



**Sufrimento Psíquico de Mães de Crianças com Câncer e a Escuta do
Irrepresentável**

Lizia Pereira da Rosa Taborda

PORTO ALEGRE

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**Sufrimento Psíquico de Mães de Crianças com Câncer e a Escuta do
Irrepresentável**

LIZIA PEREIRA DA ROSA TABORDA

Trabalho apresentado como requisito parcial
para a conclusão do Curso de Graduação em
Psicologia pela Universidade Federal do Rio
Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Milena da Rosa Silva

PORTO ALEGRE

2017

Agradecimentos

Este trabalho representa não só a conclusão do curso, mas também de um período importante da minha vida. Como diz o professor Amadeu “a finalização da graduação representa um rito de passagem atualmente”, e para mim realmente está sendo um. A escolha do tema deste trabalho não foi fácil, ao mesmo tempo, que é um assunto que me intriga e me instiga a estudar mais, também é um assunto muito delicado e que em muitos momentos da escrita me causou profunda angústia.

Agradeço aos mestres, em especial, à Milena e à Andrea, às quais me proporcionaram diversas oportunidades de aprendizado para além da tradicional sala de aula, tornando o meu percurso na universidade ainda mais rico; e à Giana, que escutou os relatos tão difíceis que eu trazia comigo do hospital e que sempre me apoiou nesta experiência.

Aos colegas de curso por todos os momentos de aprendizado e crescimento compartilhados ao longo desses sete anos, principalmente aos colegas da querida sala dos terapeutas na Clínica da UFRGS, pela escuta, pelas rizadas e pela descontração tão necessárias entre um atendimento e outro.

Agradeço ao Gabriel, que ao me escutar ao longo deste percurso, não só auxiliou-me a elaborar as minhas experiências, como contribuiu muito para a profissional que estou tornando-me.

Às minhas amigas, que sempre se fazem presentes, não importando a distância física entre nós, nem quanto tempo passe.

Meus agradecimentos mais importantes não poderiam deixar de ser a minha família. Aos meus avós, João (in memoriam) e Valdira, que sempre me incentivaram a estudar, e principalmente, à minha mãe por todo amor e dedicação que sempre me acompanharam e que foram essenciais nessa caminhada.

Resumo

O presente trabalho busca compreender algumas possíveis significações do sofrimento psíquico materno diante de um filho com câncer infantil e a importância de uma escuta psicanalítica voltada para as mães dessas crianças adoecidas. Inicialmente, buscou-se compreender as modificações que o conceito de infância sofreu ao longo do tempo e a valorização das crianças pela sociedade, conceitos que contribuíram para o significado atribuído a ser mãe atualmente. A partir do referencial psicanalítico, realizou-se uma breve revisão teórica acerca da construção do lugar materno, principalmente a partir do conceito freudiano de narcisismo. Quando se descobre o câncer infantil no filho, a realidade inesperada que se apresenta de enfrentar uma doença grave, que pode levar à morte do filho, é vista por muitas mães como um choque, algo arrasador. Discute-se assim o conceito de trauma e de dor psíquica, primeiramente descritos por Freud, não obstante considera-se também a contribuição de outros autores mais atuais acerca do tema. A metodologia utilizada foi uma revisão da literatura acerca do tema, a partir do referencial teórico psicanalítico, bem como o relato de experiência de estágio curricular em um hospital de Porto Alegre na unidade de oncologia pediátrica.

Palavras-chave: sofrimento materno; câncer infantil; psicanálise.

Abstract

Psychic Suffering of Mothers of Children with Cancer and the Listening of the Irrepresentable

The present assignment aims to understand some of the possible meanings of the maternal psychic suffering when her child faces cancer and the importance of psychoanalytic listening to the mothers of these sick children. Initially, this assignment discuss the changes that the concept of childhood has suffered over time and the valuation of children by society, concepts that contributed to the meaning attributed to being a mother today. Based on psychoanalysis, a brief theoretical revision was made

on the construction of the motherhood concept, mainly from the Freudian concept of narcissism. When the child's cancer is discovered, the unexpected reality of facing a serious illness, which can lead to the death, can be a shock to the mothers, something overwhelming. Therefore it is discussed the concept of trauma and psychic pain, first described by Freud, nonetheless is also considered the contribution of others authors on the subject. The methodology used was a review of the literature on the subject, based on the psychoanalytical theoretical framework, as well as the report of an experience of curricular internship in a hospital of Porto Alegre in the pediatric oncology unit.

Key-words: Maternal Suffering; Childhood Cancer; Psychoanalysis.

Sumário

Apresentação	07
Concepção da Infância	08
Construção do Lugar Materno	11
De repente vem o Câncer Infantil	15
Sofrimento Psíquico Materno	18
A Escuta do Irrepresentável	24
Considerações Finais	27
Referências	29

Apresentação

A descrição de amor materno que é culturalmente anunciada pela sociedade geralmente inclui slogans como “maior amor do mundo” ou “amor incondicional”, mesmo que isso não seja verdade em todos os casos e que muitas mães não tenham esse sentimento exacerbado. Os pais, em geral, projetam no filho o que eles gostariam para suas vidas, mas que por alguma razão não conseguiram. O filho surge como uma nova possibilidade de realizar sonhos e alcançar objetivos. Quando se descobre o câncer infantil no filho, esse amor tão intenso deflagra um sofrimento materno também muito intenso. A realidade inesperada que se apresenta de enfrentar uma doença grave, que pode causar sofrimento e que pode levar à morte do filho, é vista por muitas mães como um choque, algo arrasador.

Atualmente, muitas das doenças que poderiam levar uma criança à morte já foram erradicadas com uma ampla política de prevenção. A morte de crianças não é mais algo visto como natural. Aliás, na sociedade atual, que busca prazer a todo custo, a morte tem sido cada vez mais negada e excluída da vida das pessoas. O câncer infantil é hoje a doença que mais mata crianças e adolescentes, confrontando os indivíduos “à força” com a realidade da possibilidade de morte.

Para poder abordar as questões referentes ao sofrimento materno frente a uma doença grave como o câncer infantil de um filho, faz-se necessário uma contextualização histórica a cerca do conceito de infância e da construção do lugar materno. As significações associadas à infância e a posição que as crianças ocupam na sociedade ocidental atual diferem muito do passado. Logo, para refletir sobre o sofrimento que as mães vivenciam, é importante considerar o que é ser mãe e ter um filho hoje, em nossa sociedade, a fim de compreender o que seria perder um.

Inicialmente, buscou-se compreender as modificações que o conceito de infância sofreu ao longo do tempo e a valorização das crianças pela sociedade, conceitos que contribuíram para o significado atribuído a ser mãe atualmente. A partir do referencial psicanalítico, realizou-se uma breve revisão teórica acerca da construção do lugar materno, principalmente a partir do conceito freudiano de narcisismo, abrangendo também a contribuição de outros autores no que tange ao contexto da maternidade.

Aborda-se também algumas particularidades do diagnóstico e do tratamento do câncer infantil, a fim de situar algumas experiências que geralmente as mães vivenciam.

