorri à poesia que, com sua leveza, nos auxilia a tentar dar conta dessa temática. Minha relação com pacientes com adoecimento crônico e com a terminalidade anunciada começou no segundo semestre da graduação, ao frequentar as aulas de Psico-oncologia. O câncer não era uma novidade na minha vida devido a experiências familiares próximas. Porém, pensar o câncer a partir da profissão que escolhi foi surpreendente e me despertou desejo de compreender melhor a dinâmica do adoecimento e de como lidar com ele. Foi

neste momento que ouvi pela primeira vez o termo “cuidados paliativos” e desde então, vem sendo meu maior interesse de pesquisa e busca de experiências. Durante a trajetória da graduação, fiz um estágio no PIDI – Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar – programa destinado exclusivamente para pacientes com câncer em cuidados paliativos. A experiência deste estágio fez com que meu desejo de compreender a dinâmica psíquica daqueles sujeitos adoecidos pelo câncer e em cuidados paliativos fosse ainda mais intensa. Fazia visitas aos pacientes na iminência da morte, sem a certeza de que estariam vivos na próxima visita.

Ouvi histórias de uma vida inteira, por vezes interrompidas por gemidos de dor e de desconforto, pois, apesar dos sintomas referidos serem cuidadosamente atendidos pela equipe, o agravamento do adoecimento e a proximidade da morte tornam eles mais intensos, em alguns casos. Encontrei com pacientes que negaram realizar o tratamento curativo e buscaram a equipe para que fossem cuidados, mas não curados. Precisei lidar com a minha negação diante daquela situação. Conheci pacientes jovens, que contavam dos seus sonhos e de como eles foram interrompidos pelo câncer. Observei filhas cuidando da mãe, que com o olhar – e apenas com o olhar – se comunicavam com elas. Ouvi planos de um futuro que não aconteceu. Vi pacientes fazendo planos e recomendações para os familiares. Um dos pacientes mandou pintar a casa da cor que gostava, para aproveitar os últimos dias naquele lugar, com a família...

A partir da experiência relatada e da convivência, durante toda a graduação, com pacientes em cuidados paliativos através da Liga Interdisciplinar de Cuidados Paliativos e a rotina no Ambulatório de Cuidados Paliativos, muitas questões surgiram: Como estes pacientes lidavam com a iminência da morte? O que eles faziam neste intervalo de tempo entre o recebimento do diagnóstico e a morte? Quais relações eles pretendiam e com quem? Quais os planos possíveis de uma vida com a terminalidade imposta e a morte tão próxima?

Diante de tais perguntas é que surgiu minha atual questão de pesquisa: A partir da dinâmica pulsional, quais os desdobramentos narcísicos de sujeitos em cuidados paliativos com a terminalidade imposta em sua vida pela doença? Para tais fins, procurei compor uma articulação entre os elementos teóricos e clínicos que envolvem narcisismo, adoecimento crônico, cuidados paliativos, terminalidade e morte. O olhar em direção às pessoas em cuidados paliativos não tem por objetivo generalizar os sentimentos, sensações e investimentos libidinais de quem está na iminência da morte, mas de

compreender que esse processo é singular e que cada sujeito lida de uma forma distinta com esse momento de sua vida.

Neste sentido, a psicanálise foi o campo teórico que amparou a minha prática e sustentou as discussões acerca da terminalidade, da morte e do morrer. Além do mais, por se tratar de um estudo no contexto clínico, a partir das experiências clínicas da pesquisadora, esta dissertação fez parte da linha de pesquisa: Psicanálise, Teoria e Dispositivos Clínicos, que contempla a área de atuação da orientadora, que também investiga aspectos relacionados ao adoecimento do corpo, psicanálise e dispositivos clínicos.

Nosso interesse nesse estudo é, portanto, falar sobre as pessoas que se encontram com a proximidade da morte e pensar nos desdobramentos inconscientes desse encontro: Quais os efeitos psíquicos do encontro do sujeito com a própria morte? Sentimos necessidade de apresentar esse encontro a partir da filosofia dos Cuidados Paliativos, no intuito de argumentar que esse encontro do sujeito com a própria morte pode ser potente e é digno de cuidado e de investimento em políticas públicas que garantam a qualidade de vida até o seu último dia, sem que haja necessidade de colocar à margem do cuidado e das decisões aquele que está diante da própria morte. Neste sentido, é necessário ressaltar que, apesar de mais difundido nos últimos anos, os Cuidados Paliativos ainda estão longe de ser uma prática comum nos ambientes ambulatoriais e hospitalares. Em muitos lugares, os Cuidados Paliativos ainda estão associados apenas com o processo ativo de morte, ou nos casos de pacientes “que não se tem mais nada para fazer”. O “mais nada para fazer” está associado ao modelo biomédico e à impossibilidade de cura física do adoecimento. Entretanto, há uma infinidade de possibilidades com esses pacientes, entre o manejo dos sintomas físicos, o acolhimento, a escuta, atenção à família, o cuidado social, a garantia de direitos, tudo isso para tentar garantir uma melhor qualidade de vida até o último dia. É importante enfatizar que, apesar de o foco deste estudo ser direcionado para pacientes em processo de terminalidade, os cuidados paliativos vão para muito além desse processo e abrangem qualquer paciente com adoecimento crônico, mas falaremos disso de forma mais específica no tópico sobre os cuidados paliativos.

Temos que ter claro nesse trabalho a importância de contextualizar e explicar a morte pelo viés psicanalítico, que é o norte teórico desse trabalho, mas sem desconsiderar os aspectos sociais, econômicos e culturais que envolvem a morte e o morrer. Também trouxemos para a cena teórica do estudo o conceito de narcisismo, que consiste no processo de constituição do Eu, bem como a dinâmica pulsional, na busca de compreender

os investimentos libidinais nesse momento da vida. Além da minha identificação com a psicanálise, o objetivo da escolha dessa linha teórica é compreender o sujeito no encontro com o seu processo de morrer, a partir do olhar da sociedade ocidental, estruturada em uma lógica econômica capitalista, que se empenha em tornar sujeitos produtivos em todos os momentos da vida. E, pensando na área médica, impossibilidade de cura de um adoecimento é vista, por vezes, como fracasso profissional, em que as discussões sobre a morte e o morrer ficam longe desses ambientes e ainda são incipientes.

Para ter a possibilidade de abrir discussões a respeito do tema proposto, dividimos a dissertação em seis partes. A primeira parte fala sobre a minha trajetória dentro dos cuidados paliativos e da psicanálise e também o percurso metodológico percorrido ao longo da escrita da dissertação, tendo os impactos diretos da pandemia no decorrer da escrita e na coleta do material clínico. A segunda parte foi construída para trazer ao leitor uma perspectiva geral sobre os cuidados paliativos, por se tratar do contexto em que os sujeitos dessa dissertação estão inseridos. Para isso, realizamos uma busca na base de dados em psicologia por estudos sobre a temática e a relação entre os cuidados paliativos, a psicanálise e a psicologia. Também buscamos materiais voltados às questões jurídicas e legislativas e das políticas públicas que estivessem direcionados aos cuidados paliativos em um contexto de saúde pública em âmbito municipal, estadual e federal. A terceira parte marca o início das discussões teóricas sobre a morte e o morrer a partir da perspectiva da psicanálise. Entretanto, por compreender a complexidade da temática, além de encontrar grande valor na multidisciplinaridade, também me apoiei na sociologia, filosofia e antropologia para discutir a morte, sobretudo, como uma questão social que deve ser amplamente abordada. A quarta parte corresponde à discussão de um dos conceitos psicanalíticos centrais para este escrito: o narcisismo. Para isso, revisito a obra freudiana na busca pelo conceito de narcisismo desde antes de 1914, data de sua consolidação. A partir da discussão do conceito, estabeleço alguns enlaces com a temática da morte, do processo de morrer e do papel fundamental do outro nesse momento de vida. A quinta parte aborda questões teóricas sobre a dinâmica pulsional a partir do adoecimento crônico, buscando elementos clínicos, literários e poéticos para dar vida à dança dos investimentos. A sexta e última parte traz a potência do encontro com o outro, do início ao fim de nossas vidas e o impacto que o adoecimento crônico causa nessa relação.

2. ENTRE ENCONTROS, PRESENCAS E AUSÊNCIAS: O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

Como consta na introdução, foi a partir dos desdobramentos do encontro com pacientes com adoecimento crônico e em cuidados paliativos que surgiu meu desejo de pesquisa. A visita e leitura crítica dos conceitos abrem novos caminhos e fazem ecoar questionamentos para pensar a prática clínica e a realidade cotidiana dos sujeitos com adoecimento crônico em cuidados paliativos em situação de terminalidade. Portanto, meu desejo começa no interesse pela singularidade existente nesse grupo que, de forma generalista, estão no processo de terminalidade e com a proximidade da morte anunciada pela doença como uma realidade em suas vidas.

Nessa direção, Silva & Macedo (2016) apontam a importância da pesquisa para a analista-pesquisadora, uma vez que o trabalho de pesquisar abre a possibilidade de repensar os fragmentos de vida compartilhados pelo sujeito que é escutado. E por se tratar de uma relação transferencial, a pesquisa a partir da perspectiva psicanalítica tem o potencial de tornar-se, em alguma proporção, terapêutica para o sujeito que está participando.

Nesse sentido, Figueiredo & Minerbo (2006) falam que a pesquisa com o método psicanalítico, além de contribuir para o trabalho e experiência individual de quem pesquisa – que neste caso sai da figura de distanciamento do pesquisador e entra na figura corpo a corpo, que se modifica após o ato de pesquisar – também deixa aberta a possibilidade de trazer algo ainda não estudado pela psicanálise. Herrmann & Lowenkron (2004) sugere que na pesquisa com o método psicanalítico qualquer fragmento pode ser analisado, a partir do viés da psicanálise e da ação do analista – a interpretação – assim, este método parte da heurística, ou seja, a busca pela descoberta de novos elementos.

Para pensar a pesquisa psicanalítica, Green (1988) fala que a psicanálise tem duas fontes para a construção de seus conceitos, sendo elas a prática e a epistemologia, e uma colabora com a outra de forma incessante. Seguindo o caminho apontado por Green, foi realizada uma revisão da literatura acerca dos conceitos de narcisismo e dos Cuidados Paliativos nas Políticas Públicas de saúde e a sua repercussão na legislação brasileira, no estado do Rio Grande do Sul chegando até Porto Alegre. Farei aqui um processo dialético, que é reforçado por Green (1988), no sentido de apontar os indícios teóricos e buscar elementos clínicos para construir uma substância nova que, como aponta Nasio (2001), é a importância da pesquisa psicanalítica.

A pesquisa com método psicanalítico prevê não apenas a utilização do aporte teórico da teoria psicanalítica para sua construção, mas também de fundamentos básicos do modelo psicanalítico, como a transferência, como critério fundamental. Freud (1912/2017a) fala que a transferência é algo que ocorre em todas as relações humanas, sem ser possível isolá-la no ambiente psicanalítico, contudo, é na análise – e podemos aqui mencionar na pesquisa psicanalítica – que ela ocorre como uma potencialidade.