O sofrimento materno, tão presente nas unidades pediátricas dos hospitais, muitas vezes não recebe a devida atenção por uma série de fatores, que incluem principalmente o fato do paciente (nestas unidades) ser a criança e o foco do tratamento ser uma questão orgânica e não psíquica. Mesmo as mães desmerecem seu sofrimento psíquico para dedicar-se ao máximo ao filho adoecido. Dessa forma, nem sempre é dada a devida atenção ao psiquismo das mães, que podem sofrer intensamente. Discute-se assim o conceito de trauma e de dor psíquica, primeiramente descritos por Freud, mas considera-se também a contribuição de outros autores mais atuais acerca do tema.

O objetivo do presente trabalho, portanto, é buscar compreender algumas possíveis significações do sofrimento psíquico materno diante de um filho com câncer infantil e a importância de uma escuta psicanalítica voltada para as mães dessas crianças adoecidas. A metodologia utilizada foi uma revisão da literatura acerca do tema, a partir do referencial teórico psicanalítico, bem como o relato de minha experiência de estágio curricular em um hospital de Porto Alegre na unidade de oncologia pediátrica, onde acompanhei pacientes e suas mães ao longo de um ano.

Concepção da Infância

O conceito de infância foi se construindo ao longo dos tempos. Somente a partir do século XVII que se encontram registros sobre a prática pedagógica com as crianças e que denotam alguma preocupação moral e com o cuidado destas (Ariès, 1981). Até então, os poucos registros que se tem dos seres humanos de tenra idade são retratos bastante diferentes de como as crianças são conhecidas atualmente.

“Na pintura do séc. XVIII, a criança, sempre vestida como pequeno adulto, distancia-se um pouco do contexto familiar, do obrigatório quadro de família. Nós a descobrimos na natureza, brincando em grupo ou com animais. Apenas no séc. XIX a criança aparece sozinha, de uniforme escolar, com atitudes de criança (Dolto, 1985).”

De acordo com o historiador Hugh Cunningham (1995 apud Monti, 2008), somente na década de 1830 o governo britânico aceitou uma tratativa sobre o trabalho infantil, proibindo o trabalho de menores de nove anos e limitando a oito horas diárias o trabalho de quem tivesse até 14 anos. Não havia uma diferenciação clara sobre adultos e crianças, estes cresciam compartilhando o trabalho e a vida doméstica. A infância como é entendida hoje ainda não existia, mas aos poucos foi sendo concebida pela sociedade. Ao passo que a criança deixava de ser vista como um adulto em miniatura, foi sendo construída a ideia de que ela precisava ser cuidada, nutrida e educada para vir de fato a ser um adulto. Passou a ser necessário diferenciar a vida infantil.

Com o passar dos séculos a criança foi ganhando mais espaço na sociedade, instituições passaram a se ocupar dela e quanto mais atenção era despendida à infância, mais se notava que as crianças funcionavam de uma maneira particular e, portanto, deveriam ter um tratamento diferenciado e especial. Segundo Diana e Mario Corso (2006), o encantamento com as gracinhas das crianças foi uma das primeiras manifestações em que se constata um sentimento de infância, fonte de admiração que passou a ser digna de ser comentada. Com isso, o fascínio que as crianças exerciam sobre os adultos passou a ter valor social e a ser exibido.

A infância passa a ser socialmente valorizada, sendo considerada um período da vida importante para a formação da pessoa. O saber sobre a criança deixa de ser exclusivo da família e torna-se também das instituições sociais que a ela atentam. Segundo Ferrari, Silva & Donelli (2012), a autoridade parental é vigiada pelas instâncias institucionais que sabem o que uma criança precisa e ditam comportamentos dos pais em relação à criança.

A infância, que esteve à margem da história humana por tanto tempo, começa a ascender nos últimos 200 anos e cada vez mais vem ganhando um lugar de destaque na sociedade contemporânea. Em 1924, a Organização das Nações Unidas ratificou a Declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, e em 1959 passou a adotar a Declaração Universal dos Direitos da Criança, sendo este um reconhecimento oficial da criança como elemento mais vulnerável da sociedade e merecedora de direitos civis, sociais, culturais, políticos e econômicos.

“Visto que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada, antes e depois do nascimento, visto que a necessidade de tal proteção foi enunciada na Declaração dos Direitos da Criança em Genebra, de 1924, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos estatutos das agências especializadas e organizações internacionais interessadas no bem-estar da criança, visto que a humanidade deve à criança o melhor de seus esforços [...] (UNICEF,1959/2017).”

No Brasil, passa a vigorar a Lei nº 8.069 em 1990, a qual diz respeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que teoricamente dá proteção integral à criança e ao adolescente. O cuidado, a atenção e os direitos da criança passam ao âmbito do Estado na condição de lei, e não mais apenas à família. A criança na condição de representar um futuro à nação precisa ter um bom desenvolvimento e para isso, a família, ao mesmo tempo em que é valorizada por ter uma criança, é cobrada pela sociedade para que garanta que esta se desenvolva bem.

Badinter (1985 apud Ortiz, 2003) afirma que no final do séc. XVIII, principalmente com a influência do pensamento iluminista, a família burguesa passa a exigir um novo papel social da mulher, que verse principalmente em função da maternidade e da amamentação, sendo então responsabilidade da mãe todos os cuidados referentes às crianças. Institui-se assim o modelo de família burguesa, em que o pai é o provedor econômico e a mãe é a cuidadora da casa e dos filhos. Atualmente estes papéis têm mudado, com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho e do pai nos cuidados domésticos, contudo o imaginário ligado a essas representações sociais continua presente (Ortiz, 2003).

Nos últimos dois séculos, além do conceito de infância e de família, houve incontáveis mudanças na maneira de viver da sociedade, entre elas o cuidado à saúde dos indivíduos. No início do século XX, mesmo com mais atenção despendida pela sociedade e com o cuidado dos pais, muitas crianças morriam até os cinco anos de idade, principalmente devido às más condições de saúde e à propagação de doenças. No Brasil em 1930, morriam 162 crianças a cada mil nascidas vivas, já em 2015 esse número foi de 14 mortes em cada mil (IBGE, 2017). Diferentemente de hoje, o cenário de doença e morte na infância era comum às famílias do século passado.

“Hoje a morte de uma criança já se tornou um fato raro: tanto que, quando isso acontece, tende-se a raciocinar em termos de culpa. Se um recém-nascido morreu, deve haver um culpado, alguém deve ter errado. Enfim, a morte em época perinatal não é mais um fato inevitável ou vivido como “natural”. Ao contrário, tornou-se “natural” pensar que o nascimento de uma criança não tem nada a ver com o risco de morte (Monti, 2008).”

Até relativamente pouco tempo atrás, como referido acima, era comum que alguns filhos “não vingassem” e quando isso ocorria, mesmo que fosse inicialmente difícil para as famílias, era sentido como algo natural e possível de acontecer. Atualmente, a morte de crianças com menos de cinco anos diminuiu muito, em alguns contextos sociais é raro que aconteça. As mães não torcem mais para que seus filhos “vinguem”, é dado como certo que eles irão viver, fazendo com que a morte na infância seja algo visto como antinatural.

Construção do Lugar Materno

“Costuma-se dizer que a mãe já existe na menininha e que ela se constrói, pouco a pouco, através da ligação o com a própria mãe, ao seu pai, aos seus jogos de criança[...].”