O processo de transferência é caracterizado pela repetição de clichês estereotípicos na relação com a analista/pesquisadora. Os clichês estereotípicos são os afetos, desejos, modos de investimento no outro e em si mesmo que alicerçam a vida psíquica do sujeito. Portanto, como sugerem Figueiredo & Minerbo (2006), é fundamental a presença de uma psicanalista e de seu modo de fazer no contexto da pesquisa, para assim, identificar as nuances inconscientes da fala, da escrita e das mais diversas manifestações do objeto do estudo.

Os tempos pandêmicos trouxeram diversas transformações na organização da vida cotidiana das pessoas em todos os lugares do mundo, uma catástrofe em escala global. Com efeito, também precisei mudar o caminho da pesquisa que deu origem a essa dissertação. Mas penso que a pandemia apenas impôs um caminho que já me parecia possível, inclusive mais inserido no campo ético da psicanálise e explico o porquê: Freud construiu a teoria psicanalítica à luz de sua experiência clínica, entretanto, faz uma forte recomendação de não utilizarmos para questões científicas os casos que ainda estão em processo de análise. Ao ler, no início do mestrado, o texto de Silva & Macedo (2016) em que dizem “Na atenção à preservação da condição ética, consideram os autores que uma pesquisa com material clínico só pode ser realizada a posteriori, não transformando, portanto, o paciente em objeto de desejo durante seu tratamento” (p. 523), logo, um conflito ético permeou meus pensamentos: Como ir a campo com um problema de pesquisa, uma questão que me salta aos olhos e não trazer isso para a cena clínica? Seria possível fazer essa “separação” durante a realização das entrevistas? Digo entrevistas, pois este era o plano idealizado para a produção dos dados deste trabalho, em ambiente hospitalar e em um serviço especializado de Cuidados Paliativos. Enquanto essa dúvida em relação ao limite ético permeava meus pensamentos, buscando uma forma de resolver esse problema metodológico, comecei a construir o referencial teórico do projeto.

Foi nesse momento que a pandemia chegou no Brasil e percorreu o rumo já conhecido por nós. Então, precisei revisitar memórias, diários de campo que narravam minha experiência no fértil solo dos Cuidados Paliativos. Entre elas estão a atuação em

internações domiciliares, a participação em pesquisas com pacientes oncológicos, a atuação no ambulatório de cuidados paliativos, além da prática clínica particular após a formatura. Mesmo com essas experiências e tendo os cuidados paliativos, a terminalidade e a morte como o objeto de estudo há algum tempo, sentia que faltava vida no trabalho. As articulações começavam a ficar cada vez mais densas, mais teóricas e a humanidade, a leveza e a beleza possível para o final da vida ficavam cada dia mais distantes desse escrito. Precisava de vida para falar sobre o processo de morrer, pois é vida que há desse momento.

2.1. O caminho nos cuidados paliativos

O material que utilizo para dar vida a essa dissertação é oriundo de diferentes caminhos que percorri durante a graduação, de leituras e de uma experiência pessoal que atravessou temporalmente a escrita dessa dissertação. Em relação à graduação, trago meus registros que compõem um diário de campo sobre as experiências advindas de visitas domiciliares em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar – PIDI, realizado nos anos de 2015 e 2016 e da minha inserção no Ambulatório de Cuidados Paliativos, da qual fazia parte como membro de uma Liga Interdisciplinar de Cuidados Paliativos.

O PIDI é vinculado ao Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas. Todos os atendimentos são realizados pelo SUS – Sistema Único de Saúde. O programa baseia-se no cuidado de pacientes oncológicos que necessitam de cuidados paliativos e que, por escolha do paciente e cuidador ou opção médica, optam por permanecerem em suas residências. São necessários o preenchimento de alguns requisitos básicos, sendo eles: ser diagnosticado com câncer, ter encaminhamento de qualquer unidade de saúde, ser morador da zona urbana da cidade, possuir ao menos um cuidador responsável e ter um domicílio que comporte os cuidados necessários. O programa é formado por duas equipes multiprofissionais compostas pelas seguintes áreas profissionais: Medicina, Enfermagem, Técnico de Enfermagem, Serviço Social, Nutrição, Psicologia, Motorista e Capelão hospitalar. A equipe se divide nos turnos da manhã e da tarde, fazendo com que cada paciente receba em média duas visitas diárias. O deslocamento até a casa dos pacientes é feito por ambulância ou carro e, durante o percurso da casa de um paciente ao outro, a equipe discutia os casos do dia, explicava a situação do paciente e contava um pouco de sua história. A equipe também realizava *rounds* para a discussão dos casos junto à equipe multiprofissional. Acredito ser importante destacar que além do paciente, quem o cuidava

também tinha a possibilidade de realizar atendimentos, principalmente com a equipe da psicologia e assistência social. Todas as minhas visitas aos pacientes eram, necessariamente, acompanhadas pela psicóloga do programa, principalmente por ser um estágio do início do curso.

Ainda em relação ao PIDI, considero fundamental abordar aspectos que vão além das questões burocráticas do programa. E a equipe interdisciplinar agia de forma ética e humanizada em seu cuidado aos pacientes e familiares, cuidado que ultrapassava as barreiras das visitas domiciliares. Em alguns casos, em momentos críticos do adoecimento, do qual os pacientes necessitavam, por alguma complicação, de internação médica, a equipe do PIDI também comparecia no hospital, no intuito de não perder o vínculo com os pacientes e seus familiares, mas mais que isso, era realmente importante para eles estar presente na vida das daquelas pessoas. A equipe também tinha a compreensão de que, para paciente e familiares, a presença deles tinha efeito, trazia segurança e familiaridade para um momento de medo, sofrimento e incertezas.

O período de estágio no PIDI foi intenso e desafiador, sendo o meu primeiro contato com a vida real de pacientes em cuidados paliativos, até então só havia lido sobre. A realidade fora dos livros é diferente. Foi o meu primeiro contato com a finitude, onde estive cara a cara com a morte. E o fato de entrar na casa das pessoas, ver a angústia dos cuidadores, a dor daqueles que vêem seus dias e sua vida chegando ao fim, torna tudo mais intenso. Até então, tinha a visão da morte no hospital, afastado do resto do mundo, do indivíduo que estava prestes a morrer afastado de quem amava, longe de sua casa e por mais que eu pudesse entender que haviam outras possibilidades mais “humanizadas” de acontecer esse processo de morrer, era no hospital que estava no meu imaginário sobre a morte.

Logo nos primeiros dias, um dos pacientes morreu, tínhamos feito uma visita no dia anterior, ele estava conversando, lúcido, com dor, mas vivo e no outro dia o comunicado da sua morte me chocou, era difícil para mim entender o limite tênue da vida e da morte. Nos meses de estágio, isso aconteceu mais umas quatro vezes. A visita ao paciente no dia anterior e no dia seguinte o anúncio de sua morte. Horas de diferença. Meu primeiro estranhamento foi com a reação da equipe, eles estavam bem, falavam brevemente sobre a trajetória daquele paciente e logo se aprumavam para as visitas do dia, mas eu seguia em choque. Sem entender o que acontecia e de como era possível falar com alguém em um dia e no outro ele morrer. Terminei o estágio e a sensação era de ter passado por um terremoto, o encontro da vida e da morte tinha gerado uma bagunça no

que eu acreditava, na forma de perceber o cuidado com o outro... Precisei de um apêndice no relatório do estágio para falar sobre as minhas percepções sobre a morte daquelas pessoas, mas na verdade gostaria de compreender a morte, talvez aceitá-la. Trago aqui um dos trechos do meu relatório final, quando falo sobre a morte de um paciente *“Enfim, esse paciente com certeza foi o mais marcante, desde os atendimentos, o fato da internação e sua morte. Tudo que ocorria com ele mexia comigo e me deixava muito mais abalada do que com os outros pacientes. Relaciono isso com vários motivos: um deles era sua aparência física, que não era o estereótipo de alguém com câncer; também surpreendia por sua lucidez, já que conversava com todos sobre qualquer assunto que não fosse sua doença; outro fator foi a empatia que surgiu com ele logo no primeiro dia, pois, mesmo não aceitando que ele havia negado o tratamento, era algo compreensível. Todas suas atitudes de fuga me faziam pensar no sofrimento que ele estava passando e no que poderia ser feito para aliviar aquela dor, que era muito mais emocional do que física, porque para a dor física ele estava sendo medicado constantemente. Já a dor emocional nenhuma droga era forte o suficiente”*.

Todos meus registros dessa experiência foram feitos em um diário de campo, material que utilizo também para dar vida aos escritos dessa dissertação. O diário tinha o papel de registrar meu dia a dia da vivência do estágio, espaço que eu utilizava para contar como aconteciam as visitas e minhas impressões. Atualmente, cada vez que leio o diário, realizo novas sínteses, interpreto aquelas cenas de outra forma, penso elas a partir da lupa da psicanálise. Minha orientação na época era guiada pela psicanálise, mas minhas leituras acerca da teoria psicanalítica ainda eram incipientes e não deram conta, naquele momento, da grandeza daqueles encontros, mas, como já dito pelo próprio Freud no texto “Lembrar, repetir e perlabolar” (1914/2017c), os acontecimentos são compreendidos e interpretados a posteriori, é necessário tempo e afastamento da cena para dar-se conta da potência daqueles encontros. Por isso, trago parte desses registros novamente aqui a fim de dar novos sentidos, novas sínteses, buscando uma substância nova como propõe Nasio.

Também visando dar vida a esse estudo, trago recortes do livro “Os últimos melhores dias da minha vida” escrito por Gilberto Dimenstein e Anna Penido (2021). No livro, Gilberto narra, de forma biográfica, as experiências, sentimentos e sensações dos seus últimos dias de vida. O livro é concluído por Anna, sua companheira, após a morte de Gilberto. E, por fim, abuso dos poemas e escritos do Rubem Alves, que me apresentou e ensinou um jeito diferente de escrever e pensar sobre a morte. Em relação ao último elemento que apontei como material para esse escrito, conto, de forma breve, pois a

maioria destas questões devem ser resolvidas no divã e não na dissertação. Meu ingresso no mestrado convergiu com um caso de câncer “incurável” na minha família. Meus primeiros onze meses de mestrado, que coincidiram com a pandemia e com a escrita do projeto foram costurados com essa experiência de acompanhar uma paciente em cuidados paliativos. Mas não era “apenas” uma paciente em cuidados paliativos, era alguém que estava presente na minha vida, que eu admirava, que tinha memórias e lembranças desde criança. Sua vida após o diagnóstico durou onze meses, neste tempo trocamos confissões, por vezes, me confundi sobre qual lugar deveria ocupar nesse acompanhamento, vivi intensamente esse momento, imersa nas teorias que falavam sobre a morte e o morrer e vivia esse processo com alguém tão próximo. Talvez essa tenha sido a mais desafiadora das experiências. Em todas as experiências anteriores, era eu quem ia embora – das casas dos pacientes, do estágio, do ambulatório, dos livros – dessa vez foi diferente, ela quem foi embora, e eu fiquei.