(Solis-Ponton, 2004, p.115)

A construção do lugar materno acontece muito antes do nascimento do filho. Dolto (1984) fala do sentimento materno como algo que se desenvolve a partir da relação de cuidados recebidos por sua própria mãe. Sentimento este que é ensinado inconscientemente, no contato e no exemplo das mulheres da família da menina e de acordo com as suas identificações ou recusa de identificações com essas mulheres. Para além disto, ela postula que o sentimento materno está impregnado no corpo das

mulheres, em sua capacidade de ser fecundada e de gerar que está diretamente ligada ao narcisismo.

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914/1990) postula que na observação de pais afetuosos com seus filhos, nota-se uma revivescência de uma reprodução do próprio narcisismo dos pais, há muito abandonado. Para compreender a construção de um lugar materno faz-se necessário uma revisão sobre o narcisismo, principalmente no contexto da maternidade.

Freud descreve o narcisismo como o complemento libidinal do egoísmo, próprio da pulsão de autoconservação, presente em todos os seres vivos. Dessa maneira, desvincula o narcisismo da psicopatologia sexual. Diferencia a libido do eu (narcísica) da libido de objeto e constata que estas são opostas (quanto mais uma consome, mais a outra se esvazia). Freud então descreve o narcisismo como uma fase intermediária necessária entre o autoerotismo e o amor objetal.

“As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação. Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do Eu, apenas mais tarde tornam-se independentes deles (Freud, 1914/2010, p.22).”

Ferrari, Piccinini & Lopes (2006) a partir da teoria freudiana, afirmam que o indivíduo toma primeiro a si mesmo, a seu corpo próprio (como objeto), antes de passar deste à eleição de objeto numa pessoa alheia. A partir destas considerações, o narcisismo é tido como fundamental para a constituição do eu e do objeto na teoria freudiana. Visto que, inicialmente, não há existência de um eu primordial, o narcisismo vem em grande parte do lado de fora do organismo, do lado do objeto. De acordo com Ferrari (2003), para sair do autoerotismo e passar a um investimento no objeto, o corpo do bebê precisa ser tomado como objeto privilegiado do desejo de alguém. Este alguém geralmente é a mãe (ou principal cuidador), que investe o bebê libidinalmente a partir de seu próprio narcisismo.

“A criança que geram apresentar-se-á diante delas como se fossem parte do próprio corpo, na forma de outro objeto, e assim, partindo de seu próprio narcisismo, elas podem dedicar-lhe todo o seu amor objetal (Freud, 1914/2004, p.109).”

Para Freud, a fase mais avançada do desenvolvimento da libido objetal é o estado de apaixonamento, em que há um intenso investimento no objeto à custa de um empobrecimento de investimentos no eu. No caso da mulher grávida, no entanto, Aulagnier (1994 apud Ferrari, 2003) coloca que o objeto investido durante a gravidez não difere do eu, uma vez que visa à própria pessoa. Dessa forma, o investimento no bebê não ocorre à custa do investimento narcísico, pelo contrário há um “...sobreinvestimento narcisista daquilo que é sentido como uma produção endógena, como algo que vem a acrescentar-se ao próprio corpo”.

Quando a mulher descobre-se grávida, seu corpo passa a encarregar-se do crescimento físico do feto, e seu psiquismo ocupa-se da formação da ideia de ser mãe e da construção de uma imagem mental para o bebê (Stern, 1997 apud Ferrari, 2003). O bebê imaginado, ou o bebê dos sonhos diurnos da mãe, passa a ser representado na fantasia da futura mãe. Segundo Brazelton e Cramer (1992 apud Ferrari, Piccinini & Lopes 2007), a mãe, ao atribuir características físicas e de personalidade, começa a relacionar-se com o filho, partindo de seus próprios desejos e expectativas. Ainda de acordo com estes autores, os desejos narcisistas dos pais, são fundamentais para a construção de um bebê imaginado, uma vez que são esses desejos narcisistas colocados no bebê imaginado que preparam a mãe para se vincular ao futuro bebê; e que também propiciam que a mãe suporte as demandas constantes do recém-nascido.

Ferrari (2003) afirma que são esses movimentos imaginativos da mãe sobre o bebê que possibilitam que ela o represente como um sujeito diferente dela. Será esse retrato imaginado do bebê que conduzirá a mãe na interpretação do que seu bebê real precisa. Através do enlace da mãe ao bebê, a partir de um grande investimento narcísico da mãe, que o bebê poderá constituir-se como um sujeito psíquico. À medida que a criança cresce como um ser diferenciado de sua mãe, o relacionamento objetal vai sendo privilegiado em detrimento do narcísico (Marzano, Palacio-Espasa e Zilka, 2001, apud Ferrari 2003).

Pensando sobre o que aconteceria com todo o investimento narcísico depositado na criança quando esta tornar-se adulto, Freud (1914) postulou que quando as pulsões libidinais entram em conflito com as concepções culturais e éticas do indivíduo, estas

são recalçadas. Na condição do recalque, o sujeito passa a considerar essas concepções culturais parâmetros fundamentais para si próprio, e submete-se a essas exigências. Dessa maneira, o sujeito elegerá um ideal a partir do qual irá medir seu Eu atual. O amor por si mesmo desfrutado na infância surge então como Eu ideal, que representa toda perfeição e completude. O que o sujeito projeta diante de si como seu ideal é, portanto, o substituto do narcisismo perdido na infância, na qual ele era seu próprio ideal. Ferrari (2003) questiona-se sobre se a gravidez e o amor pelo filho poderiam possibilitar esse reencontro tão almejado desde a infância e ressalta a importância de pensar a respeito do narcisismo parental quando do nascimento de um filho.

“[...] prevalece a tendência de dispensar a criança da obrigação de reconhecer e respeitar todas as aquisições culturais que outrora os pais foram obrigados a acatar em detrimento de seu próprio narcisismo. Também se inclinam a reivindicar para a criança o direito a privilégios aos quais eles, os pais, a muito tiveram que renunciar. A criança deve ter melhor sorte que seus pais, não deve ser submetida aos mesmos imperativos que eles tiveram que acatar ao longo da vida. Doença, morte, renúncia à fruição, restrições a própria vontade não devem valer para a criança; as leis da natureza, assim como as da sociedade, devem se deter diante dela, e ela deve realmente tornar-se de novo o centro e a essência da criação do mundo. *His majesty the baby* (Freud, 1914/2004, p.110).”

Com estas considerações, pode-se supor que o grande investimento narcísico dos pais nos filhos seria uma maneira de evitar, o encontro com a sua própria castração. Dessa forma, o bebê já é depositário de uma série de expectativas maternas e paternas desde muito antes da gestação. O filho, portanto, poderia ser visto pela mãe como uma maneira de atingir o seu Eu ideal, sendo e fazendo o que ela sempre quis, realizando tudo que ela teve que abandonar.

Para Dolto (1984), o nascimento do bebê seria um encontro com a castração, uma vez que acaba com a montagem narcísica constituída na gestação – durante a qual, investindo aparentemente em outro ser, acaba, na verdade, investindo nela mesma – e também confronta a mãe com o bebê real, diferente daquele que ela imaginou. Após o nascimento, à medida que a mãe vai conhecendo seu filho, ela precisa adequar suas expectativas relacionadas ao bebê imaginado à realidade do bebê que tem em seus braços, o bebê real. Esse processo, da mãe reconhecer que seu filho não é exatamente como ela imaginou, que existem falhas e que ele não irá completá-la, ou seja, esse novo encontro com a castração, pode ser mais ou menos difícil.