2.2 O caminho nas leituras

A leitura e análise dos materiais citados, bem como as experiências vividas estão diretamente implicadas com a dinâmica da transferência a qual, conforme apontado anteriormente no item 2, é aspecto central na pesquisa que se orienta pelo método psicanalítico. Green (1988) diz que a transferência se torna um conceito norteador, pensando tanto na clínica quanto na pesquisa, para todos os outros conceitos da psicanálise. No texto “Sobre a dinâmica da transferência”, Freud (1912/2017a) fala sobre a transferência como uma forma inconsciente do paciente suprir suas necessidades de afeto com a figura do analista. Dessa forma, o analisando projeta no analista os sentimentos e expectativas de suas relações externas, repetindo os afetos, desejos e a maneira que interage com o outro. Ainda neste texto, Freud (1912/2017a) define a transferência como ambivalente e polarizada, podendo ser positiva e/ou negativa. Em que a primeira está voltada para sentimentos, carinhos e afetos para o/a analista e a negativa como resistência ao tratamento.

Freud (1914/2017c) nos mostra a potência terapêutica da transferência positiva para o tratamento analítico, possibilitando ao sujeito ultrapassar suas resistências inconscientes. Para o interesse dessa pesquisa, podemos ampliar a questão da transferência para além do encontro com o outro em um setting analítico stricto sensu. Podemos pensá-la operando na rememoração do meu encontro com as histórias daquelas pessoas em cuidados paliativos, nos últimos dias de vida, na leitura dos diários de campo

e no encontro com as histórias de pessoas que nunca conheci, mas que viveram o processo de morrer e investiram narcisicamente em deixar um registro escrito desse momento de suas vidas. Assim, busco de forma vívida e leve, articular a teoria psicanalítica com o processo de morrer, os cuidados paliativos, a morte e a vida que há.

Diante da realidade exposta, para a análise dos dados decantados dos materiais acima citados, utilizamos a estratégia criada por Dockhorn & Macedo (2015) denominada clínico-interpretativa. A estratégia clínico-interpretativa acolhe a forma possível de realização dessa pesquisa, pois compreende o material clínico de forma ampliada, considerando outras maneiras e dispositivos para a produção dos dados além do material clínico tradicional, ou seja, o encontro presencial ou virtual entre a figura da analista com analisante. No contexto desta pesquisa, a estratégia clínico-interpretativa foi aplicada na análise do material literário e do diário de campo.

A análise com a estratégia clínico-interpretativa ocorre em três momentos diferentes, o primeiro é a *construção da narrativa*. A pesquisadora/analista acompanha a entrada do sujeito em um labirinto, em que encontrar a porta da saída é ficar frente a própria morte. No caso deste estudo, o acompanhamento foi feito a partir da leitura do diário de campo e dos livros autorais de pacientes. Estes foram, conforme já mencionado, os dois materiais escritos que utilizei para dar vida ao aporte teórico, então, a postura clínica psicanalítica foi adotada a partir da “leitura flutuante”, em menção à atenção flutuante. A atenção flutuante é descrita por Freud (1912/2017b) como a posição da atenção do analista diante do sujeito do inconsciente, uma posição de escuta não intencional, aberta ao conteúdo inconsciente. Essa atenção não intencional e atenta às entrelinhas do conteúdo da narrativa do paciente, sustenta a condição para que a analista não debruce sobre o material do paciente suas próprias convicções, pré-conceitos e desejos. É a partir da atenção flutuante que a analista empresta seu inconsciente para o analisando.

Gay (1988), guiado pela leitura de Freud, reforça as recomendações da atenção flutuante da analista e de um certo “afastamento” da analista em relação ao analisando. Interessante pensar também na contribuição de Figueiredo (2021) para esse tema: “escutar livremente e livremente pensar a partir do que se escutou e do que ressoou em si do que foi escutado, ensejando novas ideias e afetos” (p. 10). Então, a construção da narrativa, primeira etapa da estratégia clínico-interpretativa, é o resultado dessa leitura flutuante, uma leitura feita de forma livre, para que livremente fosse possível captar o que ressoou transferencialmente a partir da (re)leitura do material. Figueiredo (2021) nos

aponta ainda a importância da construção da narrativa para a “construção do pensamento clínico psicanalítico” (p. 66). A construção de narrativas dos casos clínicos foi o ponto de partida para a psicanálise se constituir conceitualmente, nos primórdios dos estudos e da atuação clínica de Freud. A atenção flutuante, a leitura flutuante, a associação livre, a transferência, a contratransferência, a verdade e a ficção estão entrelaçadas e compõem a construção narrativa.

Logo, é fundamental um outro em cena, em um papel de supervisão, para se apropriar dessa narrativa e tornar possível a construção de novos acontecimentos e o pensamento reflexivo. É aí que se dá o segundo momento, que é a *escuta da escuta*, é contar com o encontro com um outro, um terceiro elemento que está fora da cena do labirinto: a pesquisadora-orientadora, que desempenha o papel de “escutadora”, que escuta a cena narrada, já com os elementos transferenciais e contratransferenciais captados a partir da leitura flutuante da pesquisadora-analista. Escuta a construção da narrativa a partir daquele que observava: o pesquisador-analista, sem a necessidade de visualizar o que de fato ocorre na cena, este é o momento da *triangulação dos dados*. Já o terceiro momento ocorre após o encontro da pesquisadora-analista e pesquisadora-orientadora, na interpretação e busca por amparo teórico que sustente os casos e as interpretações que foram possíveis, é a chamada etapa de discussão *teórico-interpretativa*

Sobre a interpretação em psicanálise, Gay (1988) afirma que: “a interpretação psicanalítica é uma leitura subversiva” (p. 279), é interpretar o material que não foi dito, mas que está presente na fala do analisando. O trabalho da interpretação está posto no ir além do óbvio, do que está explícito na fala, ou nesse caso nos escritos do sujeito do inconsciente. Logo, o trabalho de interpretação do que foi escrito e não dito se põe como um desafio, que segue as mesmas recomendações técnicas, mas que é posto por um “material” diferente: a escrita. A leitura flutuante afim da interpretação também necessita ser despreziosa, sem intenção de uma grande descoberta ou um desvendamento de grandes magnitudes. É ler o não escrito e entrar em processo de interpretação desse material.