Quando o filho real tem uma doença grave como câncer, sendo, portanto, muito diferente daquilo que era esperado para o filho (que ele fosse saudável), a dor desta constatação deixa profundas marcas no narcisismo materno. Quando se tem um filho, Freud (1914/2004) coloca que “o ponto mais vulnerável do sistema narcísico, a imortalidade do eu, tão duramente encurralada pela realidade, ganha assim um refúgio seguro abrigando-se na criança”. No entanto, se a criança tem uma doença grave que pode levá-la a morte, a mãe sofre com a reedição de uma imensa ferida narcísica.

De repente surge o Câncer Infantil

O câncer infantil por muito tempo foi considerado como uma doença fatal, uma vez que a grande maioria das crianças acometidas pela doença acabava morrendo. De fato, é uma doença aguda grave, sendo a principal causa de morte por doença em crianças e adolescentes com menos de 19 anos de idade (INCA,2017). Atualmente, contudo, com o desenvolvimento de novas terapêuticas e com o avanço de pesquisas médicas, o número de crianças que sobrevivem ao câncer aumentou consideravelmente, visto que 80% das crianças podem ser curadas se tratadas em centros especializados (INCA,2017). Embora a medicina tenha avançado muito no tratamento do câncer infantil, há, contudo, um descompasso entre a visão médica da doença e a percepção desta pela sociedade. Na literatura diversos autores abordam o “estigma do câncer”, associação da doença a uma série de significados negativos, por ser grave e de difícil tratamento. Na maioria das vezes, a primeira associação feita quando se recebe a notícia do câncer é à morte. O câncer é sentido pelo indivíduo como uma agressão, como uma sentença de morte, como uma “doença maldita” (Frizzo et al., 2015).

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, determinando a formação de tumores malignos. As causas de câncer são variadas, podendo ser externas, compreendendo fatores do meio ambiente e hábitos próprios de uma sociedade, ou internas ao organismo, na maioria das vezes, sendo geneticamente pré-determinadas (INCA,2017). Cabe salientar que o câncer infantil é diferente do

câncer adulto em vários aspectos, como: os tipos de neoplasias desenvolvidas, sendo que alguns destes têm maior prevalência na infância; pelo fato da origem do câncer infantil não ser influenciada por hábitos alimentares, estilo de vida e aspectos emocionais; e também os tipos de tratamento diferem. As crianças conseguem suportar tratamentos mais agressivos que os adultos, uma vez que ainda estão em fase de crescimento e suas células se dividem mais frequente e rapidamente do que em pessoas mais velhas. As células tumorais também se multiplicam em grande velocidade, o que representa o maior trunfo e o maior risco dos tumores pediátricos. Ao mesmo tempo em que o câncer evolui mais rapidamente e é mais agressivo, o tratamento também é mais eficaz. A quimioterapia ataca as células em divisão descontrolada e, como nas crianças elas estão se multiplicando rapidamente, essas se tornam alvos fáceis para as drogas. Além disso, as células saudáveis que sofrem com a quimioterapia também tendem a se regenerar rapidamente (INCA,2016).

Considerado uma doença silenciosa, os sinais e sintomas do câncer infantil são pouco específicos e similares aos de doenças comuns na infância. Além disto, segundo o INCA (2016), outros fatores também podem contribuir para que muitas crianças e adolescentes recebam o diagnóstico da doença já em estágio avançado, como: desinformação dos médicos, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, desinformação dos pais ou medo do diagnóstico de câncer. De acordo com Crepaldi (1998 apud Frizzo et al., 2015), o temor da família pode levar a que esta reaja de maneira ambígua, querendo saber o que o filho tem, mas, por outro lado, negando a doença em si por dificuldade de enfrentar a realidade que se antevê.

Quando o diagnóstico se confirma, é de extrema importância iniciar o tratamento imediatamente, na maioria das vezes, não dando tempo ao paciente nem a seus familiares de assimilarem o que está acontecendo. O diagnóstico vem como um choque para a família e esse momento tende a ser vivenciado como um “tempo de catástrofe e incertezas” (Valle, 1994). Na minha experiência na unidade de oncologia pediátrica de um hospital em Porto Alegre, ouvi inúmeras vezes os pais relatarem que a notícia do diagnóstico foi um grande choque para a família, como “se o mundo caísse” ou como “se caísse uma bomba”. A descoberta da doença é um evento inesperado e indesejado, representando a destruição do modo de viver da família até então. Segundo Santos e Sebastiani (2003, apud Frizzo et al., 2015) a doença propicia um rompimento na dinâmica e nas relações do indivíduo consigo mesmo e com o mundo. Esta ruptura

envolve tudo que os pais sonharam para o filho e mesmo para eles próprios, traz medo do que está por vir, da dor, do sofrimento e da morte, confrontando o indivíduo com a finitude.

O fato de a doença ter acometido uma criança e confrontá-la com questões de morte não parece natural, uma vez que ela está no início da vida e neste período não é esperado que se depare com a possibilidade de morrer. Ainda pouco se conhece sobre a etiologia do câncer em crianças e adolescentes, de 75% a 90% têm causas desconhecidas (WHO,2016). O fato de não se saber o motivo do surgimento da doença é mais um causador de angústia. Na tentativa de dar um sentido à angústia na qual estão mergulhados, os pais podem se embrenhar em uma busca desenfreada por respostas, que não encontram.

Em meio a tanto sofrimento, o início do tratamento pode trazer um alívio da angústia causada pelo diagnóstico. A partir da minha experiência, percebi que no momento que a criança inicia o tratamento, a representação do estado de saúde do filho pode mudar, sair da condição de morte certa, e se abre uma possibilidade de cura. A necessidade de acreditar na possibilidade do tratamento funcionar torna-se fundamental e é o que, muitas vezes, fortalece a família para enfrentar os momentos difíceis do tratamento, o qual é longo e pesaroso.

As opções de tratamento geralmente compreendem: cirurgias, quimioterapias, radioterapias e, em alguns casos, transplante de medula óssea (INCA,2017). As idas ao hospital se tornam frequentes, seja para consultas de acompanhamento, seja para a realização de procedimentos médicos, seja para as internações, que podem ser tanto em função da realização de quimioterapia, quanto por intercorrências geradas pela imunossupressão devido ao tratamento. Os efeitos físicos do tratamento podem ser muito prejudiciais para a criança, que pode ter: fraqueza, náuseas, vômitos, diarreias, perda de peso, feridas na boca e queda do cabelo. Este último representa um marco concreto do tratamento do câncer. No período que acompanhei os pacientes e seus familiares na unidade de oncologia pediátrica, presenciei muitos relatos sobre o quanto a queda do cabelo reafirmou a existência do câncer.

Como exposto anteriormente, o grupo familiar tem ocupado o lugar de responsável pelo bom ou mau desenvolvimento da criança. Quando a família recebe a

notícia de que a criança tem câncer, acaba recaindo sobre os pais a responsabilidade pelo que aconteceu de errado. Os próprios pais se auto-culpabilizam, pois, apesar de todo o cuidado e dedicação ao filho, surgiu o câncer. Logo, o câncer infantil não é exclusivo da criança, mas também dos pais. Estes sofrem intensamente com a descoberta do câncer no filho e esse momento tende a ser vivenciado como tempo de catástrofe (Valle, 1994).