A interpretação que a analista faz do analisando, ou do objeto de pesquisa como é o caso desse escrito, é sempre uma das interpretações possíveis, mas nunca a única, certa e acabada. Corroborando com Figueiredo & Minerbo (2006) que falam sobre a pesquisa psicanalítica não ter a pretensão de responder a pergunta e sim de trazer novos questionamentos. No caso do presente estudo, buscamos abrir espaço para o debate sobre

a morte e o morrer e, a partir do viés psicanalítico, explorar algumas das possibilidades de viver a própria morte, com novas lentes, talvez mais nítidas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para encerrar esse escrito, inicio falando do meu encontro com três autores que nortearam meu caminho. Por óbvio que existem uma infinidade de autores que falam sobre a morte na psicanálise, mas algumas propostas teóricas não me pareciam claras, ou não faziam sentido para o que eu havia construído. Por esse motivo busquei em Freud, M'Uzan e Laplanche o norte teórico para compor a dissertação, por haver complementaridade entre o pensamento desses três autores que compõem o que eu acredito se passar nesse momento da vida: a morte.

Freud, no texto “A introdução do narcisismo”, nos aponta questões sobre o encontro com o outro nesse processo inicial de constituição narcísica, mas, mesmo que de forma justificável, o pai da psicanálise pincela elementos para que possam ser discutidos futuramente, quando fala sobre a dinâmica da libido no adoecimento orgânico, por exemplo, mas não abrange a discussão sobre este tema. Quando tenho meu encontro, de maneira nada intencional, com Michel de M'Uzan, um pós-freudiano francês, descubro que aqueles elementos que eu havia vivenciado na relação transferencial como cuidadora tinham um nome e uma explicação, era a última díade. E, meu último encontro, que fecha a minha tríade de autores centrais da dissertação se dá com Laplanche, o qual escancara que, sobretudo e de maneira primária, o que há é o encontro, não existe a possibilidade de existir algo antes do encontro com o outro. Justifico a utilização deles por compreender que o adoecimento crônico, o processo de morrer e a morte ainda precisam de maior repercussão, e não apenas no meio acadêmico, como em no nosso cotidiano. É necessário falar sobre a morte por, ao meu ver, ser uma forma de ter consciência da brevidade de nossas vidas, para que possamos ter a liberdade de decidir sobre o nosso tempo de vida.

A sociedade contemporânea arquitetada, sobretudo, pelo perverso sistema capitalista, nos apresenta uma vida fragmentada, com metas inatingíveis, com uma noção de sucesso que é adoecedora. Vivemos em um recorte tempo/espaco que as máximas se dão a partir da produtividade: quanto mais se produz, mais sucesso e maior possibilidade de consumo: “Trabalhe enquanto eles dormem”; quanta bobagem! A felicidade de um evento isolado é boa, mas nossa vida não é composta de eventos. A vida acontece no detalhe, no dia-a-dia, nos feitos cotidianos, no encontro com o outro.

Existe apenas uma certeza que podemos afirmar aqui neste breve escrito sobre a morte: a de que morreremos. Sim, vamos morrer e digo morrer pelo processo, cada um

de nós com uma experiência e uma causa diferente. E mesmo com essa certeza tão óbvia, a discussão sobre a temática da morte ainda é um tabu, afastamos a morte das nossas falas, do nosso cotidiano e da nossa vida. Entretanto, a morte se apresenta como realidade em algum momento de nossas vidas, sendo no nosso próprio processo de terminalidade ou a morte de alguém que tenhamos vínculo.

A experiência de vivenciar o processo de morte ou a morte do outro – ou nosso próprio processo de terminalidade - permite que possamos olhar a vida a partir de outras perspectivas, interrogando o tempo que temos de vida e como lidamos com ele. Qual a vida que queremos viver? Qual legado queremos deixar? A sombra de qual árvore queremos para o nosso jardim? Nesse olhar para o tempo a partir da morte, olhamos para a vida e esse movimento abre espaço para pensar as questões relacionadas à morte, no intuito de “abrir” possibilidades de elaboração para a morte e o morrer. Portanto, trazer as contribuições da teoria psicanalítica para essa temática é construir novas possibilidades de diálogo e de representações para a morte e para o morrer.

A articulação da teoria psicanalítica com os cuidados paliativos nos abre portas para pensar uma forma potente de olhar para o momento da terminalidade, do morrer e da morte. Acredito que o primeiro aspecto que nos leve a essa conclusão seja o de não olhar para a morte de maneira ingênua, como já visto neste escrito, a pulsão de vida e a pulsão de morte dançam ao longo das nossas vidas, Freud nos ensina isso. Entretanto, algo ainda mais pode ser pensado com essa articulação: o encontro com o outro. A articulação entre Freud e Laplanche deixa isso evidente, ao olhar o processo de morte e morrer por esse prisma, temos nítido o papel essencial da equipe de saúde, principalmente uma equipe implicada, que reconhece a importância do olhar atento e de cuidado para paciente e família.

Como nos ensinou M^o Uzan, o sujeito em fim de vida precisa estabelecer a última díade, para realizar seu trabalho de falecimento e, muitas vezes, não são as pessoas próximas a ele que suportam esse lugar de amparo para a morte, o eleito pode ser alguém que integre a equipe de cuidados, que suporte falar ou até mesmo o silêncio do inominável: a morte. A díade pode ser estabelecida com qualquer profissional da equipe, mas como o próprio autor aponta, a figura do/a analista se impõe na contramão do olhar para o biológico, normalmente empregado pelos outros integrantes da equipe. A figura da analista se coloca como presença sensível, como alteridade, e como amparo para escuta do que não está sendo dito. Neste sentido, o caminho inverso também precisa ser visto, a psicanálise se impor como necessidade nesses espaços que atendam pessoas em processo

de terminalidade, por compreender, principalmente, que é o encontro com o outro que nos estrutura e abre a possibilidade para que possamos nos reorganizar até o nosso último respiro.

Para encerrar este escrito, considero fundamental trazer a realidade que vivemos e de onde saíram as minhas vivências e de que ponto eu escrevi. Falei de um lugar em que os Cuidados Paliativos são praticados de maneira impecável, ética, com tudo aquilo que lemos nos manuais de cuidados paliativos, de humanização. Nesse tempo inserida nos serviços de cuidados paliativos, convivi com profissionais que acreditavam no que faziam, que eram valorizados por isso e que lutavam por mais, pelos usuários, pelas equipes e pela formação de profissionais capacitados nessa área. Infelizmente, essa realidade está longe de chegar para a maioria da população, e não que não existam profissionais empenhados e dedicados para que isso aconteça, mas vivemos em um momento catastrófico da história do nosso país, e os investimentos nos serviços básicos, incluindo a saúde, estão defasados. A precarização dos serviços de saúde, educação, por exemplo, não são uma consequência, fazem parte de um projeto de governo. E acredito que, dentre tantos motivos para continuarmos incluindo a psicanálise em estudos que envolvam a saúde coletiva, dar visibilidade para essas áreas, nesse momento é uma questão urgente. Precisamos reforçar a importância de analistas e da psicologia em si nesses espaços de cuidado, presença que, como vimos ao longo desse escrito, é fundamental no processo de elaboração do adoecimento, para o encaminhamento no processo de morte e morrer. Pensar nos desdobramentos narcísicos de sujeitos com a terminalidade imposta é trazer para a cena, lado a lado com aquele que morre, aquele que o acompanha. O outro, tão discutido neste escrito por um viés da psicanálise, possui outros olhares e teorizações a partir de outras linhas da própria teoria psicanalítica e cabe aqui o alerta e provocação para que possamos pensar essa relação através desses outros olhares, por outros caminhos tão potentes e com tantas descobertas, como foi esse em que decidi trilhar.

REFERÊNCIAS

Alves, R. (2003). Sobre a Morte e o Morrer. *Folha de São Paulo*. Disponível em <https://institutorubemalves.org.br/wp-content/uploads/2018/08/2003.10.12>. Acessado em 18/10/2021.

Alves, R. (2005). Lançamento do livro *Um céu numa flor silvestre*. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=Yb7EMM3jYF4&t=370s>. Acessado em 27/03/2022.

Alves, R. (2008). A morte e o silêncio. *Folha de São Paulo*. Disponível em <https://institutorubemalves.org.br/wp-content/uploads/2018/08/2008.12.09>. Acessado em 18/10/2021.

Alves, R. (2014). *A grande arte de ser feliz*. 1ª ed. São Paulo: Planeta.

Alves, R. (2015). *Do universo à jabuticaba*. 3ª ed. São Paulo: Planeta.

Alves, R. S. F., Cunha, E. C. N., Santos, G. C. & Melo, M. O. (2019). Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. *Psicologia: Ciência e Profissão* (39) 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.

Andreas-Salomé, L. (2021). *Narcisismo como dupla direção*. Porto Alegre: Artes & Ecos. Texto original publicado em 1921.

Birman, J. (2014). *O Sujeito na Contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Brasil. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). Resolução nº 41 de 31 de Outubro de 2018. *Diário oficial da união*. nº 209, seção 1, nº 225.

Cascudo, L. C. (2003). *História dos Nossos Gestos: uma pesquisa da mímica do Brasil*. São Paulo: Global.

Cascudo, L. C. (2013). *Tradição, ciência do povo: pesquisas na cultura popular do Brasil*. São Paulo: Global.

- Castro-Arantes, J. (2016). Os feitos não morrem: Psicanálise e cuidados ao fim da vida. *Ágora*, XIX (3), 637-648. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016003013>.
- Certeau, M. (2014). *A invenção do cotidiano: 1. Artes de fazer*. 22ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Combinato, D. S.; Martin, S. T. F. (2017). Necessidades da vida na morte. *Interface: comunicação, saúde, educação*. (21), 63, p. 869-880.
- Conselho Federal de Psicologia (Brasil). (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS*. Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (1ª Ed). Brasília: CFP.
- Cruz, E. R. M.; Almeida, L. M. P. (2019). A atuação do psicólogo em cuidados paliativos: uma revisão integrativa. *Psicologia.pt*.
- Dimenstein, G. & Penido, A. (2021). *Os últimos melhores dias da minha vida*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Record.
- Dockhorn, C. N. B. F & Macedo, M. M. K. (2015). Estratégia Clínico-Interpretativa: Um Recurso à Pesquisa Psicanalítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Out-Dez, Vol. 31 n. 4, pp. 529-535.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos: seguido de envelhecer e morrer*. Rio de Janeiro: Zahar. (Texto original publicado em 1982).
- Ferreira, V. S. & Raminelli, O. (2012). O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: ponto de vista psicológico. *Rev. SBPH*, 15, (1), 101-113. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582012000100007
- Fernandes, M. H. (2011). As relações entre o psíquico e o somático: O corpo da clínica psicanalítica. In *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Figueiredo, L. C.; Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: Algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, v. 30, n. 70, p. 257-278.
- Figueiredo, L. C. (2021). *A mente do analista*. São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (1996). *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913)*. Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud. (V. 10), Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1911).