Sofrimento Psíquico Materno

Freud, em *Além do Princípio do Prazer* (1920/2004), descreve que o aparelho psíquico fica protegido por um escudo protetor contra estímulos e conceitua de traumáticas as excitações que rompem essa barreira do escudo protetor e invadem o psiquismo. A última linha de defesa desse escudo protetor é a prontidão para o medo, que Freud caracteriza como um “sobreinvestimento de camadas de energia depositado nos sistemas que receberão, antes dos outros, os aflusos de estímulos” (Freud, 1920/2004, p. 155). Frente ao diagnóstico de câncer no filho, os pais geralmente não têm essa prontidão para o medo, é comum que suspeitem que seja uma doença comum da infância e não algo tão grave. O diagnóstico geralmente vem como um choque, um susto que rompe todas as linhas de defesa do escudo protetor do psiquismo.

O trauma alude ao que escapa ao universo representacional do sujeito pela sua magnitude e intensidade (Macedo, Werlang & Dockhorn, 2007). Não sendo possível barrar a grande quantidade de estímulo de adentrar o aparelho psíquico, a fim de que o sujeito retorne à condição de equilíbrio psíquico, este afluxo de energia precisa ser representado simbolicamente.

“De todos os lados é convocada a energia de investimento para que a área afetada receba uma carga de energia com uma intensidade equivalente à da invasão. Produz-se assim um “contra-investimento” de grande envergadura à custa do empobrecimento de todos os outros sistemas psíquicos, que sofrem uma extensa paralisia, ou a custa de uma forte redução de qualquer outra função psíquica (Freud, 1920/2004)”.

Com o empobrecimento de todos os outros sistemas psíquicos e com a escassez de recursos para lidar com tamanha quantidade de estímulos, evidencia-se o caráter paralisante da dor. Macedo (2006) afirma que, segundo a teoria freudiana, a dor psíquica provocada pelo excesso que inunda o psiquismo é comparada ao desprazer próprio da dor corporal. Salienta que Freud (1905/2010) considera que o paradigma para a experiência dolorosa é a dor física, sendo a dor psíquica uma metáfora desta (Macedo, 2006).

De acordo com Ortiz (2003), a mãe da criança com câncer também está psiquicamente vulnerável. Essa vulnerabilidade psíquica das mães está relacionada a toda a angústia que envolve a doença do filho, desde o diagnóstico e por todo o tratamento. Em minha experiência no atendimento de mães de crianças com câncer, ao ver os filhos sofrendo com dores físicas, elas diversas vezes diziam que “é como se eu sentisse a dor em mim”. Esta dor que elas descreviam não era física, mas nem por isso era menos dolorosa, pelo contrário. Para a dor que os filhos sentiam geralmente havia um medicamento, para a delas o tratamento é outro.

Em *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895/1990), Freud postula que quando a dor é proveniente do meio externo, há reações imediatas de evitação e fuga do estímulo, ao passo que quando a dor surge dentro do psiquismo, a fuga torna-se impossível e para tratá-la são necessários recursos de outra ordem. O excesso de estímulos que adentra o aparelho psíquico na situação traumática deixa o indivíduo sob o efeito deste montante de energia que não consegue ser simbolizada.

“Trata-se de uma situação de dor na qual o ego fica totalmente tomado pelo que lhe ataca desde dentro. Ressalta-se o aspecto de passividade instaurada no sujeito frente à incapacidade de dominar o excesso que o invade e deixa-o preso na teia de repetições de situações de dor psíquica (Macedo, Werlang & Dockhorn, 2007).”

As mães repetem inúmeras vezes a história de como descobriram o diagnóstico, buscam detalhes dos dias anteriores à notícia e revisam tudo que aconteceu numa tentativa de dar sentido ao que estão vivendo. De acordo com Macedo (2006), esse excesso, a dor psíquica, gera repetições na tentativa de criar uma representação do irrepresentável. Ainda não se sabe exatamente a razão pela qual o câncer infantil se manifesta, o que para os pais é extremamente angustiante, dificultando ainda mais a possibilidade de representação simbólica dessa experiência.

Nesta dificuldade de simbolizar a dor psíquica, muitas mães diziam que “eu queria poder trocar de lugar com meu filho”, a fim de protegerem o filho do sofrimento e talvez, além disto, no sentido de que seria mais fácil lidar com a dor física do que com essa dor psíquica. O trauma psíquico de ter um filho com câncer alude a algo que excede, que é extremamente difícil de ser suportado.

Como dito anteriormente, os pais são responsabilizados pelo bom desenvolvimento da criança. Dessa maneira, quando a criança é diagnosticada com uma doença grave, sentem-se culpados pelo, neste caso, mau desenvolvimento do filho. Quando os pais consentem que se inicie o tratamento, mesmo que estejam fazendo o melhor para o filho, também se sentem culpados por o submeterem à realização de procedimentos invasivos e dolorosos. Muitas vezes a criança pede à mãe para não realizar determinado procedimento com medo da dor, o que causa extrema angústia à mãe, uma vez que precisa permitir que o tratamento prossiga na esperança de cura. Os pais manifestam possuir sentimentos ambíguos em relação ao tratamento, sabem da importância deste a longo prazo para a melhora do filho, contudo a curto prazo ele é fonte de muito sofrimento e de dor. Concomitante ao sentimento de culpa é comum que surja o temor de perder o amor do filho. Originalmente na vida psíquica, sabe-se que o sentimento de culpa era produto do ódio dirigido aos pais. No lugar de pais de um filho com câncer, essa expressão originária parece se atualizar e remeter a todos os desejos de morte (inconscientes) que os pais têm em relação ao filho.

O tratamento do câncer infantil é longo e debilita muito o organismo. Durante o período de realização de quimioterapia é comum que ocorram diversas intercorrências clínicas. Devido à baixa imunidade que as crianças apresentam, qualquer sinal de infecção é considerado grave e necessário ir ao hospital com urgência. A prontidão para o medo, descrita anteriormente como a última linha de defesa do aparelho psíquico, que os pais não tinham no momento do diagnóstico da doença, passa a estar sempre presente. O medo de que algo ruim aconteça serve para preparar o sujeito ao que pode estar por vir, neste caso, o medo de que o filho piore ou que venha a morrer se ativa a cada nova febre, causando tamanha angústia que só cessa (no melhor dos casos) quando o filho melhora fisicamente.

O estado de saúde orgânica do filho parece estar relacionado ao estado de saúde mental da mãe. Se a doença agrava e o filho piora, a mãe sofre intensamente, ao passo

que se o filho reage e melhora, a mãe também se tranquiliza, mesmo que temporariamente. A relação entre a mãe e o filho adoentado torna-se tão estreita que a mãe frequentemente se refere a etapas do tratamento no plural como “nós fizemos o exame” ou “nós vamos ter alta”, o que sugere ser uma maneira de dizer que o tratamento também está acontecendo na vida da mãe.

O tratamento do câncer geralmente exige atenção integral ao doente, principalmente durante as longas internações, às quais deve submeter-se e que exigem a presença constante de pelo menos um familiar. Conforme visto anteriormente, a mãe ainda é culturalmente vista como a responsável pela casa e pelos filhos, e geralmente é ela que passa a se dedicar integralmente ao filho doente, enquanto o pai segue trabalhando e dedica-se mais às atividades relacionadas ao cuidado da casa e dos filhos saudáveis. A saúde do filho adoecido torna-se prioridade para a mãe, fazendo com que ela, frequentemente, se afaste de casa, dos outros filhos, do marido, e também da vida social e profissional. A mãe passa a se dedicar quase que exclusivamente ao filho adoecido e demais interesses tendem a ficar em segundo plano.