Freud, S. (2010a). Introdução ao Narcisismo. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1914).

Freud, S. (2010b). Os instintos e seus destinos. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1915).

Freud, S. (2010c). O Inconsciente. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1915).

Freud, S. (2010d). Luto e Melancolia. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1915).

Freud, S. (2010e). Considerações atuais sobre guerra e morte. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1915).

Freud, S. (2010f). Transitoriedade. In: *Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914-1916)* Obras completas. (V. 12), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1916).

Freud, S. (2010g). O Inquietante. In: *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* Obras completas (V. 14), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1919).

Freud, S. (2010h). Além do princípio do prazer. In: *História de uma neurose infantil: (“O homem dos lobos”): além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920)* Obras completas (V. 14), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1920).

Freud, S. (2011). O Eu e o ID. In: *O Eu e o ID, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925)*. Obras completas (V. 16), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1923).

Freud, S. (2013). *Totem e Tabu: algumas correspondências entre a vida psíquica dos selvagens e dos neuróticos*. Porto Alegre: L&PM. (Texto original publicado em 1912).

- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos (1901-1905)*. Obras completas (V. 6), São Paulo: Companhia das Letras. (Texto original publicado em 1905).
- Freud, S. (2017a). Sobre a dinâmica da transferência In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (1ª Ed.). Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora. Texto original publicado em 1912.
- Freud, S. (2017b). Recomendações ao médico para o tratamento psicanalítico. In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (1ª Ed.). Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora. Texto original publicado em 1912.
- Freud, S. (2017c). Recordar, repetir e perlaborar In: *Fundamentos da clínica psicanalítica*. (1ª Ed.). Obras incompletas de Sigmund Freud. Belo Horizonte: Autêntica Editora. Texto original publicado em 1914.
- Garcia-Roza, L. A. (1995). *Artigos de metapsicologia, 1914-1917: Narcisismo, pulsão, recalque e inconsciente*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho originalmente publicado em 1936).
- Gay, Peter (1989). *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das letras.
- Gomes, D. R. G. & Próchno, C. C. S. C. (2015). O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? *Saúde Soc.* (24), 3, 780-791. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134338>.
- Green, A. (1988). *Narcisismo de Vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Editora Escuta.
- Herrmann, F & Lowenkron, T. (2004). *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Kovács, M. J. (org.). (1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2003) Bioética nas questões da vida e da morte. *Psicologia USP.* (14), 2, 115-167.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes*. (9ª edição). São Paulo: Editora Martins Fontes.

- Labaki, M. E. P. (2001). *Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Laplanche, J. L. (2015). *Sexual: a sexualidade aplicada no sentido freudiano 2000-2006*. Porto Alegre: Duplinense.
- Lei ordinária nº 15.277 (2019). Política Estadual de Cuidados Paliativos. Governo do Estado do Rio Grande do Sul.
- Lei nº 12.704 (2020). Programa Municipal de Cuidados Paliativos. Prefeitura Municipal de Porto Alegre.
- Machado S. M. (2015). Psicanálise e Cuidados Paliativos: do sem-sentido à invenção. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. (13), 2, 613-618. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v13i1.2445>.
- Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. (2ª ed.) Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP.
- Melo, A. C.; Valero, F. F. & Menezes, M. (2013). A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia: Saúde & Doença*. (14), 3, 452-469. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16450086201300030007.
- Mohr, A.; Campos, C. B.; Fensterseifer, L. & Macedo, M. M. K. (2002). Narcisismo: O enlace da Mitologia com a Psicanálise. In *Neuroses: Leituras Psicanalíticas*. EDIPUCRS.
- Morin, E. (1988). *O Homem e a morte*. (2 ed.). Publicações Europa-América.
- M'Uzan, M. (2019). *Da arte à morte: itinerário psicanalítico*. São Paulo: Perspectiva.
- Nasio, J. D. (1997). *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Nasio, J. D. (2001). *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Oliveira, D. S. A. & Cavalcante, L, S, B. (2019). Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 39, 1-13.
- Oliveira, E. A.; Santos, M. A. & Mostropietro, A. M. (2010). Apoio psicológico na terminalidade: Ensinamentos para a vida. *Psicologia em Estudo*. (15), 2, 235-244.

Pineli, P. P.; Krasilcic, S.; Suziki, F. A. & Maciel, M. G. S. (2010). Cuidado Paliativo e Diretrizes Curriculares: Inclusão necessária. *Revista Brasileira de Educação Médica*. (40), 40, 540-546.

Quintana, M. (2014). *Baú dos espantos*. 1ª ed., Rio de Janeiro: Objetiva.

Santos, M. (2006). *Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção*. (4ª Ed.). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Sêneca, L. A. (2008). *Aprendendo a viver*. 1ª Ed., Porto Alegre: L&PM.

Silva, M. C., Cardoso, P. S. P. (2020). A importância da fala sobre a morte para pacientes oncológicos em fase terminal à luz da psicanálise. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*. (3), 1, p. 24-34.

Silva, C. M., & Macedo, M. M. K. (2016). O método psicanalítico de pesquisa e a potencialidade dos fatos clínicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(3), 520–533. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001012014>.

Schopenhauer, A. (2014) *As dores do mundo: o amor – a morte – a arte – a moral – a religião – a política – o homem e a sociedade*. São Paulo: Edipro.

Tagore, R. (1991). *A colheita*. São Paulo: Paulinas.

Val, A. C.; Modena, C. M., Campos, R. T. O. & Gama, C. A. P. (2017). Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. (27), 4, 1287-1307. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400022>.

World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmed: Policies and Managerial Guidelines*. (2ª Ed.) Genebra: WHO.