Freud, em *Introdução ao Narcisismo* (1914/2004), descreve que quando o sujeito está atormentado com uma dor orgânica este deixa de se interessar pelas coisas do mundo exterior e que não digam respeito ao seu sofrimento. Acrescenta ainda que o sujeito nesse período deixará de amar, recolhendo os investimentos libidinais para o Eu e torna a enviá-los depois da cura. A mãe, neste caso, voltaria seus investimentos libidinais mais fortemente ao filho adoecido, na esperança que ele retorne ao estado saudável. Parece que ao investir no filho adoecido, que seria a causa de seu sofrimento psíquico, acaba conseqüentemente em uma montagem narcísica investindo também nela, a fim de atenuar também o seu sofrimento.

Ao longo do tratamento pequenas melhoras e piores intercalam-se, levando a mãe a vivenciar períodos de extrema angústia, seguidos de momentos de estabilidade. Essa montanha russa de emoções é muito desgastante, as mães chegam a um ponto de sofrimento e de cansaço demasiado, beirando a exaustão, quando podem desejar que a doença simplesmente termine, para o bem ou para o mal. Há duas saídas para a finalização do câncer, a cura ou a morte. A mãe cogitar que a morte seria um fim para esse período de tratamento, de internações, de sofrimento para o filho e para a família, é

extremamente doloroso, altamente reprovável socialmente e fonte de muito sentimento de culpa.

O desejo de que tudo termine é comum. Em minha experiência ouvi diversas vezes as mães dizerem que queriam que tudo terminasse, que pudessem voltar para casa como se nada tivesse acontecido. Na maioria das vezes, elas se referiam a que a doença nunca tivesse acontecido, contudo nesse sentido de terminar, mesmo que não de modo consciente, também falavam sobre a morte, sobre uma busca de parar de sofrer.

O diagnóstico de câncer confronta o indivíduo com a realidade da morte e com questões da finitude. Dessa maneira, já no momento da comunicação do diagnóstico inicia-se para a família o processo de perda do ente querido, trazendo o temor da possibilidade de morte e, portanto, um processo de luto antecipatório (Parks, 1998). Em *Luto e Melancolia* (1917/2010), Freud postula que o trabalho do luto consiste na retirada da libido ligada ao objeto amado que não existe mais. Isso desperta uma oposição no ser humano, uma vez que este não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando já antevê a possibilidade de perda do objeto amado. Essa oposição pode ser tão intensa que pode produzir um afastamento da realidade e um apego ao objeto mediante uma psicose de desejo alucinatória, mas o normal é que vença o respeito à realidade. Esse trabalho é realizado aos poucos, com grande investimento de tempo e energia enquanto a existência do objeto perdido se prolonga na psique.

“Cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. Não é fácil fundamentar economicamente por que é tão dolorosa essa operação de compromisso em que o mandamento da realidade pouco a pouco se efetiva (Freud, 1917/2010, p. 129).”

No luto antecipatório o desinvestimento do objeto amado inicia antes de perdê-lo de fato, uma vez que a gravidade da doença pode levar à morte do filho. Ao mesmo tempo, que essas mães podem considerar a possibilidade do filho morrer em algum momento, elas precisam deixar de lado tal pensamento para lutarem junto com o filho pela vida deste. Segundo Kuber-Ross (1981/2016, p.44) “[...] não podemos olhar para o sol o tempo todo, assim como não podemos olhar para a morte o tempo todo”. Essa ambivalência de investir muito no filho para ajudá-lo durante o tratamento e, ao mesmo

tempo, desinvestir considerando a possibilidade de morte é um processo extremamente doloroso.

Freud em *Nossa Atitude para com a Morte* (1915) postula que no inconsciente cada um de nós está convencido da própria imortalidade. Segundo o autor, o inconsciente desconhece tudo que é negativo e toda e quaisquer negações, nele as contradições coexistem. Por esse motivo, não concebe sua própria morte, pois a isso só podemos dar um conteúdo negativo. O câncer há muito tempo é considerado mortífero, algo destruidor, é comum ouvir metáforas como “o câncer da sociedade” no sentido de ser algo que irá levar à destruição, à morte. Conforme exposto anteriormente, a palavra *câncer* em si já traz o significado de morte, algo deveras impronunciável. Na impossibilidade de falar a palavra *câncer*, muitas mães preferem dizer que o filho tem Leucemia ou Neuroblastoma. Utilizam o tipo de câncer como uma alternativa para aliviar o peso que o nome *câncer* traz, na tentativa de negar o risco de morte. Lacerda (2011), baseada na teoria freudiana, caracteriza a ação de negar como a não aceitação de um conteúdo que gera desprazer ou desconforto ao Eu, e essa recusa em aceitar a realidade só ocorre com grande dispêndio de energia. Os tipos de câncer, embora sejam associados à doença, não são utilizados tão frequentemente e ainda podem permitir uma distância maior da associação à morte. Embora pareça ser mais fácil dar outro nome à doença do que desvincular o sentido de morte associado à palavra *câncer*, tal esforço de afastar a presença da morte para investir na possibilidade de cura ocorre a um custo psíquico enorme.

Segundo Seligmann-Silva, (2000 apud Maldonado, 2009) a literalidade que caracteriza o sintoma traumático resultaria de um excesso de realidade presente na morte que inviabiliza a estratégia de representação desta. O que não pode ser representado, não pode ser nomeado, tornando a palavra *câncer* impronunciável, aquela que não pode ser nomeada. Seguindo esta ideia, de que o que não pode ser representado não é nomeado, não existe nomenclatura para a mãe que perde o filho. Quando os pais morrem, os filhos viram órfãos; quando o cônjuge morre, o que sobrevive fica viúvo(a). Até o momento, na língua portuguesa, não existe uma palavra para denominar a mãe de um filho que morreu.

A impossibilidade de nomear o que pode vir a acontecer inviabiliza também um lugar para esse sujeito. A mãe que perde o filho deixaria de ser mãe? A relação do

sujeito consigo mesmo, no espaço e no tempo ficam profundamente abaladas. No inominável do traumático, de acordo com Lissovsky (2007 apud Maldonado, 2009) o tempo passado torna-se “cristalizado” no tempo presente, e o futuro deixa de ser um futuro do presente, passa a ser um futuro do pretérito, no qual aquilo que “será” é substituído pelo que “poderia ter sido”. Essa ruptura é efeito de uma vivência extrema que tenderia a cindir a vida em duas partes: antes do trauma e depois do trauma.

A cisão do Eu foi bastante estudada por Ferenczi ([1934] 1992) através do conceito de clivagem narcísica, no qual diante da ameaça de morte psíquica, o ego fragmenta-se em várias partes que não se comunicam entre si como uma estratégia de sobrevivência. Esta cisão do ego tem por objetivo manter separados certos conteúdos psíquicos que não irão se vincular a uma cadeia representacional (Maldonado, 2009). Dessa maneira, o efeito do traumático constituiria, além da impossibilidade de registro, a desconexão do que antes estava ligado, provocando fragmentações na integridade do ego, Eu mãe até o aparecimento da doença e a possibilidade de um Eu sem o filho.

“Quando o aparelho psíquico é atingido por quantidades excessivas de energia, são acionadas defesas muito arcaicas, defesas que estariam aquém de qualquer possibilidade de recalçamento, pois se trata, sobretudo, de uma tentativa desesperada de manter a vida. Nesses casos não há o que recordar, só o que repetir (Maldonado, 2009, p. 10).”

A Escuta do Irrepresentável

Como atender mães diante do impossível, do inominável, do seu pior medo?

Diante da possibilidade muito real de que seus filhos morram?

Diante da angústia de morte, pior que a sua morte, a morte de um filho?

Como atender diante de um sofrimento exposto, real, cru?

Quando se houve a pergunta entre lágrimas: "Tu acha que meu filho vai se salvar"?

Quando se vê nos olhos de uma mãe o desespero de começar a perder as esperanças?

Foram estes questionamentos que me motivaram e me conduziram a escrever esse trabalho. A tarefa do psicoterapeuta diante de tamanho sofrimento parece impossível, de

auxiliar a representação do irrepresentável, de nomear o inominável e escutar o que não pode ser dito. Conforme ressaltado anteriormente, na teoria Freudiana o trauma psíquico é descrito como um afluxo pulsional excessivo, que se sobrepõem à capacidade do psiquismo de ligá-lo e elaborá-lo. O traumático estaria, portanto, situado além da capacidade de representação psíquica, impossibilitado de acessar o simbólico. De acordo com Alonso (2003 apud Macedo, 2007) o que é da ordem do excesso necessita ser processado, de tal forma que o aparelho psíquico seja capaz de criar margens, limites, arranjos que o protejam de ser inundado por aquele.

O psicoterapeuta atua então, junto ao paciente, possibilitando a metabolização do excesso a partir da criação de condições para que o excesso pulsional seja enlaçado a representações simbólicas estruturantes. Macedo, Werlang & Dockhorn (2007) postulam que “o campo da análise refere-se, então, à dialética entre a força pulsional e sua simbolização, sendo que a condição de possibilidade da segunda está dada pela transferência”. Freud, valorizando o complexo encontro que ocorre entre o paciente e o analista, coloca que é através da transferência que o paciente encontra o acolhimento para por em palavras o excesso que lhe causa dor psíquica (Macedo & Falcão, 2005).

“[...] tanto a intensidade daquilo que adentra o aparelho psíquico, como as condições desse em processar a quantidade serão fatores fundamentais a serem considerados quando se aborda a temática da dor psíquica. Portanto, o espaço viabilizado pela transferência, via qualidade de escuta do analista, funciona como recurso essencial de ajuda nesse processo de metabolização das intensidades. Alcançar a possibilidade de simbolizar a dor é dar condições, à intensidade, de ingresso no universo representacional do sujeito (Macedo, Werlang & Dockhorn, 2007, p. 38).”

A impossibilidade de representação do traumático de ter um filho com câncer pode silenciar as mães, de modo que as palavras não encontrem sentido diante do vazio simbólico que a possibilidade de morte representa. Atender mães no hospital, quando estão “internadas” junto aos filhos adoecidos, muitas vezes significa realizar uma escuta enquanto situações muito dolorosas estão acontecendo. Nas internações é frequente que as crianças realizem procedimentos invasivos e, nesses momentos, pedem que as mães fiquem junto a elas, segurem suas mãos e prometam que não vai doer. Cada um desses momentos representa um evento que desencadeia dor psíquica nas mães. Frente à dor psíquica, a tarefa paradoxal de narrar o intransmissível também pode dar-se no silêncio,

na sustentação de um olhar que, através da transferência, pode conter um mundo de significações. Nessas situações, o paciente pode expressar todo o excesso que está inundando seu psiquismo sem palavras, contudo, em um momento posterior, é necessário colocar em palavras o que ficou expresso apenas pelo olhar entre o paciente e o psicanalista, a fim de representar o que foi vivenciado.

Esse momento posterior, o atendimento no consultório, onde se poderá dar significado ao que faz sofrer é por muitas vezes recusado pelas mães. Geralmente as mães buscam dedicar-se exclusivamente aos filhos. Dessa forma, muitas vezes negligenciam seu próprio sofrimento e evitam confrontar-se com o que estão sentindo. Adentrar o consultório pode implicar abrir mão da negação e deparar-se com a realidade da doença. Nesses casos, a resistência ao atendimento parecer estar a serviço da negação, como uma defesa psíquica. Repetir através da transferência o conteúdo traumático a fim de elaborá-lo é penoso. Estando no hospital junto ao filho internado, nem sempre a mãe conseguirá entrar em contato com o que a faz sofrer, e às vezes a negação é fundamental para que a mãe continue cuidando do filho.

Paradoxalmente à resistência ao atendimento, cabe salientar que os momentos com o psicoterapeuta, frequentemente, são os poucos momentos em que essas mães podem expressar o que estão sentindo em relação à doença dos filhos. Muitas vezes as pessoas com as quais as mães se relacionam não querem ouvir o que ela tem passado com seu filho doente. Maldonado (2009) coloca que aqueles que não vivenciaram o trauma tenderiam a não suportar ouvir as histórias.

[...] sempre pensava que teria algo de interessante para dizer depois da guerra. Mas as pessoas não querem ouvir, ou somente o fazem com uma certa pose, uma certa atitude não como interlocutoras e sim como pessoas que se submetem a uma tarefa desagradável, em uma espécie de reverência que facilmente se transforma em repugnância, duas sensações que em todo caso se complementam. Pois tanto o objeto da reverência como o da repugnância são sempre mantidos à distância (Kluger, 2005 apud Maldonado, 2009).

Kübler-Ross (1981/2009, p.93) fala que a primeira reação das pessoas para com as que estão tristes é tentar animá-las, dizer que “não encarem os fatos a ferro e fogo, procuram encorajá-las a olhar o lado risonho da vida, as coisas positivas que as

circundam”. A autora afirma que esta reação, geralmente, é consequência da incapacidade dos indivíduos de suportarem por muito tempo uma fisionomia entristecida. Os familiares e amigos das mães frequentemente têm esse discurso, que embora não seja mal intencionado, acaba por minimizar o sofrimento e impossibilita que elas possam falar abertamente do que estão sentindo. Ainda as pressionam a “parecerem” fortes e não demonstrarem o quanto a doença está sendo difícil para elas. Dessa maneira, a escuta por um profissional capacitado para as mães é fundamental, uma vez que é um dos poucos momentos em que a dor dessas mães é de fato escutada.

“Se por um lado, o trauma aponta uma narrativa impossível, pelo excesso de realidade que comporta, por outro, paradoxalmente, vimos o quanto é importante para aquele que experimentou uma situação traumática poder relatar ao outro sua história, endereçar um testemunho à escuta de alguém que possa, com essa atitude, vir a promover a abertura de uma possibilidade de representação do “inominável”” (Maldonado, 2009).

Considerações Finais

A situação de câncer infantil pode levar a mãe da criança adoecida a sofrer intensamente, como foi visto ao longo do trabalho. Cabe salientar, contudo, que embora muitas situações sejam potencialmente traumáticas para as mães, não será dessa forma para todas. Cada sujeito vivencia as situações da vida de maneira singular, o que para um pode ser vivido como enormes quantidades de estímulos que rompem a barreira protetora do aparelho psíquico, pode não ser vivido assim para outro e não romper essa barreira. Dito isso, ainda assim o surgimento do câncer infantil é um momento muito delicado para toda a família, especialmente para a mãe (ou principal cuidador), pois geralmente é quem estará mais presente ao longo do tratamento.

A vulnerabilidade psíquica em que a mãe pode encontrar-se merece atenção. É necessário que haja um espaço de escuta para essas mães, pois somente escutando-as é possível identificar as mães que estão em intenso sofrimento, para as quais o câncer no filho é uma situação traumática capaz de provocar dor psíquica. Para essas mães, a escuta psicanalítica pode ser uma possibilidade de inscrever o que não foi representado,

de armar uma história que dê significado ao que foi vivido. Neste sentido Macedo (2007b, p. 15) coloca que “ao tirar essa experiência de dissociação, devolve-se ao sujeito a capacidade de apropriar-se de si mesmo, de transformar dor em sentimento”.

Nas unidades de oncologia pediátrica o atendimento psicológico aos pacientes já é considerado parte integral do tratamento. A escuta aos pais vai sendo considerada importante na medida em que se reconhece que é através da família que a criança irá se relacionar com a doença. Segundo Cardoso (2007) a maneira como os pais vivenciam o processo do adoecimento terá papel fundamental em como a criança irá vivenciar tal momento, uma vez que a criança desconhece o significado de ter câncer, todo o processo de adoecimento e cura será permeado pela condução, interpretação e compreensão dos pais acerca da doença.

Ainda que muitos avanços tenham sido feitos no sentido de possibilitar uma escuta para as mães, elas ainda são atendidas na condição de acompanhantes do paciente e para que o tratamento orgânico deste obtenha um bom resultado. Ainda há, contudo, um longo caminho para que as mães possuam um espaço de escuta na condição de sujeitos em sofrimento e que continuem com suporte mesmo que seus filhos venham a falecer e deixem de ser pacientes. Em 1905, Freud (1905/1990, p. 180) afirmava que os leigos “costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas”.

Referências

ÁRIES, Philippe (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara.

BRASIL. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre Estatuto da criança e do adolescente. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Acessado em 22 de junho de 2017, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

_____. IBGE. Brasil em Síntese. Acessado em 24 de junho de 2017, em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>

_____. IBGE. Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil. 1999. Acessado em 24 de junho de 2017, em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6685.pdf>

_____. INCA. Câncer Infantil. Acessado em 28 de abril de 2017, em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/infantil>

_____. INCA. Detecção Precoce. 2016. Acessado em 28 de abril de 2017, em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/informativo-deteccao-precoce-2-2016.pdf>

BRAZELTON, Berry; CRAMER, Bertrand; (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.

CARDOSO, Flávia. (2007). *Câncer Infantil: aspectos emocionais e atuação do psicólogo*. Monografia de Pós Graduação em Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro: Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

CARVALHO, Paulo Roberto; AZEREDO, Nara (2009). Quando quem morre é a criança. In: SANTOS, Franklin. *Cuidados Paliativos, discutindo a vida, a morte e o morrer*. São Paulo: Atheneu. p. 165-177.

CORSO, Diana; CORSO, Mario (2006). A Lógica da Infância em Prosa e Verso. In: *Fadas no Divã*. Porto Alegre: Artmed. p. 187-199.

DOLTO, Françoise (1985). *A Causa das Crianças*. Aparecida: Idéias & Letras, 2005.

_____. (1984). *No jogo do desejo: ensaios clínicos*. São Paulo: Ática, 1996.

FERENCZI, S (1992). Reflexões sobre o trauma (1934). In: *Obras Completas*. São Paulo: Martins Fontes, v. 7.

FERRARI, Andrea (2003). *Tornar-se mãe: a maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê*. Dissertação de Doutorado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

FERRARI, Andrea; PICCININI, Cesar; LOPES, Rita. (2006). O narcisismo no contexto da maternidade: algumas evidências empíricas. In: *Psico*. Porto Alegre, v.37, n.3, p. 271-278, set/dez.

_____. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. In: *Psicologia em Estudo*. Maringa, v.12, n.2, p. 305-313, maio/ago.

FERRARI, Andrea; SILVA, Milena; DONELLI, Tagma (2012). A criança e seus pais: alguns interrogantes sobre as funções parentais na atualidade. In: *aSEPHallus*. [online], Rio de Janeiro, v.7, n.14, p.86-96, maio-out. Acessado em 20 de setembro de 2016, em: http://www.isepol.com/asephallus/numero_14/artigo_05.html

FREUD, Sigmund (1990). *Projeto para uma Psicologia Científica* (1895). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v. 1.

_____. Tratamento Psíquico (ou anímico) (1905). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v.7.

_____. Introdução ao Narcisismo (1914). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v.14.

_____. Nossa Atitude para com a Morte (1915). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago. v.14.

FREUD, Sigmund (2004). À Guisa de Introdução ao Narcisismo (1914). In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago. v. 1.

_____ (2006). Além do Princípio do Prazer (1920). In: *Obras psicológicas de Sigmund Freud, Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. Rio de Janeiro: Imago. v. 2.

FREUD, Sigmund (2010). *Luto e Melancolia* (1917). In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. São Paulo: Companhia das Letras. v. 12

FRIZZO, Natalia et al (Orgs.) (2015). Significações Dadas pelo Progenitores acerca do Diagnóstico de Câncer dos Filhos. In: *Psicologia: Ciência e Profissão*. Brasília: v.35, n.3. p. 959-972.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. (2016). *Sobre a morte e o morrer* (1981). São Paulo: Martins Fontes.

LACERDA, Fernanda Maria (2011). Eu no trabalho: um estudo teórico-clínico acerca da negação. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília – UnB.

MACEDO, Mônica (2006). Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

MACEDO, Mônica; FALCÃO, Carolina (2005). A escuta na Psicanálise e a Psicanálise da escuta. In: *Psyche*. São Paulo, v.9, n. 15, p. 65-76, jan-jun.

MACEDO, Mônica; DOCKHORN, Carolina; WERLANG, Blanca (2007a). Desamparo e Dor Psíquica na Escuta da Psicanálise. In: *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n.27, p. 25-42. jul/dez 2007.

MACEDO, Mônica; WERLANG, Blanca (2007b). Trauma dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. In: *Ágora*. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 89-106. jan/jun.

MALDONADO, Gabriela; CARDOSO, Marta (2009). O Trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. In: *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.45-57.

MONTI, Mario (2008). Contrato Narcisista e Clínica do Vazio. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.11, n. 2, p.239-253, junho.

ORTIZ, Marta Cristina (2003). *À margem do leito: A mãe e o câncer infantil*. São Paulo: Arte &Ciência.

PARKS, Colin (1998). *Luto: estudo sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

SOLIS-PONTON, Leticia (2004). O início da parentalidade, tornar-se mãe, tornar-se pai. As interações dos pais e da criança antes do nascimento. In: SILVA, M.C.P. da (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade; um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 115-122.

UN. World Health Organization (WHO). Guide to Cancer Early Diagnosis. Acessado em 28 de abril de 2017, em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254500/1/9789241511940-eng.pdf?ua=1>

UNICEF. Declaração Universal dos Direitos das Crianças, Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989. Acessado em 22 de junho de 2017, em: https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm

Valle, E. R. M. (1994). Vivências da família da criança com câncer. In: CARVALHO, M., *Introdução à psico-oncologia*. São Paulo: Psy II.